Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat Nusantara (JPkMN) e-ISSN : 27454053
Vol. 7 No. 3, Edisi September - Desember 2026 |pp 4931-4938 |DOI: http://doi.org/10.55338/jpkmn.v7i3.9543

Peningkatan Akses Layanan Kesehatan melalui Skrining, Konsultasi Swamedikasi, dan Pengobatan Gratis pada Masyarakat Pesisir Dusun Tihulesi, Kabupaten Maluku Tengah

[1)]Marisa Anggia Ibrahim*, [2)]Nugraha Alif Prasetyo, [3)]Djulfikri Mewar, [4)]Muhammad Azril Hardiman Mahulauw, [5)]Nurhidayah

[1,2,3,4,5)]Farmasi, STIKes Maluku Husada, Ambon, Indonesia
Email korespondensi: marisaanggiai@gmail.com*

INFORMASI ARTIKEL

Kata Kunci:
Akses Layanan Kesehatan
Masyarakat Pesisir
Obat Herbal
Skrining Hipertensi
Swamedikasi

A B S T R A K

Keterbatasan akses layanan kesehatan formal di wilayah pesisir terpencil mendorong masyarakat melakukan swamedikasi, terutama dengan obat herbal, sebelum mencari pertolongan tenaga kesehatan. Kegiatan pengabdian ini bertujuan meningkatkan akses layanan kesehatan, memetakan profil keluhan kesehatan, dan memberikan edukasi swamedikasi kepada masyarakat Dusun Tihulesi, Desa Ureng, Kecamatan Leihitu, Kabupaten Maluku Tengah, yang hanya dapat dijangkau melalui transportasi laut. Kegiatan dilaksanakan pada 19 Agustus 2026 melalui alur layanan terpadu yang meliputi pendaftaran, wawancara keluhan, skrining tekanan darah, konsultasi swamedikasi, pemeriksaan dokter, serta penyerahan obat disertai Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) oleh apoteker dan mahasiswa farmasi. Data dianalisis secara deskriptif. Kegiatan menjangkau 113 peserta (103,7% dari target 109 orang; 79,6% perempuan; rerata usia 44,4 tahun). Skrining tekanan darah pada 101 peserta mengklasifikasikan 28 orang (27,7%) dalam kategori hipertensi dan 49 orang (48,5%) dalam kategori prahipertensi berdasarkan pengukuran saat kegiatan. Keluhan terbanyak adalah gangguan muskuloskeletal (48,7%), sakit kepala/pusing (40,7%), infeksi saluran pernapasan akut (23,0%), dan gastritis (21,2%). Kegiatan ini menyediakan akses pemeriksaan, pengobatan, dan edukasi penggunaan obat modern maupun herbal bagi masyarakat pada hari pelaksanaan, sekaligus mengidentifikasi peserta yang memerlukan tindak lanjut. Perubahan pengetahuan peserta belum diukur, sehingga kegiatan berikutnya perlu dilengkapi evaluasi pre-test/post-test serta model keberlanjutan berbasis kader kesehatan dan koordinasi dengan fasilitas kesehatan terdekat.

A B S T R A C T

Keywords:
Health Service Access
Hypertension Screening
Self-Medication
Herbal Medicine
Coastal Community

Limited access to formal health services in remote coastal areas leads communities to practise self-medication, mainly with herbal remedies, before seeking care from health workers. This community service programme aimed to improve access to health services, map the profile of health complaints, and provide self-medication education to the community of Tihulesi Hamlet, Ureng Village, Leihitu Sub-district, Central Maluku Regency, an area reachable only by sea. The activity was held on 19 August 2026 through an integrated service flow consisting of registration, complaint interviews, blood pressure screening, self-medication counselling, physician examination, and medicine dispensing accompanied by Communication, Information, and Education (CIE) delivered by pharmacists and pharmacy students. Data were analysed descriptively. The programme reached 113 participants (103.7% of the target of 109; 79.6% female; mean age 44.4 years). Blood pressure screening of 101 participants classified 28 people (27.7%) as hypertensive and 49 (48.5%) as prehypertensive based on a single measurement during the activity. The most frequent complaints were musculoskeletal disorders (48.7%), headache/dizziness (40.7%), acute respiratory infection (23.0%), and gastritis (21.2%). The programme provided access to examination, treatment, and education on the use of modern and herbal medicines on the day of implementation, and identified participants requiring follow-up. Changes in participants' knowledge were not measured; future activities should therefore include pre-test/post-test evaluation and a sustainability model based on community health cadres and coordination with the nearest health facility.

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

I. PENDAHULUAN

Setiap orang berhak memperoleh akses atas pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023). Perguruan tinggi kesehatan turut berperan mewujudkan hak tersebut melalui pengabdian kepada masyarakat, terutama di wilayah yang belum terlayani secara optimal oleh fasilitas kesehatan formal. Provinsi Maluku sebagai wilayah kepulauan menghadapi tantangan aksesibilitas yang khas karena banyak permukiman hanya dapat dijangkau melalui transportasi laut. Kajian pada wilayah pesisir menunjukkan bahwa aksesibilitas geografis, ketersediaan tenaga kesehatan, dan ketersediaan sarana merupakan faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan primer (Rahman, 2025).

Kegiatan pengobatan gratis telah dilaporkan membantu masyarakat memperoleh pemeriksaan dan pengobatan, misalnya di Desa Puncak, Kabupaten Kuningan, yang menemukan hipertensi sebagai keluhan dominan (Nursolihah et al., 2024), serta di Kampung Legok, Serang, Provinsi Banten (Mataputun et al., 2024). Tim pengabdian yang sama sebelumnya melaksanakan kegiatan serupa di Dusun Wailapia, Kabupaten Maluku Tengah, yang dapat dijangkau melalui jalur darat, dengan keluhan terbanyak berupa hipertensi, rematik, infeksi saluran pernapasan, alergi, asma, dan penyakit kulit (Ibrahim et al., 2025). Swamedikasi yang tepat dapat membantu masyarakat mengatasi keluhan ringan dan mengurangi beban fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi memerlukan pendampingan tenaga kefarmasian agar obat digunakan sesuai indikasi (Pratiwi et al., 2020). Secara nasional, 59,12% penduduk Indonesia pernah menggunakan obat tradisional, dengan proporsi lebih tinggi di perdesaan (Adiyasa & Meiyanti, 2021).

Dusun Tihulesi, Desa Ureng, Kecamatan Leihitu, Kabupaten Maluku Tengah, berbeda dari lokasi kegiatan sebelumnya karena hanya dapat dijangkau melalui jalur laut. Dari Kota Ambon, perjalanan ditempuh dengan kendaraan darat menuju Dusun Tahoku selama ±45 menit, kemudian dilanjutkan dengan perahu motor menuju Dusun Tihulesi selama ±1 jam. Penyeberangan hanya beroperasi hingga pukul 14.00 WIT, yang merupakan jadwal terakhir setiap harinya. Di dusun ini belum tersedia fasilitas kesehatan, sehingga pasien yang membutuhkan penanganan dirujuk ke dusun terdekat yang memiliki fasilitas kesehatan. Apotek juga belum tersedia di Dusun Tihulesi. Menurut tenaga kesehatan setempat, masyarakat terbiasa menggunakan ramuan herbal turun-temurun sebelum mencari pengobatan formal. Profil keluhan kesehatan dan praktik swamedikasi pada masyarakat dengan karakteristik geografis seperti ini belum banyak didokumentasikan dalam laporan pengabdian sebelumnya.

Berdasarkan uraian tersebut, kegiatan pengabdian ini bertujuan untuk: (1) menyediakan akses pemeriksaan dan pengobatan bagi masyarakat Dusun Tihulesi; (2) mengidentifikasi profil keluhan dan hasil skrining tekanan darah masyarakat sebagai dasar tindak lanjut; dan (3) memberikan edukasi swamedikasi yang tepat, baik untuk obat modern maupun obat herbal yang lazim digunakan masyarakat setempat.

II. ANALISIS SITUASI DAN PERMASALAHAN MITRA

Analisis situasi menunjukkan tiga permasalahan utama mitra. Pertama, akses terhadap fasilitas kesehatan dan apotek terbatas karena seluruh perjalanan bergantung pada transportasi laut. Kedua, masyarakat mengandalkan swamedikasi dengan obat herbal, dan sebagian mengombinasikannya dengan obat modern, tanpa informasi yang memadai mengenai dosis, interaksi, dan efek samping. Besaran praktik ini belum pernah didata secara terstruktur di tingkat dusun, sehingga pada kegiatan ini informasi tersebut diperoleh secara kualitatif melalui wawancara keluhan. Ketiga, pemeriksaan kesehatan rutin jarang dilakukan sehingga kondisi seperti hipertensi berisiko tidak terdeteksi. Keterkaitan antara permasalahan, solusi, dan indikator capaian disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Permasalahan Mitra, Solusi, dan Indikator Capaian

Permasalahan	Solusi yang Diberikan	Indikator Capaian
Akses ke fasilitas kesehatan dan apotek terbatas	Pengobatan gratis dengan pemeriksaan dokter dan penyerahan obat di lokasi	Jumlah peserta terlayani dibandingkan target
Kondisi seperti hipertensi tidak terpantau	Skrining tekanan darah dan pencatatan keluhan	Cakupan skrining; jumlah peserta berisiko yang teridentifikasi dan diberi anjuran tindak lanjut
Swamedikasi herbal dan kombinasi obat tanpa informasi memadai	Konsultasi swamedikasi dan KIE oleh apoteker dan mahasiswa farmasi	Jumlah peserta yang menerima konsultasi/KIE (perubahan pengetahuan belum diukur pada kegiatan ini)



Gambar 1. Tim Pengabdian bersama Masyarakat di Lokasi Kegiatan, Dusun Tihulesi

III. METODE PELAKSANAAN

1. Waktu, Tempat, dan Sasaran

Kegiatan dilaksanakan pada Rabu, 19 Agustus 2026, pukul 10.00 WIT hingga selesai, di Dusun Tihulesi, Desa Ureng, Kecamatan Leihitu, Kabupaten Maluku Tengah. Kegiatan diinisiasi oleh Himpunan Mahasiswa Program Studi Farmasi STIKes Maluku Husada dengan tema "Home Pharmacy Care: Berbagi Kepedulian dan Pelayanan Kesehatan untuk Mewujudkan Masyarakat yang Sehat dan Sejahtera". Sasaran kegiatan adalah seluruh masyarakat Dusun Tihulesi yang bersedia hadir secara sukarela, dengan target 109 peserta. Tim pelaksana terdiri atas 2 dosen apoteker, 1 dokter umum, dan 47 mahasiswa Program Studi Farmasi STIKes Maluku Husada.

2. Tahapan Kegiatan

Tahap persiapan meliputi koordinasi dengan kepala dusun, penyediaan obat-obatan, dan penataan enam meja layanan, yaitu meja pendaftaran, wawancara dan pencatatan keluhan, pemeriksaan tekanan darah, swamedikasi, pemeriksaan dokter, serta farmasi untuk penyerahan obat disertai KIE. Pada tahap pelaksanaan, setiap peserta didaftar, diwawancarai untuk mencatat keluhan, lalu diukur tekanan darahnya. Peserta dengan keluhan ringan diarahkan ke meja swamedikasi untuk memperoleh edukasi dan obat bebas atau bebas terbatas sesuai indikasi, sedangkan peserta dengan keluhan yang memerlukan penanganan lebih lanjut diperiksa oleh dokter untuk memperoleh resep. Obat kemudian disiapkan dan diserahkan oleh apoteker dan mahasiswa farmasi.

3. Pelaksanaan Edukasi

Edukasi diberikan melalui dua cara. Edukasi kelompok berupa ceramah dan sosialisasi oleh Apt. Nugraha Prasetyo selama ±1 jam dengan materi "dagusibu dan Swamedikasi pengobatan sendiri" menggunakan media presentasi Edukasi individual diberikan di meja swamedikasi dan meja farmasi dalam bentuk dialog dua arah yang disesuaikan dengan keluhan masing-masing peserta. Materi edukasi individual mencakup aturan pakai dan fungsi obat, terapi non-farmakologi, batasan aman penggunaan obat herbal, tanda bahaya yang memerlukan rujukan segera, serta cara mengombinasikan terapi herbal dan obat modern secara tepat. Pendekatan dialog dipilih karena sesuai dengan karakteristik peserta dewasa yang belajar dari pengalaman sendiri, dalam hal ini pengalaman menggunakan ramuan herbal.

4. Pengukuran Tekanan Darah

Tekanan darah diukur satu kali menggunakan tensimeter (Numedix) pada posisi duduk setelah beristirahat selama ±5 menit. Hasil diklasifikasikan menjadi normal (<120/80 mmHg), prahipertensi (sistolik 120–139 mmHg atau diastolik 80–89 mmHg), dan hipertensi (≥140/90 mmHg) mengacu pada kategori JNC 7 (Chobanian et al., 2003). Ambang hipertensi ≥140/90 mmHg tersebut sejalan dengan Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi 2019 (Lukito et al., 2019) dan pedoman ESH 2023 (Mancia et al., 2023). Karena hanya didasarkan pada satu kali pengukuran, hasil ini diposisikan sebagai klasifikasi skrining dan bukan diagnosis hipertensi. Diagnosis memerlukan pengukuran berulang pada kunjungan yang berbeda. [Klasifikasi ini hanya berlaku untuk peserta ≥18 tahun].

5. Pengumpulan dan Analisis Data

Data yang dikumpulkan melalui lembar skrining meliputi jenis kelamin, usia, hasil pengukuran tekanan darah, dan keluhan yang dilaporkan peserta. Keluhan naratif dikelompokkan berdasarkan sistem tubuh yang terdampak, misalnya muskuloskeletal, pernapasan, dan pencernaan. Data dianalisis secara deskriptif kuantitatif menggunakan distribusi frekuensi dan persentase. Informasi mengenai kebiasaan swamedikasi herbal diperoleh dari wawancara keluhan tetapi tidak dicatat dalam format terstruktur, sehingga disajikan secara kualitatif.

6. Evaluasi Kegiatan

Evaluasi dilakukan pada tingkat luaran pelaksanaan (*output*), yaitu jumlah peserta terlayani dibandingkan target, cakupan skrining tekanan darah, jumlah peserta yang terklasifikasi berisiko dan memperoleh anjuran tindak lanjut, serta jumlah peserta yang menerima konsultasi swamedikasi dan KIE. Perubahan pengetahuan peserta tidak diukur karena kegiatan ini tidak menggunakan instrumen pre-test dan post-test. Oleh karena itu, hasil kegiatan tidak digunakan untuk menyimpulkan peningkatan pengetahuan.

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Capaian Pelaksanaan Kegiatan

Kegiatan diikuti oleh 113 peserta, melampaui target 109 peserta. Ringkasan capaian berdasarkan indikator pada Tabel 1 disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Capaian Indikator Luaran Kegiatan

Indikator	Target	Realisasi	Capaian
Peserta terlayani	109 orang	113 orang	103,7%
Peserta dengan data tekanan darah	113 orang	101 orang	89,4%
Peserta terklasifikasi hipertensi pada skrining	–	28 orang	27,7% dari 101
Peserta konsultasi swamedikasi	–	109 orang	96,5%
Peserta diperiksa dokter	–	113 orang	100%
Peserta menerima obat disertai KIE	–	113 orang	100%
Peserta berisiko yang diberi anjuran rujukan	–	1 orang	0,9%

Data tekanan darah tidak tercatat pada 12 peserta. peserta terklasfikasi hipertensi pada skrining hipertensi >140/90 mmHg yang tidak memiliki riwayat komorbid lainnya dan masih dapat ditangani oleh dokter sedangkan 1 pasien beresiko diberikan rujukan dikarenakan kondisi pasien lemas, dan memiliki penyakit DM.

Karakteristik demografi peserta disajikan pada Tabel 3. Mayoritas peserta adalah perempuan (79,6%). Proporsi ini kemungkinan dipengaruhi waktu pelaksanaan pada hari kerja, saat sebagian laki-laki dewasa

bekerja di laut atau kebun, meskipun alasan ketidakhadiran tidak didata dalam kegiatan ini. Peserta didominasi kelompok dewasa (48,5%) dan pra-lansia (26,2%), yaitu kelompok usia yang membutuhkan pemantauan faktor risiko penyakit tidak menular.

Tabel 3. Karakteristik Demografi Peserta Kegiatan (n = 113)

Karakteristik	Kategori	n	%
Jenis Kelamin	Perempuan	90	79,6
	Laki-laki	23	20,4
Kelompok Usia*	Dewasa (18–45 th)	61	54,3
	Pra-lansia (46–59 th)	55	26,2
	Lansia (≥60 th)	32	19,4

*Data usia tercatat lengkap 113 peserta (rentang 1–89 tahun; rerata 44,4 tahun)

2. Hasil Skrining Tekanan Darah

Tabel 4. Hasil Skrining Tekanan Darah Peserta (n = 101)

Klasifikasi Skrining	Kriteria	n	%
Normal	<120/80 mmHg	24	23,8
Prahipertensi	120–139/80–89 mmHg	49	48,5
Hipertensi	≥140/90 mmHg	28	27,7

Klasifikasi berdasarkan satu kali pengukuran saat kegiatan (Chobanian et al., 2003); bukan diagnosis klinis.

Sebanyak 28 peserta (27,7%) terklasifikasi hipertensi dan 49 peserta (48,5%) prahipertensi pada saat skrining. Proporsi hipertensi ini tidak jauh berbeda dari prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran pada penduduk usia ≥18 tahun secara nasional, yaitu 30,8% (Kementerian Kesehatan RI, 2023), meskipun keduanya tidak dapat dibandingkan secara langsung karena perbedaan metode, jumlah pengukuran, dan rentang usia. Temuan ini juga sejalan dengan kegiatan pengobatan gratis di Kuningan yang menemukan hipertensi sebagai masalah dominan (Nursolihah et al., 2024). Pengukuran tunggal dapat menghasilkan nilai lebih tinggi daripada tekanan darah sebenarnya, antara lain karena kecemasan saat diperiksa atau kelelahan setelah beraktivitas, sehingga peserta yang terklasifikasi hipertensi perlu dikonfirmasi melalui pengukuran ulang di fasilitas kesehatan (Mancia et al., 2023). Tingginya proporsi prahipertensi menunjukkan bahwa kelompok ini merupakan sasaran penting edukasi gaya hidup untuk mencegah progresivitas menuju hipertensi.

3. Profil Keluhan Kesehatan

Tabel 5. Sepuluh Kategori Keluhan Kesehatan Terbanyak (n = 113)

Kategori Keluhan	Jumlah Peserta	%
Rematik/Nyeri Sendi-Otot	55	48,7
Sakit Kepala/Pusing	46	40,7
Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)	26	23,0
Gastritis/Asam Lambung	24	21,2
Hipertensi/Gejala Kardiovaskular	12	10,6
Anemia/Kurang Darah	10	8,8
Kolesterol Tinggi	8	7,1
Penyakit Kulit	8	7,1
Gangguan Tidur	7	6,2
Gangguan Penglihatan	5	4,4

Satu peserta dapat melaporkan lebih dari satu keluhan sehingga jumlah persentase melebihi 100%. Keluhan merupakan laporan peserta (self-reported), bukan diagnosis.

Temuan langsung kegiatan ini adalah keluhan muskuloskeletal sebagai keluhan terbanyak (48,7%), diikuti sakit kepala/pusing, ISPA, dan gastritis. Pola ini berbeda dari kegiatan di Dusun Wailapia yang menempatkan hipertensi sebagai keluhan utama (Ibrahim et al., 2025). Sebagai *interpretasi*, tingginya keluhan muskuloskeletal dapat berkaitan dengan aktivitas fisik berat masyarakat pesisir, seperti melaut dan mengangkut hasil bumi; pola serupa dilaporkan pada nelayan pesisir Pulau Ambon (Riry et al., 2022). Keluhan gastritis dapat berkaitan dengan pola makan, sedangkan ISPA dapat berkaitan dengan paparan cuaca dan kondisi permukiman. Namun, pekerjaan, beban fisik, pola makan, dan kondisi lingkungan tidak diukur dalam kegiatan ini, sehingga hubungan tersebut merupakan *dugaan berdasarkan literatur* dan tidak dapat dijadikan kesimpulan sebab-akibat. Selain itu, keluhan hipertensi yang dilaporkan peserta (10,6%) jauh lebih rendah daripada proporsi hipertensi hasil skrining (27,7%). Selisih ini menunjukkan bahwa sebagian peserta kemungkinan belum menyadari tekanan darahnya tinggi, sehingga skrining memiliki nilai tambah dibandingkan hanya mencatat keluhan.

4. Praktik Swamedikasi Herbal dan Edukasi yang Diberikan

Dalam wawancara keluhan, peserta umumnya menyampaikan bahwa mereka lebih dahulu menggunakan ramuan herbal turun-temurun sebelum mencari pertolongan tenaga kesehatan. Informasi ini tidak dicatat secara terstruktur, sehingga proporsi peserta yang menggunakan herbal maupun yang mengombinasikannya dengan obat modern tidak dapat dilaporkan. Kebiasaan tersebut konsisten dengan data nasional mengenai tingginya penggunaan obat tradisional di perdesaan (Adiyasa & Meiyanti, 2021) serta dengan hambatan transportasi, jarak, dan cuaca yang dihadapi masyarakat pesisir (Rahman, 2025). Swamedikasi tanpa pendampingan tenaga kesehatan berisiko menimbulkan interaksi obat dan menunda penanganan kondisi yang memerlukan terapi medis (Pratiwi et al., 2020; Susilo & Meinisasti, 2022). Karena itu, KIE difokuskan pada batasan aman penggunaan herbal, tanda bahaya yang memerlukan rujukan segera, dan cara mengombinasikan herbal dengan obat modern secara tepat.



Gambar 2. Konsultasi Swamedikasi dan Penyerahan Obat disertai KIE

5. Mekanisme Pemberdayaan dan Rencana Keberlanjutan

Pemberdayaan dalam kegiatan ini diarahkan pada kemampuan masyarakat mengambil keputusan swamedikasi yang aman, yaitu mengenali keluhan yang dapat ditangani sendiri, memilih obat atau herbal secara tepat, dan mengenali tanda bahaya yang mengharuskan rujukan. Pendekatan dialog individual memungkinkan edukasi berangkat dari ramuan yang sudah digunakan peserta, bukan menggantikannya secara sepihak. Agar praktik tersebut berlanjut setelah tim meninggalkan lokasi, diperlukan model keberlanjutan yang melibatkan pihak lokal. Rencana keberlanjutan yang diusulkan disajikan pada Tabel 6.

Tabel 6. Rencana Model Keberlanjutan Kegiatan

Komponen	Pelaksana	Sumber Daya	Monitoring dan Indikator
Kader kesehatan dusun sebagai penghubung	Kader terlatih didampingi dosen farmasi	Pelatihan kader, modul swamedikasi sederhana	Jumlah kader aktif; laporan bulanan kader
Pencatatan peserta berisiko (28 peserta terklasifikasi hipertensi)	Kader dan apoteker Dosen farmasi	Daftar peserta berisiko, tensimeter kader	Proporsi peserta berisiko yang diukur ulang/terkonfirmasi

Komponen	Pelaksana	Sumber Daya	Monitoring dan Indikator
Mekanisme rujukan	Kader dan Puskesmas	Alur rujukan tertulis, kontak tenaga kesehatan	Jumlah rujukan yang sampai ke fasilitas kesehatan
Edukasi berkala dengan evaluasi pre-test/post-test	Prodi Farmasi STIKes Maluku Husada	Kuesioner tervalidasi, media edukasi	Perubahan skor pengetahuan; frekuensi edukasi per tahun

6. Kendala dan Keterbatasan

Kendala utama kegiatan adalah keterbatasan waktu pelayanan akibat jadwal transportasi laut dan belum tersedianya apotek di dusun, sehingga akses obat setelah kegiatan tetap menjadi tantangan. Kegiatan ini juga memiliki beberapa keterbatasan: perubahan pengetahuan tidak diukur; tekanan darah hanya diukur satu kali; keluhan merupakan laporan peserta tanpa konfirmasi diagnostik; praktik swamedikasi herbal tidak didata secara terstruktur; dan peserta hadir secara sukarela sehingga hasilnya belum tentu menggambarkan seluruh penduduk dusun.

V. KESIMPULAN

Kegiatan pengobatan gratis, skrining kesehatan, dan konsultasi swamedikasi di Dusun Tihulesi menjangkau 113 peserta (103,7% dari target). Skrining tekanan darah pada 101 peserta mengklasifikasikan 27,7% peserta dalam kategori hipertensi dan 48,5% prahipertensi, sementara keluhan terbanyak adalah gangguan muskuloskeletal, sakit kepala/pusing, ISPA, dan gastritis. Kegiatan ini menyediakan akses pemeriksaan, pengobatan, dan edukasi penggunaan obat modern maupun herbal bagi masyarakat yang aksesnya bergantung pada transportasi laut, serta mengidentifikasi peserta yang memerlukan tindak lanjut. Karena perubahan pengetahuan belum diukur, kegiatan berikutnya perlu menyertakan evaluasi pre-test/post-test dan menjalankan model keberlanjutan berbasis kader kesehatan, pencatatan peserta berisiko, serta koordinasi rujukan dengan fasilitas kesehatan terdekat.

PERNYATAAN PENGGUNAAN KECERDASAN BUATAN (ARTIFICIAL INTELLIGENCE)

Dalam penyusunan naskah pengabdian ini, penulis menggunakan Claude free (sonnet 5.5) digunakan hanya untuk membantu penyuntingan tata bahasa, perbaikan kejelasan bahasa, dan penyusunan struktur kalimat. Penggunaan tersebut dilakukan hanya pada bagian Abstrak dan Pendahuluan. Pengelolaan dan analisis data serta penyusunan Pembahasan sepenuhnya dilakukan oleh penulis tanpa bantuan AI. AI tidak digunakan untuk menghasilkan atau memanipulasi data kegiatan, menciptakan hasil yang tidak diverifikasi, atau menetapkan kesimpulan ilmiah tanpa verifikasi penulis. Seluruh keluaran dari AI kemudian diperiksa kembali dan diverifikasi terhadap sumber dan data yang relevan, serta diedit oleh penulis. Penulis bertanggung jawab penuh atas keakuratan, orisinalitas, integritas, dan isi akhir naskah sebelum diterbit.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Program Studi Farmasi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Maluku Husada atas izin pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat; Dinas Kesehatan Provinsi Maluku atas bantuan obat-obatan; Himpunan Mahasiswa Program Studi Farmasi serta mahasiswa KKN STIKes Maluku Husada yang turut membantu pelaksanaan dan kontribusi pembiayaan kegiatan; serta masyarakat Dusun Tihulesi, Desa Ureng, yang telah hadir dan berpartisipasi aktif.

DAFTAR PUSTAKA

Adiyasa, M. R., & Meiyanti, M. (2021). Pemanfaatan obat tradisional di Indonesia: Distribusi dan faktor demografis yang berpengaruh. *Jurnal Biomedika dan Kesehatan, 4*(3), 130–138. https://doi.org/10.18051/JBiomedKes.2021.v4.130-138

Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., Jr., Jones, D. W., Materson, B. J., Oparil, S., Wright, J. T., Jr., & Roccella, E. J. (2003). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report. *JAMA, 289*(19), 2560–2572. https://doi.org/10.1001/jama.289.19.2560

Ibrahim, M. A., Umar, C. B. P., Mewar, D., & Mahulauw, M. A. H. (2025). Pengobatan gratis dan swamedikasi di Dusun Wailapia, Kabupaten Maluku Tengah Provinsi Maluku. *Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat Nusantara (JPkMN), 6*(1), 1456–1461. https://doi.org/10.55338/jpkmn.v6i1.5524

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 dalam angka*. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.

Lukito, A. A., Harmeiwaty, E., & Hustrini, N. M. (Eds.). (2019). *Konsensus penatalaksanaan hipertensi 2019*. Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia.

Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., Tsioufis, K., Agabiti-Rosei, E., Algharably, E. A. E., Azizi, M., Benetos, A., Borghi, C., Hitij, J. B., Cifkova, R., Coca, A., Cornelissen, V., Cruickshank, J. K., Cunha, P. G., … Kjeldsen, S. E. (2023). 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension, 41*(12), 1874–2071. https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480

Mataputun, R. D., Rimbun, R. L., Marisi, D. E., Tamrin, & Irman. (2024). Pengobatan massal gratis bagi masyarakat Kp. Legok Serang Provinsi Banten. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan, 8*(2), 1411–1415.

Nursolihah, S. (2024). Pelayanan Pemeriksaan Kesehatan Dan Pengobatan Gratis Desa Puncak Kecamatan Cigugur Kabupaten Kuningan. *Jurnal Abdimas PHB/Jurnal Abdimas PHB: Jurnal Pengabdian Masyarakat Progresif Humanis Brainstorming* .

Pratiwi, Y., Rahmawaty, A., & Islamiyati, R. (2020). Peranan apoteker dalam pemberian swamedikasi pada pasien BPJS. *Jurnal Pengabdian Kesehatan, 3*(1), 65–72.

Rahman, R. (2025). Aksesibilitas, ketersediaan tenaga kerja, dan ketersediaan fasilitas pemanfaatan pelayanan kesehatan Puskesmas di wilayah pesisir: Literature review. *Jurnal Kendari Kesehatan Masyarakat, 4*(3), 136–152.

Riry, N. R., Silalahi, P. Y., Kailola, N. E., & Tahitu, R. (2022). Karakteristik pola penyakit pada nelayan pesisir Pulau Ambon di Kecamatan Nusaniwe. *Pattimura Medical Review*, 36–43.

Susilo, I. A., & Meinisasti, R. (2022). Analisa praktek swamedikasi di Kota Bengkulu. *Journal of Nursing and Public Health, 10*(2).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. (2023). Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105.