

Hasil Pemeriksaan Cibeunying: Analisis Epidemiologi Deskriptif Dan Intervensi Farmakologis Pada Komunitas Urban-Suburban

Nathanael Andry Mianto¹, Adelina Khristiani Rahayu^{2*}, Cindra Paskaria³, Raden Ghita Sariwidyantry⁴, Andi Susanto⁵, Indah Kusuma Dewi⁶, Stephen Iskandar⁶

¹Departemen Anatomi, Fakultas Kedokteran, Universitas Kristen Maranatha

²Program Sarjana Bioteknologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Kristen Maranatha

³Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Kristen Maranatha

⁴Departemen Biokimia, Fakultas Kedokteran, Universitas Kristen Maranatha

⁵Departemen Patologi Anatomi, Fakultas Kedokteran, Universitas Kristen Maranatha

⁶Departemen Ilmu Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Kristen Maranatha

*Email Korespondensi: adelina.kr@maranatha.edu

Abstrak

Transisi epidemiologi ganda di Indonesia memunculkan beban ganda penyakit, di mana Penyakit Tidak Menular (PTM) meningkat tajam bersamaan dengan masih tingginya kasus Penyakit Menular. Penelitian ini bertujuan untuk memetakan profil morbiditas dan rasionalitas terapi farmakologis pada masyarakat melalui kegiatan pemeriksaan kesehatan di RW 17 dan RW 20 Cibeunying. Penelitian ini merupakan studi observasional deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional* yang dilakukan melalui kegiatan pemeriksaan kesehatan di RW 17 dan RW 20 Cibeunying. Data rekam medis dari 234 partisipan dianalisis untuk mengevaluasi profil demografi, prevalensi penyakit, dan rasionalitas intervensi farmakologis. Mayoritas partisipan berada pada kelompok usia dewasa (46.5%) dan lanjut usia (42.3%). Hasil skrining menunjukkan lima kelompok penyakit paling dominan: Gangguan Muskuloskeletal (38.8%), Penyakit Kardiovaskular dan Metabolik (35.4%), Infeksi Saluran Pernapasan (18.3%), Gangguan Saraf/Neurologi (16.2%), dan Gangguan Gastrointestinal (15.8%). Intervensi farmakoterapi didominasi oleh peresepan analgesik/NSAID (*Meloxicam*, Asam Mefenamat), antihipertensi (*Amlodipine*), dan gastro-protector (*Omeprazole*). Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa komunitas Cibeunying menghadapi beban tinggi penyakit degeneratif dan kardiometabolik, sehingga optimalisasi Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) PTM sangat mendesak dilakukan untuk menekan laju morbiditas penyakit kronis di wilayah ini.

Kata Kunci: Profil Morbiditas, Rasionalitas Terapi, Penyakit Tidak Menular, Pemeriksaan Kesehatan Komunitas.

Abstract

*The double epidemiological transition in Indonesia has resulted in a double burden of disease, where Non-Communicable Diseases (NCDs) are increasing sharply alongside the persistently high prevalence of infectious diseases. This study aims to map the morbidity profile and the rationality of pharmacological therapy within the community through health screening activities in RW 17 and RW 20, Cibeunying. This research is a descriptive observational study with a cross-sectional approach. Medical record data from 234 participants were analyzed to evaluate demographic profiles, disease prevalence, and the rationality of pharmacological interventions. The majority of participants belonged to the adult (46.5%) and elderly (42.3%) age groups. The screening results identified the five most dominant disease groups: Musculoskeletal Disorders (38.8%), Cardiovascular and Metabolic Diseases (35.4%), Respiratory Infections (18.3%), Neurological Disorders (16.2%), and Gastrointestinal Disorders (15.8%). Pharmacotherapeutic interventions were dominated by the prescription of analgesics/NSAIDs (*Meloxicam*, *Mefenamic Acid*), antihypertensives (*Amlodipine*), and gastro-protectors (*Omeprazole*). In conclusion, the Cibeunying community faces a significant burden of degenerative and cardiometabolic diseases, necessitating the urgent optimization of Integrated Guidance Posts (Posbindu) for NCDs to reduce the morbidity rate of chronic diseases in this area.*

Keywords: Morbidity Profile, Therapy Rationality, Non-Communicable Diseases, Community Health Screening.

Pendahuluan

Kesehatan masyarakat merupakan indikator fundamental dalam menentukan kualitas sumber daya manusia dan arah pembangunan suatu bangsa. Saat ini, negara-negara berkembang termasuk Indonesia tengah menghadapi tantangan sistemik berupa transisi epidemiologi ganda (*double burden of diseases*) (1). Di satu sisi, beban Penyakit Menular (PM) seperti Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) masih persisten akibat faktor ekologi dan sanitasi lingkungan. Di sisi lain, terjadi lonjakan prevalensi Penyakit Tidak Menular (PTM) secara eksponensial. Data World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa PTM seperti penyakit kardiovaskular, diabetes melitus, dan gangguan muskuloskeletal degeneratif kini menyumbang lebih dari 74% kematian global setiap tahunnya (2).

Di Indonesia, pergeseran tren morbiditas ini dikonfirmasi oleh hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) berskala nasional, yang menunjukkan peningkatan signifikan pada prevalensi PTM. Sebagai contoh, prevalensi hipertensi pada populasi dewasa melonjak tajam mencapai 34,1%, sementara prevalensi penyakit sendi tercatat berada di angka 7,3% (3). Kawasan permukiman urban dan suburban menjadi episentrum dari transisi ini. Modernisasi dan urbanisasi memicu perubahan gaya hidup masyarakat menjadi lebih sedenter (*sedentary lifestyle*), diiringi dengan transisi nutrisi menuju pola makan tinggi natrium dan karbohidrat olahan (4).

Kawasan Cibeunying, khususnya di lingkungan RW 17 dan RW 20, merupakan representasi nyata dari dinamika demografi urban-suburban tersebut. Berdasarkan observasi awal, populasi di wilayah ini didominasi oleh kelompok usia dewasa produktif dan lanjut usia (*lansia*) yang memiliki kerentanan tinggi terhadap sindrom kardiometabolik dan penyakit degeneratif. Sayangnya, aksesibilitas terhadap Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) kerap kali terhambat oleh faktor kesibukan ekonomi pada kelompok usia produktif, serta keterbatasan mobilitas fisik pada kelompok lansia (5).

Akibatnya, fenomena gunung es (*iceberg phenomenon*) sangat lazim terjadi di komunitas seperti ini. Banyak warga yang baru mencari pertolongan medis ketika penyakit yang dideritanya telah memunculkan gejala klinis sekunder yang memberat atau bahkan telah mencapai tahap komplikasi (6). Penanganan masalah kesehatan di tingkat komunitas

tidak dapat lagi hanya mengandalkan pendekatan kuratif pasif yang menunggu pasien datang ke klinik atau puskesmas. Deteksi dini (*early diagnosis*) dan intervensi medis yang cepat (*prompt treatment*) secara proaktif di tingkat rukun warga sangat mendesak untuk dilakukan (7).

Oleh karena itu, kegiatan pengabdian masyarakat berupa pemeriksaan kesehatan dan pengobatan medis gratis diinisiasi sebagai bentuk intervensi jemput bola. Laporan ini bertujuan untuk memetakan profil morbiditas dan epidemiologi deskriptif warga RW 17 dan RW 20 Cibeunying secara komprehensif. Melalui analisis statistik terhadap diagnosis klinis dan evaluasi rasionalitas farmakoterapi yang diberikan, luaran dari kegiatan ini diharapkan dapat menjadi rujukan ilmiah berbasis bukti (*evidence-based*) bagi pemangku kebijakan lokal, puskesmas setempat, serta kader kesehatan dalam merancang program mitigasi dan promosi kesehatan spesifik di masa mendatang.

Metode

Desain Penelitian

Studi ini menggunakan desain observasional deskriptif dengan pendekatan potong lintang (*cross-sectional*). Pengambilan data diintegrasikan dengan pelaksanaan program Bakti Sosial Kesehatan yang dilakukan dalam dua periode pelaksanaan di komunitas RW 17 dan RW 20 Cibeunying.

Populasi dan Sampel

Populasi target adalah seluruh warga masyarakat yang bermukim di RW 17 dan RW 20. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *total sampling* (non-probability purposive sampling), di mana sampel yang dianalisis adalah seluruh warga yang melakukan registrasi dan melalui tahap pemeriksaan dokter hingga selesai. Total responden dari penggabungan dua set data berjumlah 234 pasien.

Instrumen dan Prosedur Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui rekam medis sederhana yang diisi selama kegiatan berlangsung. Prosedur standar pelayanan meliputi:

1. Registrasi dan Demografi: Pencatatan nama, usia, NIK, dan alamat domisili.

2. Skrining Tanda Vital: Pemeriksaan tekanan darah (menggunakan *sphygmomanometer digital/aneroid*), frekuensi nadi, dan pernapasan.
3. Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik: Wawancara klinis mendalam (keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu) yang dilakukan oleh dokter relawan.

Penegakan Diagnosis dan Terapi: Profil morbiditas ditentukan berdasarkan riwayat medis yang dilaporkan sendiri oleh partisipan (*self-reported*) serta hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik dasar oleh dokter di lapangan. Diagnosis kerja ditegakkan mengikuti klasifikasi klinis umum (misalnya, hipertensi dikategorikan pada pasien dengan riwayat diagnosis medis sebelumnya atau yang sedang menjalani terapi antihipertensi). Intervensi farmakologis diberikan sebagai penanganan gejala akut, sementara rujukan dilakukan jika ditemukan indikasi gawat darurat atau kecurigaan penyakit kronis dengan komplikasi berat.

Analisis Data

Data keluhan dan diagnosis dikoding dan diklasifikasikan ke dalam sistem blok anatomi/patologi (contoh: Kardiovaskular, Muskuloskeletal, Neurologi). Analisis data dilakukan secara kuantitatif univariat untuk menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase. Rumus prevalensi matematis yang digunakan untuk menghitung rasio kasus pada populasi sampel adalah sebagai berikut:

$$\text{Prevalensi} = \frac{\text{Jumlah Kasus Spesifik}}{\text{Total Sampel (n)}} \times 100$$

Data kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan diuraikan dalam narasi deskriptif pada bagian hasil.

Hasil dan Pembahasan

Kegiatan pengabdian masyarakat berupa pemeriksaan kesehatan dan pengobatan gratis di wilayah RW 17 dan RW 20 Cibeunying berhasil menjangkau total 234 partisipan. Pelayanan medis yang diberikan meliputi skrining tanda vital, anamnesis mendalam, penegakan diagnosis klinis oleh dokter, serta intervensi farmakoterapi. Analisis epidemiologis dari kegiatan ini diawali dengan pemetaan karakteristik demografi warga yang berpartisipasi, sebagaimana diuraikan pada **Tabel 1**.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Usia Partisipan (N = 234)

Kategori Usia	Rentang Usia	Jumlah Pasien	Persentase (%)
Anak-anak & Balita	0 - 11 tahun	13	5.5%
Remaja	12 - 25 tahun	13	5.5%
Dewasa	26 - 59 tahun	109	46.5%
Lanjut Usia (Lansia)	> 60 tahun	99	42.3%
Total		234	100%

Tabel 1 menunjukkan disparitas rentang usia partisipan yang ekstrem, mulai dari 1,5 tahun hingga 86 tahun. Kelompok usia Dewasa (46,5%) dan Lanjut Usia atau Lansia (42,3%) mendominasi hampir 90% dari total pasien yang mencari pertolongan medis. Tingginya partisipasi pada kelompok usia ini merepresentasikan fenomena transisi demografi di kawasan urban-suburban, di mana peningkatan angka harapan hidup sejalan dengan peningkatan beban penyakit degeneratif (3). Secara biologis, proses penuaan (*aging process*) pada populasi di atas 50 tahun memicu penurunan progresif pada fungsi fisiologis organ, plastisitas jaringan, dan sistem imun (8). Hal ini menjelaskan mengapa sebagian besar warga yang datang memiliki keluhan kesehatan yang kompleks dan bersifat kronis. Tingginya angka partisipasi lansia juga mengindikasikan adanya hambatan aksesibilitas baik secara fisik maupun finansial) terhadap fasilitas kesehatan primer pada hari-hari biasa, sehingga program jemput bola melalui pengabdian masyarakat menjadi sangat esensial (7).

Manifestasi dari proses penuaan dan gaya hidup warga tersebut terlihat sangat jelas ketika keluhan medis diklasifikasikan berdasarkan sistem anatomi tubuh. **Tabel 2** di bawah ini mengilustrasikan distribusi prevalensi penyakit secara sistemik.

Tabel 2. Distribusi Prevalensi Berdasarkan Klasifikasi Sistem Tubuh

Kategori Medis	Rincian Diagnosis Dominan	Jumlah Kasus	Prevalensi
Muskuloskeletal & Sendi	<i>Myalgia, Arthralgia, Osteoarthritis (OA), LBP, Gout Arthritis, Tendinitis</i>	91	38.8%
Kardiovaskular & Metabolik	Hipertensi, DM Tipe II, Hiperkolesterolemia, Dislipidemia, Suspek ACS/AF	83	35.4%
Saluran Pernapasan (Respirasi)	ISPA, <i>Common Cold</i> , Batuk Alergi, Asma Bronkial, Faringitis	43	18.3%
Saraf dan Neurologi	<i>Cephalgia</i> , Vertigo, Migrain, Neuropati Diabetik, Ischialgia	38	16.2%
Gastrointestinal (Pencernaan)	Sindrom Dispepsia, <i>GERD</i> , Gastritis, Suspek Ulkus Peptikum, Disentri	37	15.8%

Lain-lain (Kulit, Mata, Darah)	Dermatitis, Anemia, Katarak, Karies Gigi, <i>Pterygium</i> , Konjungtivitis	29	12.3%
--------------------------------	---	----	-------

Berdasarkan pada **Tabel 2**, gangguan Muskuloskeletal dan Sendi memimpin beban morbiditas dengan prevalensi mencapai 38,8%, disusul secara ketat oleh gangguan Kardiovaskular dan Metabolik (35,4%). Tingginya prevalensi penyakit muskuloskeletal sangat wajar terjadi pada populasi yang didominasi oleh lansia dan usia produktif akhir. Menurut Setyohadi et al., degenerasi kartilago (tulang rawan sendi) yang terjadi secara natural seiring bertambahnya usia merupakan etiologi utama terjadinya radang sendi atau osteoarthritis (9). Di samping faktor usia, faktor biomekanik lingkungan, riwayat pekerjaan fisik berat di masa lalu yang menyebabkan *micro-trauma* berulang, serta peningkatan indeks massa tubuh (obesitas) memberikan tekanan mekanis yang merusak sendi penopang berat badan, khususnya lutut (10).

Di urutan kedua, penyakit Kardiovaskular dan Metabolik mencerminkan fenomena transisi epidemiologi ganda (*double burden of disease*) di kawasan Cibeunying. Peningkatan kemakmuran dan urbanisasi seringkali diiringi dengan gaya hidup sedenter, tingginya asupan kalori dari karbohidrat sederhana, dan konsumsi natrium berlebih yang memicu sindrom metabolik (4). Lebih jauh, untuk memahami rincian penyakit secara spesifik dan mengevaluasi faktor risiko dari setiap diagnosis, data dikerucutkan menjadi 10 penyakit dengan kasus terbanyak, sebagaimana dipaparkan pada **Tabel 3**.

Tabel 3. Distribusi 10 Penyakit Terbanyak (*Top 10 Diseases*) di Cibeunying

Peringkat	Kategori Penyakit Klinis	Jumlah Kasus Spesifik
1	Hipertensi (Termasuk <i>Stage I</i> , <i>Stage II</i> , dan Berat)	26
2	Infeksi Saluran Pernapasan (ISPA)	22
3	Gangguan Gastrointestinal (Dispepsia, Gastritis, GERD)	19
4	Nyeri Muskuloskeletal (<i>Myalgia</i> , Nyeri Otot)	18
5	Arthritis / Osteoarthritis (Pengapuran Sendi)	16
6	Penyakit Kulit (Dermatitis, Tinea, Skabies)	12
7	Hiperurisemia / Gout (Asam Urat)	11
8	Diabetes / Gangguan Glukosa (DM Tipe II)	9
9	Sakit Kepala (<i>Cephalgia</i> , TTH)	9
10	Anemia	4

Tabel 3 menunjukkan temuan klinis yang sangat krusial yakni: Hipertensi menempati peringkat pertama sebagai diagnosis tunggal paling banyak ditemukan (26 kasus).

Hipertensi dikenal dalam literatur medis sebagai *the silent killer* karena sifat asimptomatiknya; penyakit ini secara diam-diam merusak endotel pembuluh darah tanpa memberikan keluhan berarti pada tahap awal (11). Fenomena ini terbukti di lapangan, di mana banyak pasien baru menyadari tingginya tekanan darah mereka (seringkali >150/90 mmHg) saat dilakukan skrining, atau mereka datang dengan keluhan sekunder seperti sakit kepala (*cephalgia*, peringkat 9). Berdampingan dengan Diabetes (peringkat 8), tingginya kasus hipertensi ini mengindikasikan bahwa warga Cibeunying berisiko tinggi terhadap komplikasi kardiovaskular mayor seperti gagal ginjal kronis, infark miokard, dan stroke iskemik di masa mendatang (12).

Sementara penyakit tidak menular mendominasi dimana Infeksi Saluran Pernapasan atau ISPA menduduki peringkat 2. Hal ini membuktikan bahwa ancaman penyakit menular akut masih eksis. Insidensi ISPA yang tinggi di area permukiman urban seringkali dipengaruhi oleh kualitas udara dalam ruang (*indoor air pollution*), kepadatan populasi, kurangnya ventilasi yang memadai, serta paparan asap atau debu lingkungan (13). Hal lain yang dapat dianalisis adalah adanya Gangguan Gastrointestinal (pada peringkat 3) di tengah tingginya beban penyakit muskuloskeletal. Hubungan antara keduanya tidak hanya bersifat kebetulan epidemiologis, melainkan berkaitan erat dengan riwayat polifarmasi, yang dapat dievaluasi pada Tabel 4 mengenai profil farmakologis.

Tabel 4. Profil Intervensi dan Terapi Farmakologis (Berdasarkan Frekuensi Peresepan)

Golongan Obat	Jenis / Nama Obat yang Diresepkan Tim Medis	Rasionalitas Klinis & Indikasi Utama
Analgesik & Obat Anti-Inflamasi Non-Steroid (NSAID)	<i>Meloxicam, Asam Mefenamat, Piroxicam, Na/K Diklofenak, Paracetamol, Ibuprofen</i>	Diberikan secara masif sebagai tatalaksana lini pertama pereda nyeri simptomatik dan anti-inflamasi pada kasus Osteoarthritis, Myalgia, LBP, dan <i>Cephalgia</i> .
Gastro-Protector & Antasida	<i>Omeprazole, Ranitidine, Maagmeta, Gastrucid</i>	Digunakan untuk terapi Sindrom Dispepsia, Gastritis, dan secara khusus diberikan sebagai <i>co-prescription</i> pencegah efek samping gastro-toksik dari penggunaan NSAID.
Antihipertensi	<i>Amlodipine, Captopril, Furosemide</i>	<i>Amlodipine</i> (CCB) menjadi lini pertama yang dominan bagi lansia untuk mengontrol tekanan darah melalui relaksasi otot polos pembuluh darah.

Vitamin & Suplemen Neurotropik	<i>Vitamin B Complex, Vitamin B1, B6, B12, Calcium, Solvitral, Multivitamin</i>	Diberikan pada lansia untuk mengatasi <i>fatigue</i> (kelelahan), neuropati diabetik/perifer, defisiensi mikronutrien, serta pemeliharaan kesehatan tulang.
Obat Saluran Pernapasan & Alergi	<i>Ambroxol, Cetirizine, Loratadine, Salbutamol, Dextromethorphan</i>	Mukolitik dan antihistamin diresepkan untuk manajemen ISPA non-bakterial, batuk alergi, serta asma bronkial guna meredakan spasme dan sekresi mukus.
Metabolik & Anti-Hiperurisemia	<i>Allopurinol, Metformin, Glimepiride, Simvastatin, Lipivast</i>	Intervensi spesifik untuk menurunkan kadar asam urat darah kronis, mengontrol glukosa darah pada penderita DM Tipe 2, dan menurunkan profil lipid.
Antibiotik	<i>Amoxicillin, Cefadroxil, Metronidazole</i>	Diberikan sangat selektif (restriktif) murni untuk kecurigaan infeksi bakteri sekunder, faringitis purulen, dan disentri amuba.

Tabel 4 menunjukkan pola persepan rasional (*Rational Use of Medicines*) yang diimplementasikan oleh tim medis dalam menghadapi kompleksitas penyakit komunitas. Tingginya persepan NSAID (*Meloxicam*, Diklofenak) sepenuhnya sejalan dengan algoritma tatalaksana nyeri bertahap (*WHO Analgesic Ladder*) untuk mengatasi tingginya prevalensi penyakit muskuloskeletal dan osteoarthritis (14). Namun, penggunaan NSAID jangka panjang diketahui bekerja dengan menghambat enzim siklooksigenase-1 (COX-1), yang notabene memiliki fungsi fisiologis dalam menghasilkan prostaglandin pelindung mukosa lambung (15). Penghambatan enzimatik inilah yang memicu terjadinya *NSAID-induced gastropathy* (luka lambung akibat obat nyeri), yang menjelaskan mengapa prevalensi Gangguan Gastrointestinal menempati peringkat ke-3 tertinggi pada komunitas ini (**Tabel 3**). Merespons patofisiologi tersebut, tim medis melakukan manuver farmakoterapi yang sangat tepat dengan memberikan obat golongan *Proton Pump Inhibitor* (PPI) seperti *Omeprazole* atau antagonis reseptor H2 (*Ranitidine*) bersamaan dengan NSAID sebagai langkah gastro-protektif (16).

Pada penanganan kardiovaskular, dominasi persepan *Amlodipine* mencerminkan kesesuaian dengan panduan klinis JNC-8 dan Konsensus PERHI (17). Golongan *Calcium Channel Blocker* (CCB) sangat direkomendasikan dan memiliki efikasi tinggi pada pasien lansia dengan kekakuan arterial kronis dan hipertensi sistolik terisolasi (*isolated systolic*

hypertension) (18). Penambahan regimen suplemen neurotropik (*Vitamin B1, B6, B12*) secara empiris terbukti krusial untuk memperbaiki konduksi selubung mielin saraf tepi, sehingga dapat meringankan keluhan kebas dan kesemutan (neuropati diabetik perifer) yang sangat jamak dikeluhkan lansia dengan komorbiditas diabetes (19).

Sementara itu, untuk kasus infeksi saluran napas, peresepan *Ambroxol* dan antihistamin generasi kedua (*Cetirizine, Loratadine*) merupakan pilihan yang rasional karena minim efek sedasi, sehingga tidak mengganggu kewaspadaan lansia. Yang patut diapresiasi dari data ini adalah rendahnya peresepan antibiotik sembarangan. *Amoxicillin* dan sefalosporin generasi pertama (*Cefadroxil*) diresepkan secara ketat hanya pada pasien dengan suspek infeksi bakteri spesifik, sejalan dengan program pengendalian resistensi antimikroba nasional (20).

Secara konklusi, profil hasil medis dan analisis farmakoterapi di Cibeunying menegaskan bahwa pendekatan kuratif berbasis komunitas telah berjalan dengan rasional dan *evidence-based*. Namun, untuk menekan laju morbiditas secara berkelanjutan terutama untuk kasus hipertensi dan osteoarthritis—tatalaksana medikamentosa ini mutlak harus didampingi dengan edukasi pembatasan asupan natrium, kontrol obesitas, optimalisasi Posbindu PTM oleh kader kesehatan, serta pengawasan kepatuhan minum obat secara komprehensif.

Kesimpulan

Kegiatan pengabdian masyarakat di RW 17 dan RW 20 Cibeunying menunjukkan profil morbiditas komunitas urban-suburban yang tengah menghadapi transisi epidemiologi ganda (*double burden of diseases*). Hasil pengabdian masyarakat ini menunjukkan bahwa dominasi peserta adalah kelompok usia dewasa dan lansia dengan penyakit degeneratif dan kardiometabolik teridentifikasi sebagai beban kesehatan tertinggi. Hipertensi tercatat sebagai diagnosis tunggal terbanyak, diikuti oleh Infeksi Saluran Pernapasan Akut/ISPA, dan Gangguan Gastrointestinal. Namun, secara akumulatif, kelompok penyakit muskuloskeletal dan sendi (meliputi osteoarthritis, *myalgia*, dan *gout arthritis*) menyumbang angka kesakitan absolut terbesar.

Intervensi farmakologis yang dilakukan selama kegiatan menunjukkan profil persepsian yang rasional (*rational prescribing*). Hal ini ditandai dengan penggunaan *Calcium Channel Blocker* sebagai kontrol hipertensi lini pertama pada lansia, pendampingan agen gastro-protector pada pemberian terapi NSAID untuk mencegah komplikasi lambung, serta persepsian antibiotik yang sangat restriktif. Sebagai tindak lanjut untuk menekan laju morbiditas penyakit kronis secara berkelanjutan, luaran medis ini menuntut optimalisasi peran perangkat kewilayahan dalam mereaktivasi Posbindu PTM, serta penyelenggaraan edukasi masif terkait modifikasi gaya hidup sehat, pembatasan asupan natrium, dan manajemen nyeri sendi non-farmakologis.

Daftar Pustaka

1. Boutayeb A, Boutayeb S. The burden of non-communicable diseases in developing countries. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):1-8.
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases: Key facts (Internet). Geneva: WHO; 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI; 2019.
4. Laksmi PW, et al. Management of non-communicable diseases in Indonesian primary healthcare. *Med J Indones*. 2020;29(4):350-357.
5. Suhardiman A, Kustanti A, Nugraha P. Peran Posbindu PTM dalam Deteksi Dini Penyakit Tidak Menular di Lingkungan Urban. *J Kes Kom*. 2022;8(2):112-120.
6. Farrag A, El-Sayed M. The iceberg phenomenon in chronic diseases: A community-based screening approach. *Epidemiol Health*. 2021;43:e2021034.
7. Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, Stiyohadi B, Syam AF. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Edisi ke-7. Jakarta: Intern Publishing; 2019.
8. López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. Hallmarks of aging: An expanding universe. *Cell*. 2023;186(2):243-278.
9. Setyohadi B, Amir D, Pratimpongo A, et al. *Rekomendasi IRA untuk diagnosis dan penatalaksanaan osteoarthritis*. Jakarta: Indonesian Rheumatology Association; 2018.
10. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *Lancet*. 2019;393(10182):1745-1759.
11. Oparil S, Acelajado MC, Bakris GL, et al. Hypertension. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4(1):18014.
12. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021;398(10304):957-980.
13. World Health Organization. Household air pollution and health (Internet). Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health>
14. DiPiro JT, Yee GC, Posey LM, Haines ST, Nolin TD, Ellingrod V. *Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach*. 11th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2020.

15. Katzung BG, Vanderah TW. *Basic & clinical pharmacology*. 15th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2021.
16. Tariq R, Singh DP, Gupta V. *Gastrointestinal bleeding and NSAIDs*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
17. Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI). *Pedoman tatalaksana hipertensi pada penyakit kardiovaskular*. Jakarta: PERKI; 2020.
18. Unger T, Borghi C, Charchar F, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*. 2020;75(6):1334-1357.
19. Baltrusch S. The role of neurotropic B vitamins in the medical management of peripheral neuropathy. *Biomed Res Int*. 2021;2021:9968228.
20. Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman penggunaan antibiotik nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2021.