



Pelayanan Pemeriksaan Kesehatan dan Pengobatan Gratis di Dusun Plampang 2 Kabupaten Kulon Progo

Didiek Hardiyanto Soegiantoro^{1,*}, Gracya Anjani Brouch¹, Julia Nanda Kezia¹, Astrelia Merly¹, Melzyelinna Yemima Gloria¹, Ariela Nadine Clarina¹

¹Universitas Kristen Immanuel, Yogyakarta, Indonesia

Informasi Artikel

Sejarah Artikel:

Submit: 02 Desember 2025

Revisi: 07 Januari 2026

Diterima: 24 Januari 2026

Diterbitkan: 30 Januari 2026

Kata Kunci

Akses Layanan Kesehatan, Daerah Terpencil, Penyakit Degeneratif, Pengobatan Gratis, Pengabdian Masyarakat

Correspondence

E-mail: didiek@ukrimuniversity.ac.id*

A B S T R A K

Kesenjangan akses layanan kesehatan di daerah terpencil menjadi tantangan besar dalam mencapai cakupan kesehatan universal. Dusun Plampang 2, Kabupaten Kulon Progo, merupakan salah satu wilayah yang mengalami keterbatasan akses akibat isolasi geografis, infrastruktur transportasi yang buruk, dan kurangnya fasilitas kesehatan. Kegiatan pengabdian masyarakat ini bertujuan untuk memberikan pemeriksaan kesehatan dan pengobatan gratis guna mengatasi kebutuhan mendesak serta memetakan masalah kesehatan masyarakat. Metode pelaksanaan meliputi identifikasi masalah melalui audiensi dan survei, perencanaan partisipatif, serta kolaborasi dengan Rumah Sakit Bethesda. Sebanyak 100 peserta terlibat, didominasi kelompok lansia dengan keluhan utama gangguan muskuloskeletal (nyeri sendi dan punggung) dan hipertensi. Hasil menunjukkan tingginya prevalensi penyakit degeneratif yang sering kali tidak terdiagnosis. Kegiatan ini berperan sebagai intervensi awal yang vital, namun keberlanjutannya memerlukan edukasi kesehatan, program promotif-preventif, dan mekanisme rujukan yang terstruktur. Kolaborasi antara akademisi, institusi kesehatan, dan masyarakat terbukti efektif dalam meningkatkan akses dan kesadaran kesehatan di wilayah terpencil. Kegiatan dirasakan manfaatnya oleh warga masyarakat yang selama ini mengalami kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan primer.

Abstract

Disparities in healthcare access in remote areas remain a major challenge to achieving universal health coverage. Dusun Plampang 2, Kulon Progo Regency, is one of the regions experiencing limited access due to geographical isolation, poor transportation infrastructure, and lack of health facilities. This community service activity aimed to provide free health screenings and treatments to address urgent needs and map community health issues. The implementation method included problem identification through hearings and surveys, participatory planning, and collaboration with Bethesda Hospital. A total of 100 participants were involved, predominantly elderly individuals with chief complaints of musculoskeletal disorders (joint and back pain) and hypertension. The results indicated a high prevalence of often undiagnosed degenerative diseases. This activity served as a vital initial intervention, but its sustainability requires health education, promotive-preventive programs, and structured referral mechanisms. Collaboration between academics, health institutions, and the community proved effective in improving access and health awareness in remote areas. The activities were felt to be beneficial by local residents who had previously experienced difficulties in accessing primary health services.

This is an open access article under the CC-BY-SA license





1. Pendahuluan

Kesehatan pada dasarnya diakui sebagai hak setiap warga negara, yang tercantum dalam berbagai deklarasi internasional dan konstitusi nasional. Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia menegaskan bahwa setiap orang berhak atas standar hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan [1]. Prinsip ini digaungkan dalam berbagai kebijakan kesehatan nasional yang berupa ya mendorong akses yang setara terhadap layanan kesehatan di seluruh lapisan sosial. Namun realisasi hak ini seringkali terhambat oleh hambatan sistemik, yang menyebabkan populasi rentan tidak memiliki dukungan kesehatan yang memadai [1]. Dalam konteks Indonesia, inisiatif kesehatan masyarakat, seperti yang diselenggarakan di Dusun Plampang 2, berfungsi sebagai mekanisme krusial untuk menjembatani kesenjangan akses kesehatan ini. Inisiatif ini menekankan pentingnya mobilisasi dan peningkatan kesadaran masyarakat sebagai strategi penting untuk meningkatkan penyerapan layanan, terutama di antara populasi yang kekurangan sumber daya.

Pemerintah Indonesia mengartikulasikan komitmen terhadap kesehatan masyarakat melalui berbagai program yang bertujuan untuk mencapai cakupan kesehatan semesta. Implementasi kebijakan-kebijakan ini melibatkan peningkatan infrastruktur kesehatan, pendanaan layanan kesehatan, dan pengembangan kapasitas tenaga kesehatan. Tata kelola yang efektif dalam sistem kesehatan telah terbukti berkorelasi dengan peningkatan pemberian layanan, di mana rencana strategis menguraikan tujuan dan metrik kinerja yang spesifik. Reformasi kesehatan yang bertujuan desentralisasi telah memfasilitasi intervensi terarah yang mengatasi tantangan kesehatan lokal dan memanfaatkan sumber daya masyarakat [2]. Sikap pemerintah yang proaktif ini sangat penting dalam membangun sistem kesehatan yang tidak hanya responsif tetapi juga tangguh dalam menghadapi tantangan kesehatan masyarakat yang muncul [3].

Meskipun ada upaya pemerintah selama ini ini, tantangan signifikan masih ada, terutama di daerah pedesaan dan terpencil seperti Dusun Plampang 2. Isolasi geografis sering kali membatasi akses penduduk terhadap layanan kesehatan, diperparah dengan kurangnya tenaga dan sumber daya kesehatan [4]. Studi menunjukkan bahwa masyarakat pedesaan sering kali mengalami penurunan kualitas dan ketersediaan layanan kesehatan, yang menyebabkan disparitas kesehatan [5]. Selain itu, hambatan birokrasi dalam sistem kesehatan dapat menghalangi individu untuk mencari layanan kesehatan, karena mereka mungkin menghadapi proses administrasi yang rumit atau penjangkauan informasi yang tidak memadai tentang layanan yang tersedia [6]. Pendekatan kolaboratif yang mengintegrasikan tenaga kesehatan lokal dan praktik tradisional dengan layanan kesehatan formal dapat menjadi vital dalam mengatasi keterbatasan ini dan meningkatkan akses [2], [6]. Dengan memanfaatkan prinsip-prinsip tata kelola partisipatif, masyarakat dapat bekerja sama dengan pemerintah untuk bersama-sama menciptakan solusi yang lebih baik dalam memenuhi tantangan kesehatan unik mereka [2]. Kondisi layanan kesehatan masyarakat di Yogyakarta menunjukkan variabilitas yang signifikan, terutama dipengaruhi oleh faktor geografis dan sosial ekonomi. Daerah dengan medan yang sulit atau yang terletak jauh dari pusat kota sering kali mengalami tantangan berat dalam mengakses layanan kesehatan yang diperlukan [7]. Misalnya, daerah pedesaan di Indonesia sering kali menghadapi kekurangan fasilitas dan tenaga medis, yang memperburuk ketimpangan dalam pemberian layanan kesehatan [8]. Hal ini terutama terlihat di daerah seperti Dusun Plampang 2, di mana penduduk menghadapi tantangan logistik yang menghambat kemampuan mereka untuk memanfaatkan sumber daya kesehatan yang tersedia [7]. Studi terbaru menekankan bahwa masyarakat terpencil lebih terdampak oleh masalah sistemik seperti pilihan

transportasi yang tidak memadai dan kurangnya komunikasi tentang layanan kesehatan, sehingga menyoroti perlunya strategi kesehatan masyarakat yang disesuaikan untuk mengatasi hambatan ini [8]. Kesenjangan tersebut tidak hanya berdampak pada hasil kesehatan langsung tetapi juga melanggengkan kesenjangan kesehatan jangka panjang di seluruh populasi [9].

Urgensi kegiatan pengabdian masyarakat di Dusun Plampang 2 bersumber dari terbatasnya akses terhadap layanan kesehatan yang memadai. Di dusun Kepanewon Kokap, Kabupaten Kulonprogo, penduduknya sering melaporkan kurangnya fasilitas dan layanan kesehatan dasar seperti perawatan prenatal, vaksinasi, dan perawatan medis darurat [10]. Kondisi kesehatan yang buruk tersebut dapat memperburuk masalah kesehatan, termasuk kematian ibu dan bayi, yang lazim terjadi di wilayah-wilayah yang terisolasi secara global [11]. Penelitian menunjukkan bahwa tidak adanya program intervensi kesehatan yang efektif berkorelasi signifikan dengan memburuknya indikator kesehatan [10]. Mengingat tantangan-tantangan ini, inisiatif layanan masyarakat menjadi penting, tidak hanya sebagai dukungan kesehatan tambahan, tetapi juga sebagai intervensi fundamental yang bertujuan untuk menciptakan lanskap kesehatan yang lebih adil [1]. Mengoptimalkan akses layanan kesehatan melalui upaya lokal yang kolaboratif dapat menjembatani kesenjangan yang ada dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan [10].

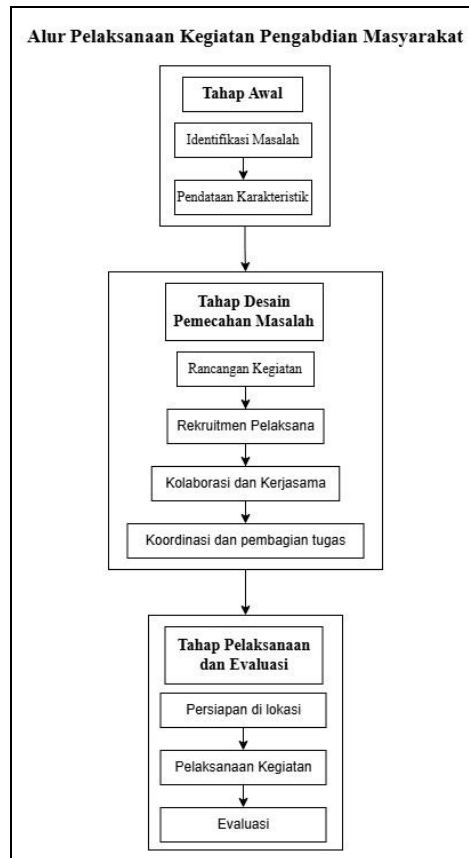
Persoalan mendesak terkait akses kesehatan masyarakat telah secara langsung memotivasi kegiatan layanan masyarakat ini, yang dirancang untuk memitigasi kebutuhan layanan kesehatan mendesak penduduk Dusun Plampang 2. Dengan menyelenggarakan pemeriksaan kesehatan dan pengobatan gratis, inisiatif ini bertujuan untuk mengatasi masalah kesehatan yang mendesak, seperti kondisi kronis yang tidak tertangani dan kurangnya perawatan preventif, yang lazim terjadi di masyarakat yang kurang terlayani [12]. Efektivitas proyek kesehatan masyarakat semacam itu bergantung pada kemampuannya untuk beradaptasi dengan kebutuhan lokal dan melibatkan masyarakat secara aktif [13]. Inisiatif-inisiatif yang telah berhasil di masa lalu dalam konteks serupa menunjukkan bahwa melibatkan anggota masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan layanan kesehatan secara signifikan meningkatkan tingkat pemanfaatan dan hasil kesehatan [14]. Lebih lanjut, inisiatif-inisiatif ini tidak hanya berfungsi untuk memberikan bantuan langsung tetapi juga memberdayakan penduduk setempat dengan pendidikan kesehatan dan sumber daya yang berkontribusi pada praktik kesehatan berkelanjutan [1]. Karena kesenjangan kesehatan terus menjadi tantangan bagi banyak daerah pedesaan, program layanan masyarakat seperti ini merupakan respons penting yang bertujuan untuk mendorong kesetaraan dan ketahanan kesehatan dalam menghadapi hambatan sistemik [14].

Kebutuhan akan kegiatan pengabdian masyarakat, terutama dalam bentuk pemeriksaan kesehatan dan pengobatan gratis, sangat ditekankan bagi penduduk seperti di Dusun Plampang 2. Keterpencilan geografis yang dikombinasikan dengan infrastruktur transportasi yang tidak memadai sangat menghambat kemampuan penduduk untuk mendapatkan layanan kesehatan pemerintah yang ada [15]. Situasi ini semakin diperburuk oleh fakta bahwa banyak individu di komunitas ini mengalami disparitas sosial ekonomi yang membatasi pilihan transportasi dan pengetahuan mereka tentang akses layanan kesehatan [16]. Penelitian menunjukkan bahwa hambatan seperti jarak tempuh yang jauh dan kurangnya transportasi yang andal dapat menyebabkan penundaan perawatan medis atau penghindaran sama sekali dari pencarian perawatan yang diperlukan [17], [18]. Akibatnya, kegiatan pengabdian masyarakat ini muncul sebagai intervensi vital untuk mengatasi kebutuhan layanan kesehatan langsung dan tantangan kesehatan masyarakat yang lebih luas yang melekat di lingkungan tersebut [19]. Inisiatif-inisiatif ini tidak hanya menyediakan layanan medis esensial secara langsung kepada masyarakat yang paling membutuhkan, tetapi juga meningkatkan kesadaran masyarakat tentang isu-isu kesehatan, mempromosikan perawatan preventif, dan mendorong pilihan gaya hidup yang lebih sehat [20]. Program-program semacam ini berperan penting dalam menjembatani kesenjangan antara sumber daya kesehatan pemerintah dan masyarakat yang kurang

terlayani, yang pada akhirnya mengarah pada peningkatan hasil kesehatan dan pemerataan akses layanan kesehatan [17].

2. Metode Pelaksanaan

Kegiatan pengabdian masyarakat ini diadakan di Dusun Plampang 2, Kepanewon Kokap, Kabupaten Kulon Progo, Daerah Istimewa Yogyakarta, pada hari Sabtu, tanggal 14 Juni 2025.

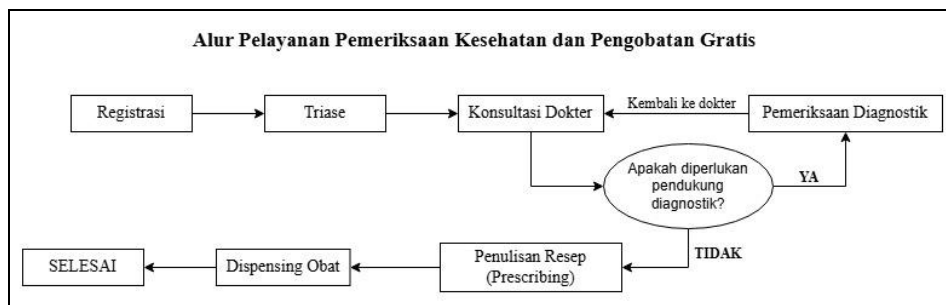


Gambar 1. Diagram Alur Kegiatan

Tahap pelaksanaan kegiatan meliputi tahap awal, tahap desain pemecahan masalah, dan tahap pelaksanaan dan evaluasi seperti terlihat dalam Gambar 1. Identifikasi masalah dilakukan pada bulan April 2025 setelah mendapatkan hasil audiensi dengan salah satu warga masyarakat yang menyatakan kesulitan akses kesehatan karena tidak adanya sarana transportasi umum, kondisi jalan menuju lokasi yang rusak, medan jalan yang naik turun, serta jarak dengan Puskesmas yang tidak mungkin ditempuh dengan berjalan kaki. Hasil audiensi ditindaklanjuti dengan melakukan survey lapangan, melakukan diskusi dengan kepala pemerintah setempat (kepala dusun), tokoh masyarakat, dan beberapa warga. Setelah permasalahan ini teridentifikasi dan dipastikan kebenarannya, maka dilakukan pendataan karakteristik terhadap kelompok masyarakat yang memerlukan, terutama dari kelompok warga masyarakat berusia lanjut atau lansia, memiliki riwayat penyakit degeneratif sebelumnya, dan kelompok masyarakat rentan penyakit lainnya. Hasil identifikasi karakteristik masyarakat akan digunakan sebagai bahan kajian menyusun bentuk kegiatan pengabdian yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Berdasarkan identifikasi masalah dan pendataan warga masyarakat sasaran kegiatan ini, maka dilakukan rancangan kegiatan dengan menggunakan desain bakti sosial dalam bentuk pemeriksaan kesehatan dan pengobatan gratis. Rekrutmen pelaksana kegiatan dilakukan dengan menggunakan 47 orang dari mahasiswa yang kemudian disusun kepanitian dan dibagi-bagi dalam divisi acara, divisi perlenhkanan dan keamanan, divisi publikasi, dekorasi, dan dokumentasi, serta divisi usaha dana. Tahap kolaborasi dan kerjasama dilakukan dengan menyebarkan surat permintaan kerjasama disertai

proposal kepada beberapa unit layanan kesehatan di Yogyakarta, dimana membuahkan hasil untuk Rumah Sakit Bethesda menyambut baik kejasama dalam kegiatan ini. Perencanaan logistik dan mobilisasi sumber daya meliputi pemilihan tempat, pembentukan kepanitiaan relawan, pengadaan perlengkapan, serta pendanaan. Pemilihan tempat dilakukan dengan menentukan lokasi di Posyandu Plampang 2 karena mudah diakses, dekat dengan jalan, dan terpusat dengan ruangan pendopo yang memadai, tempat berteduh, air, sanitasi, dan akses listrik. Selain itu dpersiapkan untuk tenda dan tempat duduk bagi warga yang sedang menunggu antrian. Personalia disusun dari seluruh mahasiswa farmasi angkatan 2024 berjumlah 47 orang dengan melakukan pembagian tugas dalam kepanitiaan. Pengadaan perlengkapan yang diperlukan meliputi obat-obatan esensial (berdasarkan asesmen kebutuhan), peralatan diagnostik (alat ukur tekanan darah, alat dan strip test diagnostik, stetoskop), formulir pendaftaran, kartu periksa, dan alat tulis. Pendanaan dilakukan dengan melakukan perhitungan rencana anggaran dan belanja (RAB), serta megumpulkan dana melalui iuran dan usaha dana. Perencanaan operasional meliputi rencana pelayanan kesehatan, menetapkan alur pasien sehingga dapat mengatur penempatan meja dan mempermudah personalia yang menjalankan, serta mencanakan mobilisasi masyarakat menggunakan undangan berupa kertas yang dapat ditukarkan dengan sembako saat datang ke lokasi, dan memberikan pengumuman melalui masjid dimulai dari 1 minggu sebelumnya. Koordinasi dengan kolaborator Rumah Sakit Bethesda dan pembagian tugas kepanitiaan dilakukan satu minggu sebelum pelaksanaan, dimana pada tahap ini disusun cek list perlengkapan yang diperlukan, obat-obatan yang disediakan, alur kegiatan yang akan ditempuh kelompok sasaran saat mengikuti kegiatan ini, serta melakukan sosialisasi kepada warga masyarakat sasaran serta dusun-dusun di sekitarnya.



Gambar 2. Alur pelayanan pemeriksaan kesehatan dan pengobatan gratis

Tahap pelaksanaan dan evaluasi dilakukan selama 2 hari. Pada hari pertama dilakukan persiapan dengan mengatur pos-pos untuk kelompok sasaran, meliputi tempat registrasi, pemeriksaan kesehatan, pemeriksaan diagnostik, konsultasi dokter, dan dispensing obat. Selain itu dilakukan persiapan peralatan, persiapan penataan persediaan obat-obatan, dan memasang spanduk dan poster kegiatan. Alur proses pemeriksaan kesehatan dan pengobatan gratis pada kegiatan ini seperti digambarkan pada Gambar 2.

Pos registrasi akan dicatat data demografi dasar (nama, usia, jenis kelamin, dusun), keluhan awal (jika ada). Pada pos triase, perawat menilai urgensi, tanda-tanda vital seperti mengukur tekanan darah, suhu tubuh, dan denyut nadi. Setelah itu pasien diarahkan menuju pos konsultasi dokter untuk dilakukan penegakan diagnosis. Apabila diperlukan, dokter dapat meminta pemeriksaan diagnostik seperti kadar gula darah, kadar kolesterol total, dan kadar asam urat pada pos pemeriksaan diagnostik. Setelah itu dokter akan meresepkan obat sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan. Resep diserahkan kepada pos farmasi, dimana apoteker akan memberikan obat sesuai dengan yang diresepkan dengan petunjuk dosis yang jelas. Apoteker menyerahkan obat sekaligus memberikan konseling kepada pasien tentang penggunaan dan efek samping. Lembar catatan pemeriksaan dari setiap pasien dikumpulkan dan dilaporkan sebagai bentuk tanggung jawab pelaksanaan kegiatan.

3. Hasil dan Pembahasan

Kegiatan pengabdian masyarakat berupa pemeriksaan kesehatan dan pengobatan gratis di Dusun Plampang 2 berhasil menjangkau 100 orang peserta, dengan komposisi dominan kelompok lanjut usia (lansia). Hasil skrining kesehatan menunjukkan bahwa keluhan paling prevalen berada pada kategori gangguan muskuloskeletal (seperti nyeri sendi dan punggung) serta hipertensi. Temuan ini selaras dengan laporan kesehatan nasional yang menempatkan penyakit degeneratif dan tekanan darah tinggi sebagai beban kesehatan utama pada populasi lansia. Tingkat partisipasi yang tinggi ini mengindikasikan kebutuhan akan layanan kesehatan dasar yang mudah diakses di wilayah terpencil, sekaligus merefleksikan kepercayaan masyarakat terhadap kolaborasi antara tim pengabdian dan Rumah Sakit Bethesda.

Berdasarkan data 100 peserta kegiatan pemeriksaan kesehatan di Dusun Plampang, gambaran pola morbiditas komunitas menunjukkan dominasi masalah kesehatan terkait sistem muskuloskeletal, neurologis, dan sindrom metabolik. Keluhan seperti nyeri sendi (lutut, pinggang, bahu), pegal, serta kesemutan dan kebas pada anggota gerak merupakan yang paling banyak dilaporkan. Hal ini konsisten dengan komposisi peserta yang didominasi kelompok usia produktif hingga lanjut usia, di mana beban kerja fisik dan proses degeneratif menjadi faktor risiko utama.



Gambar 3. Dokumentasi hasil kegiatan

Gangguan muskuloskeletal semakin umum terjadi pada kelompok usia produktif dan lanjut usia, dengan beban kerja fisik dan proses degeneratif muncul sebagai faktor risiko utama. Penelitian menunjukkan bahwa keluhan muskuloskeletal berdampak signifikan pada individu berusia 40-50 tahun [21]. Sebuah studi potong lintang menemukan bahwa 72,1% responden mengalami gangguan muskuloskeletal, dengan prevalensi tertinggi pada kelompok usia dewasa [22]. Secara spesifik, nyeri sendi (lutut, pinggang, bahu), kekakuan otot, mati rasa, dan ketidaknyamanan pada anggota badan merupakan gejala yang paling sering dilaporkan. Risiko osteoarthritis meningkat seiring bertambahnya usia, terutama memengaruhi sendi-sendi besar seperti lutut [23]. Proses degeneratif berkontribusi terhadap kerusakan struktural dan penurunan fungsi, sehingga kelompok usia ini sangat rentan terhadap komplikasi muskuloskeletal.

Di sisi lain, keluhan "pusing" dalam berbagai varian (berputar, cekot, gliyer) juga sangat tinggi frekuensinya, yang dapat mengindikasikan masalah mulai dari hipertensi, gangguan keseimbangan, hingga kelelahan dan beban psikososial. Temuan ini mengonfirmasi tingginya prevalensi penyakit degeneratif dan non-komunikabel di daerah pedesaan, yang seringkali tidak terdiagnosis secara formal karena keterbatasan akses ke fasilitas kesehatan. Penyakit degeneratif sangat prevalen di daerah pedesaan, dengan tingkat underdiagnosis yang signifikan akibat terbatasnya akses layanan kesehatan. Berbagai studi kesehatan masyarakat mengungkapkan tingkat kondisi kesehatan yang tidak terdeteksi yang mengkhawatirkan. Penelitian menemukan bahwa 50% peserta di pedesaan memiliki tekanan darah tinggi, sementara 30% menunjukkan peningkatan kadar gula darah, prevalensi hipertensi masih tinggi dan kurang terkontrol di daerah pedesaan [24]. Underdiagnosis ini

disebabkan oleh beberapa faktor: terbatasnya fasilitas layanan kesehatan, rendahnya edukasi kesehatan, dan minimnya skrining rutin. Penelitian lain mencatat bahwa masyarakat pedesaan, terutama populasi lansia, memiliki akses terbatas terhadap informasi kesehatan [25]. Keberbahayaan penyakit degeneratif tanpa skrining rutin, seringkali berkembang tanpa terdeteksi, sehingga intervensi dini menjadi sulit [26].



Gambar 4. Tenaga kesehatan (dokter, apoteker, dan perawat) dalam kegiatan

Data hasil pemeriksaan kesehatan pada kegiatan ini juga mengungkap kompleksitas komorbiditas yang dihadapi masyarakat. Banyak peserta melaporkan keluhan ganda yang saling tumpang tindih, seperti kombinasi antara nyeri sendi, pusing, dan gejala dispepsia (maag, mual). Pola ini menunjukkan beban penyakit yang multipel dan potensi interaksi antara gangguan akibat pola makan, aktivitas fisik, dan penuaan. Tingginya proporsi peserta perempuan dengan keluhan tersebut juga memerlukan perhatian khusus dari aspek gender dalam kesehatan. Data ini menggarisbawahi bahwa pendekatan kuratif sesaat tidak cukup; diperlukan intervensi berkelanjutan berbasis edukasi mengenai manajemen nyeri, pola hidup aktif, dan diet seimbang untuk mengendalikan faktor risiko. Bukti dari berbagai penelitian mendukung pendekatan ini. Penelitian sebelumnya menemukan 73% responden melaporkan keluhan muskuloskeletal yang berkaitan langsung dengan gaya hidup sedentary, yang menekankan perlunya intervensi komprehensif. Penelitian ini menyoroti bahwa faktor risiko seperti obesitas (60%), hipertensi (16%), dan inaktivitas fisik (40% tidak pernah berolahraga) memerlukan program edukasi terstruktur yang berfokus pada pola makan, aktivitas fisik, dan kesadaran kesehatan [27]. Manajemen nyeri kronis memerlukan strategi edukasi inklusif yang mengatasi keterbatasan fisik, akses layanan kesehatan, dan dukungan sosial. Kuncinya adalah menciptakan program multidisiplin yang berkelanjutan yang memberdayakan individu untuk mengubah perilaku gaya hidup dan mencegah perkembangan penyakit [28]. Kegiatan pengabdian ini berfungsi sebagai titik masuk yang vital untuk memetakan kebutuhan kesehatan spesifik lokal dan merancang program promotif-preventif yang lebih terarah dan berkelanjutan.

Kegiatan pengabdian masyarakat ini adalah salah satu intervensi kesehatan berbasis komunitas seperti ini efektif sebagai strategi awal untuk menjembatani kesenjangan layanan kesehatan di daerah terpencil. Kerja sama dengan rumah sakit membawa legitimasi medis dan perluasan cakupan pelayanan, yang pada gilirannya meningkatkan dampak program. Untuk keberlanjutan, diperlukan mekanisme rujukan yang terstruktur dan program pendampingan kesehatan berbasis kader dusun. Rekomendasi ini sejalan dengan upaya mencapai target cakupan kesehatan universal dan pembangunan kesehatan berkelanjutan (SDGs) dengan memastikan tidak ada satu pun warga, termasuk lansia di wilayah pedesaan, yang tertinggal.

4. Kesimpulan

Kegiatan pengabdian masyarakat berupa pemeriksaan kesehatan dan pengobatan gratis di Dusun Plampang 2 berhasil menjangkau 100 peserta, dengan mayoritas merupakan kelompok lansia yang menghadapi masalah kesehatan degeneratif, terutama gangguan muskuloskeletal dan hipertensi. Inisiatif ini tidak hanya memenuhi kebutuhan kesehatan mendesak, tetapi juga mengungkap kompleksitas komorbiditas dan kesenjangan akses layanan kesehatan di daerah terpencil. Kolaborasi dengan Rumah Sakit Bethesda memberikan legitimasi medis dan perluasan cakupan pelayanan, sehingga meningkatkan kepercayaan masyarakat. Namun, pendekatan kuratif sesaat tidak cukup; diperlukan intervensi berkelanjutan berupa edukasi kesehatan, program promotif-preventif, serta mekanisme rujukan yang terstruktur untuk mendukung keberlanjutan. Kegiatan ini menegaskan pentingnya pendekatan partisipatif dan kolaboratif dalam menjembatani kesenjangan layanan kesehatan serta mendorong pemerataan akses kesehatan, khususnya bagi populasi rentan di daerah pedesaan.

Ucapan Terimakasih

Terima kasih disampaikan kepada Fakultas Farmasi Universitas Kristen Immanuel yang telah memwadhahi kegiatan pengabdian masyarakat ini sehingga dapat dilaksanakan dengan baik. Terima kasih kepada seluruh tim panitia pelaksana kegiatan pengabdian masyarakat yang telah bekerja sejak 4 bulan sebelum pelaksanaan guna mendapatkan aspirasi masyarakat melakukan skrining kebutuhan masyarakat, hingga mempersiapkan dan melaksanakan kegiatan dengan lancar. Terima kasih kepada tim dokter, perawat, dan tenaga kefarmasian dari Rumah Sakit Bethesda yang telah bekerjasama dengan baik, dalam melaksanakan kegiatan ini.

Daftar Pustaka

- [1] A. Demissie, A. Worku, and Y. Berhane, "Effect of Implementing a Free Delivery Service Policy on Women's Utilization of Facility-Based Delivery in Central Ethiopia: An Interrupted Time Series Analysis," *J Pregnancy*, vol. 2020, 2020, doi: 10.1155/2020/8649598.
- [2] R. B. Khatri et al., "Contribution of health system governance in delivering primary health care services for universal health coverage: A scoping review," *PLoS One*, vol. 20, no. 2, p. e0318244, Feb. 2025, doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0318244.
- [3] A. A. Abdi, W. Guyo, and M. Moronge, "Health Policy and Service Delivery in Referral Hospitals in Kenya," *European Journal of Theoretical and Applied Sciences*, vol. 1, no. 6, pp. 357–365, Nov. 2023, doi: 10.59324/EJTAS.2023.1(6).35.
- [4] R. A. Cardozo, Y. M. Ortiz, J. L. Lopez, M. S. Sebastian, and F. Jonsson, "Exploring health system responses to COVID-19 in Bolivia: A qualitative study with the system leaders," *Eur J Public Health*, vol. 35, no. Supplement_4, Oct. 2025, doi: 10.1093/EURPUB/CKAF161.1555.
- [5] A. Edelman, L. Vinyals Torres, A. Kazi, K. Rasanathan, and R. Marten, "An unfinished agenda: insights from seven country case studies on strengthening primary health care in the Western Pacific Region," *BMJ Glob Health*, vol. 10, no. Suppl 2, Apr. 2025, doi: 10.1136/BMJGH-2024-017442.
- [6] A. F. Khattak, A. U. Rahman, M. Khattak, M. Qazi, H. Gilani, and A. Khan, "Toward Sustainable Healthcare Systems: A Low and Middle-Income Country's Case for Investing in Healthcare Reforms," *Cureus*, vol. 15, no. 5, May 2023, doi: 10.7759/CUREUS.39345.
- [7] S. Wenang et al., "Availability and Accessibility of Primary Care for the Remote, Rural, and Poor Population of Indonesia," *Front Public Health*, vol. 9, p. 721886, Sep. 2021, doi: 10.3389/FPUBH.2021.721886/BIBTEX.
- [8] S. Soraya, T. Syamanta, H. S. R. B. Harahap, C. Coovadia, and M. Greg, "Impact of the National Health Insurance Program (JKN) on Access to Public Health Services: A Comprehensive Analysis," *Jurnal Ilmu Pendidikan dan Humaniora*, vol. 12, no. 3, pp. 133–151, Sep. 2023, doi: 10.35335/JIPH.V12I3.7.

- [9] T. Rahmawati and H. M. Hsieh, "Appraisal of universal health insurance and maternal health services utilization: pre- and post-context of the Jaminan Kesehatan Nasional implementation in Indonesia," *Front Public Health*, vol. 12, p. 1301421, Mar. 2024, doi:10.3389/FPUBH.2024.1301421/BIBTEX.
- [10] D. K. Nadorff et al., "Down the Digital Delta: Health Information Inequities Among Rural Mississippi Caregivers," *Healthcare* 2025, Vol. 13, Page 2361, vol. 13, no. 18, p. 2361, Sep. 2025, doi: 10.3390/HEALTHCARE13182361.
- [11] Md. M. Rahman et al., "Access to and Utilization of Maternal and Child Healthcare Services During COVID-19 Pandemic in Rural Bangladesh," *International Journal of Maternal and Child Health and AIDS*, vol. 13, no. e018, p. e018, Aug. 2024, doi: 10.25259/IJMA_612.
- [12] M. Arora et al., "Co-creating community engagement and involvement strategies: understanding challenges and needs of people living with multiple long-term conditions and stakeholders' perspectives in India and Nepal," *BMJ Glob Health*, vol. 10, no. 9, p. e018968, Sep. 2025, doi: 10.1136/BMJGH-2025-018968.
- [13] A. S. Wong et al., "Identifying health and healthcare priorities in rural areas: A concept mapping study informed by consumers, health professionals and researchers," *Health Research Policy and Systems* 2024 22:1, vol. 22, no. 1, pp. 105-, Aug. 2024, doi: 10.1186/S12961-024-01163-1.
- [14] N. Houghton et al., "Identifying access barriers faced by rural and dispersed communities to better address their needs: implications and lessons learned for rural proofing for health in the Americas and beyond," *Rural Remote Health*, vol. 23, no. 1, Mar. 2023, doi: 10.22605/RRH7822.
- [15] Z. Tao, Z. Yao, H. Kong, F. Duan, and G. Li, "Spatial accessibility to healthcare services in Shenzhen, China: improving the multi-modal two-step floating catchment area method by estimating travel time via online map APIs," *BMC Health Serv Res*, vol. 18, no. 1, May 2018, doi: 10.1186/S12913-018-3132-8.
- [16] Y. A. Adebisi et al., "COVID-19 Highlights the Need for Inclusive Responses to Public Health Emergencies in Africa," *Am J Trop Med Hyg*, vol. 104, no. 2, pp. 449–452, Feb. 2021, doi: 10.4269/AJTMH.20-1485.
- [17] A. O. Adeoye et al., "Perspectives of healthcare stakeholders in Nigeria on the impact of COVID-19 on health services," *J Public Health Afr*, vol. 16, no. 1, p. 9, Jan. 2025, doi: 10.4102/JPHIA.V16I1.674.
- [18] V. Haldane et al., "A qualitative study of perspectives on access to tuberculosis health services in Xigaze, China," *Infectious Diseases of Poverty* 2021 10:1, vol. 10, no. 1, pp. 120-, Sep. 2021, doi: 10.1186/S40249-021-00906-4.
- [19] X. Zhao, S. Wu, B. Yan, and B. Liu, "New evidence on the real role of digital economy in influencing public health efficiency," *Scientific Reports* 2024 14:1, vol. 14, no. 1, pp. 7190-, Mar. 2024, doi: 10.1038/s41598-024-57788-3.
- [20] D. Zhang and K. M. A. Rahman, "Government health expenditure, out-of-pocket payment and social inequality: A cross-national analysis of China and OECD countries," *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 35, no. 5, pp. 1111–1126, Sep. 2020, doi: 10.1002/HPM.3017;SUBPAGE:STRING:ABSTRACT;WEBSITE:WEBSITE:PERICLES;JOURNAL:JOURNAL:10991751;WGROU:STRING:PUBLICATION.
- [21] J. W. Sari, A. S. Muslim, A. Akhyasin, S. H. Sholihah, and R. Ridwan, "Hubungan Faktor Sosial Dengan Pengetahuan Penggunaan Antibiotika Masyarakat Desa Jatisarone Kulon Progo," *IJF (Indonesia Jurnal Farmasi)*, vol. 8, no. 2, pp. 102–111, Feb. 2024, doi: 10.26751/IJF.V8I2.2227.
- [22] D. Y. Laksmi¹, L. Mustiko², and A. Yogyakarta, "Pola Gangguan Muskuloskeletal Di Usia Produktif," *Jurnal Kesehatan Panca Bhakti Lampung*, vol. 12, no. 2, pp. 136–149, Oct. 2024, doi: 10.47218/JKPBL.V12I2.326.
- [23] A. N. F. Izzah, A. D. P. Sam, and M. Abduh, "Hubungan Usia, Obesitas, dan Jenis Kelamin terhadap Risiko Terjadinya Osteoarthritis Lutut: Literature Review," *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, vol. 9, no. 2, pp. 4178–4185, Jul. 2025, doi: 10.31004/PREPOTIF.V9I2.47567.
- [24] D. Ratnawati, D. Anshari, and Y. Safitri, "Peran Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Pencegahan Penyakit Hipertensi di Daerah Pedesaan: Literature Review," *Malahayati Nursing Journal*, vol. 7, no. 4, pp. 1742–1760, Apr. 2025, doi: 10.33024/MNJ.V7I4.20057.
- [25] B. J. Que et al., "Edukasi Pola Makan Sehat Sebagai Upaya Pencegahan Penyakit Degeneratif," *BUDIMAS: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, vol. 7, no. 1, p. 2025, Apr. 2025, doi: 10.29040/BUDIMAS.V7I1.15446.

- [26] K. Angkola, B. Tapanuli, S. Febrina, A. Simamora, and A. Hidayah, "Skrining Penyakit Degeneratif pada Masyarakat Desa Simatorkis Sisoma Kecamatan Angkola Barat Tapanuli Selatan," *Jurnal Pengabdian Masyarakat AuFa (JPMA)*, vol. 4, no. 2, pp. 6–9, Aug. 2022, doi: 10.51933/JPMA.V4I2.834.
- [27] I. P. Kusumah et al., "Gerakan SEHATI: Memberdayakan Warga Desa Setro dalam Mengenal Faktor Risiko dan Mencegah Komplikasi Nyeri Muskuloskeletal," *Jurnal ABDINUS: Jurnal Pengabdian Nusantara*, vol. 9, no. 2, pp. 448–454, Mar. 2025, doi: 10.29407/JA.V9I2.23602.
- [28] N. S. Rahayu and P. Irmayani, "Edukasi Pola Hidup Sehat dan Pengelolaan Nyeri Penyakit Kronis pada Kelompok Disabilitas," *Jurnal Medika: Medika*, vol. 4, no. 2, pp. 84–89, May 2025, doi: 10.31004/PPZ0WA51.