

**LAPORAN
PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT**



**BANTUAN KORBAN BENCANA BANJIR KOTA SANGGATA
KABUPATEN KUTAI TIMUR PROVINSI KALIMANTAN TIMUR**

Tim Pengabdi:

Ketua	: Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep.,M.Kes	NIDN 1112068002	Prodi D III Keperawatan
Anggota 1	: Ns. Milkhatun M.Kep	NIDN 1121018501	Prodi D III Keperawatan
Anggota 2	: Ns. Nur Fithriyani Imamah S.Kep., MBA.,Ph.D	NIDN 1118049101	Prodi D III Keperawatan
Anggota 3	: Ns. Fatma Zulaikha., M.Kep	NIDN 1101038301	Prodi D III Keperawatan
Anggota 4	: Kurniasari	NIM 2011102416017	Prodi D III Keperawatan
Anggota 5	: Ayuni Nadira	NIM 2011102416025	Prodi D III Keperawatan
Anggota 6	: Sinta Muliadi	NIM 2011102416103	Prodi D III Keperawatan

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
2021/2022**

**HALAMAN PENGESAHAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
KOLABORASI DOSEN DAN MAHASISWA**

Judul Kegiatan : **Bantuan Korban Bencana Banjir Kota Sanggata Kabupaten Kutai Timur Provinsi Kalimantan Timur**

Bidang : **Keperawatan Komunitas**

Jenis : **Pengabdian masyarakat**

Ketua Pengabdian Masyarakat

A. Nama Lengkap : **Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep., M.Kes**

B. NIDN : **1112068002**

C. Jabatan Fungsional : **Asisten Ahli**

D. Program Studi : **D3 Keperawatan**

E. Nomor HP : **08115841296**

F. Surel (e-mail) : **frh934@umkt.ac.id**

Anggota Pengabdian Masyarakat (1)

A. Nama Lengkap : **Ns. Milkhatun M.Kep**

B. NIDN : **1121018501**

C. Program Studi : **D3 Keperawatan**

Anggota Pengabdian Masyarakat (2)

A. Nama Lengkap : **Ns. Nur Fithriyani Imamah S.Kep., MBA., Ph.D**

B. NIDN : **1118048101**

C. Program Studi : **D3 Keperawatan**

Anggota Pengabdian Masyarakat (3)

A. Nama Lengkap : **Ns. Fatma Zulaikha., M.Kep**

B. NIDN : **1101038301**

C. Program Studi : **D3 Keperawatan**

Anggota Pengabdian Masyarakat (4)

A. Nama Lengkap : **Kurniasari**

B. NIM : **2011102416017**

C. Program Studi : **D3 Keperawatan**

Anggota Pengabdian Masyarakat (5)

A. Nama Lengkap : **Ayuni Nadira**

B. NIM : **2011102416025**

C. Program Studi : **D3 Keperawatan**

Anggota Pengabdian Masyarakat (6)

A. Nama Lengkap : **Sinta Muliadi**

B. NIM : **2011102416103**

C. Program Studi : **D3 Keperawatan**

Biaya Pengabmasy Keseluruhan : Rp. 11.000.000,-

Mengetahui,

Ketua Program D3 Keperawatan



Ns. Ramadhani Ismahmudi, S.Kep. MPH
NIDN : 11110087901

Samarinda, 27 Maret 2022
Ketua Pengabdian



Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep., M.Kep
NIDN : 1112068002

Menyetujui,
Ketua LPPM UMKT



Paula Mariana Kustiawan, Ph.D
NIDN: 11140389

PRAKATA

Alhamdulillah, syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah serta kekuatan sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan pengabdian kepada masyarakat. shalawat dan salam semoga senantiasa tercurah Nabi Muhammad SAW.

Pelaksanaan kegiatan pengabdian kepada dan pembuatan laporan ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena kami akan mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Bambang Setiaji sebagai Rektor Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
2. Ibu Dr.Hj.Nunung Herlina,S.Kp.M.Pd sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
3. Ketua LPPM Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
4. Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
5. Rekan dosen dan mahasiswa Prodi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Kalimantan Timur

Atas segala bantuan berupa tenaga dan pemikiran dalam pelaksanaan kegiatan ini semoga segala bantuan yang telah diberikan mendapat imbalan di sisi Allah SWT sebagai amal ibadah, Amin.

Penulis menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak agar perbaikan di kedepannya. Semoga laporan ini dapat bermanfaat dan menjadi karya yang memberi dampak positif buat kita semua, Amin Ya Rabbal'Alamiin.

Samarinda 27 Maret 2022

Tertanda,

(Tim Pengabdi)

DAFTAR ISI

Lembar pengesahan.....	2
Prakata.....	3
Daftar Isi.....	3
BAB I PENDAHULUAN.....	5
1.1 Latar Belakang.....	5
1.2 Perumusan Konsep dan Strategi Kegiatan.....	6
1.3 Tujuan, Manfaat Dan Dampak Kegiatan Yang Diharapkan.....	6
1.4 Target Luaran.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
BAB III STRATEGI DAN PERENCANAAN KEGIATAN.....	19
BAB IV HASIL YANG DICAPAI DAN BERKELANJUTANNYA.....	20
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	25
DAFTAR PUSTAKA.....	26
LAMPIRAN.....	27

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 latar Belakang

Sebagaimana yang diamanatkan pada alinea ke-IV Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 bahwa untuk melindungi segenap bangsa dan seluruh tumpah darah Indonesia, dalam hal perlindungan terhadap kehidupan dan penghidupan dalam rangka mewujudkan kesejahteraan umum yang berdasarkan Pancasila, termasuk didalamnya perlindungan atas bencana, maka pemerintah pusat dan pemerintah daerah menjadi penanggung jawab dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana sebagaimana yang diamanatkan di dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana. Potensi penyebab bencana dapat dikelompokkan dalam 3 (tiga) jenis yaitu bencana alam, bencana non alam dan bencana sosial. Bencana alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, banjir, letusan gunung berapi, angin topan/puting beliung, tanah longsor, kekeringan, kebakaran hutan/lahan, karena faktor alam, hama penyakit tanaman, epidemi, wabah, kejadian luar biasa dan kejadian antariksa/benda-benda angkasa. Bencana non alam antara lain kebakaran hutan/lahan/permukiman yang disebabkan oleh manusia, kecelakaan transportasi, kegagalan konstruksi/teknologi, dampak industri, ledakan nuklir, pencemaran lingkungan dan kegiatan keantariksaan. Bencana sosial antara lain berupa kerusuhan sosial politik dan konflik sosial dalam masyarakat yang sering terjadi.

Bencana yang terjadi di Indonesia hampir 70% adalah bencana hidrometeorologi, seperti banjir karena faktor perubahan cuaca. Bencana hidrometeorologi setiap tahun semakin meningkat seiring dengan dampak perubahan iklim global dan dampak degradasi lingkungan, terutama bencana banjir (Ashri, 2013). Banjir adalah peristiwa tergenangnya daratan yang biasanya kering oleh karena volume air pada suatu badan air meningkat. Bencana setiap tahun pada musim penghujan. Banjir ini dipengaruhi oleh faktor cuaca dan juga faktor ulah manusia, termasuk jenis bencana yang paling besar jumlahnya. Banjir mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat, karena menimbulkan korban jiwa, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis (Bambang dan Rima, 2012).

Kalimantan Timur merupakan salah satu Provinsi di Indonesia yang merupakan provinsi yang mempunyai risiko tinggi terjadi bencana banjir di lihat dari kondisi fisiknya. Kondisi fisik di Kalimantan Timur sebagian besar tergenang pada saat curah hujan tinggi. Ketinggian air ketika terjadi bencana banjir mencapai 2-3 meter. Secara geografis, sebagian

besar wilayah Kalimantan Timur berada dibawah permukaan laut menyebabkan aliran air pada permukaan tanah menjadi kurang lancar. Selain faktor geografis, penyebab banjir juga disebabkan karena maraknya penambangan batubara di bagian hulu dan illegal logging. Kejadian banjir di beberapa kabupaten dan kota di Kalimantan Timur yang cukup tinggi.

Banjir di Kabupaten Kutai Timur Kalimantan Timur khususnya kota Sangatta dan menerang kecamatan sangatta selatan dan sangatta utara disebabkan tingginya curah hujan dan tingginya sedimentasi di aliran sungai sangatta, banjir tersebut juga diperkirakan

minimnya daerah resapan di Daerah Aliran Sungai (DAS) dikarenakan banyaknya lahan yang dialihfungsikan menjadi kawasan industri.

Berbagai bencana yang telah terjadi di Indonesia memberikan banyak pembelajaran bagi masyarakat Indonesia dan dunia bahwa banyaknya korban jiwa dan harta benda dalam musibah tersebut terjadi karena kurangnya pengetahuan dan ketidaksiapan masyarakat dalam mengantisipasi bencana. Banjir dan banjir bandang yang dialami oleh kabupaten Paser menyebabkan terjadinya kerusakan sarana dan prasarana yang ada di daerah tersebut, sehingga mengakibatkan sebagian masyarakat mengungsi, kondisi yang serba minim di pengungsian menyebabkan resiko timbulnya penyakit susulan di samping trauma fisik yang dialami pasca bencana gempa bumi, dalam situasi darurat perlu segera memberikan pelayanan kesehatan kepada penduduk yang terkena dampak dan juga trauma psikis yang dialami penyintas atau pengungsi khususnya anak-anak korban bencana.

Oleh karena itu, kami sebagai tenaga relawan khususnya Prodi D III keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur bekerjasama dengan MDMC Kalimantan Timur bermaksud mengadakan kegiatan pengabdian masyarakat yang bertujuan untuk ikut berperan serta sebagai relawan untuk memberikan pelayanan kesehatan atau pengobatan kepada warga yang terkena dampak di wilayah Kota Sanggata Kabupaten Kutai Timur

1.2 Perumusan Masalah dan Strategi Konsep

- a. Bagaimana memberikan pelayanan kesehatan dasar (pengobatan) sebagai upaya substitusi sementara instansi pelayanan kesehatan yang belum aktif akibat dampak bencana.
- b. Bagaimana mempertahankan status kesehatan penyintas yang bertahan dengan kondisi yang minim dan resiko serangan penyakit yang dialami akibat kondisi pasca bencana.

1.3 Tujuan kegiatan

- a. Untuk membantu masyarakat terdampak atau pengungsi yang mengalami sakit agar mendapatkan pengobatan di wilayah Kota Sanggata Kabupaten Kutai Timur.
- b. Sebagai media untuk sosialisasi Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur dan MDMC Kalimantan Timur kepada masyarakat.

Manfaat kegiatan

- a. Pemberian pelayanan kesehatan pada bayi, anak, dewasa dan lansia yang menderita sakit di wilayah Kota Sanggata Kabupaten Kutai Timur Provinsi Kalimantan Timur.
- b. Pemberian pendidikan kesehatan terhadap resiko penyakit yang dapat muncul sebagai dampak situasi pasca bencana di wilayah Kota Sanggata Kabupaten Kutai Timur Provinsi Kalimantan Timur.

1.4 Target Luaran

Target luaran dari kegiatan pengabdian kepada masyarakat dalam: Publikasi jurnal nasional pengabdian masyarakat

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah salah satu bentuk pelayanan yang sangat penting dikalangan masyarakat, menurut Levely dan Loomba (1973) dalam Azwar (1999) adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam satu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Mencegah penyakit dan penyembuhan serta pemulihan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok maupun masyarakat.

Pelayanan kesehatan menurut Kementerian kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) tahun 2013 yaitu upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan serta bantuan demi terwujudnya suatu negara yang sehat dan sejahtera, salah satu kewenangan wajib pemerintah yaitu penyelenggaraan kesehatan dasar. Jenis pelayanan dalam penyelenggaraan kesehatan dasar adalah pelayanan kesehatan ibu dan anak, pelayanan kesehatan anak pra sekolah, pelayanan keluarga berencana, pelayanan imunisasi, pelayanan pengobatan atau perawatan dan pelayanan kesehatan jiwa.

Tujuan pelayanan kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatannya untuk mencapai kesehatan yang optimal mandiri, keluarga dan masyarakat. Pelayanan kesehatan menurut Azwar (1999) mengatakan bahwa pelayanan kesehatan memiliki beberapa tingkatan atau macam yaitu:

a. Primary health care

Primary Health Care yaitu pelayanan tingkat pertama yang ditujukan untuk pelayanan kesehatan masyarakat yang ringan atau meningkatkan kesehatan bentuk pelayanannya antara lain Puskesmas, Pusling, Pustu dan Bakesmas.

b. Secondary health care

Secondary health care yaitu pelayanan kesehatan tingkat dua yang ditujukan kepada masyarakat yang memerlukan rawat inap dan memerlukan tersedianya tenaga dokter umum maupun dokter spesialis.

c. Tertiary health care

Tertiary health care yaitu pelayanan kesehatan tingkat tiga yang ditunjukkan kepada sekelompok masyarakat yang sudah tidak dapat ditangani oleh kesehatan sekunder dan memerlukan tenaga super spesialis

2.2 Pelayanan Kesehatan Pengungsi

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) dan World Health Organization (WHO) tahun 2013 telah menuliskan panduan mekanisme pelayanan kesehatan pengungsi dalam Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan akibat bencana yang mengacu pada standar internasional.

Pengendalian penyakit dilaksanakan dengan pengamatan penyakit (*surveilans*), *promotif*, *preventif* dan pelayanan kesehatan (penanganan kasus) yang dilakukan di lokasi bencana termasuk di pengungsian. Baik yang dilaksanakan di sarana pelayanan kesehatan

yang masih ada maupun di pos kesehatan yang didirikan dalam rangka penanggulangan bencana.

Tujuan pengendalian penyakit pada saat bencana adalah mencegah kejadian luar biasa (KLB) penyakit menular potensi wabah, seperti penyakit diare, ISPA, malaria, DBD, penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (P3DI), *keracunan* dan mencegah penyakit-penyakit yang spesifik lokal.

Permasalahan penyakit, terutama disebabkan oleh:

- a. Kerusakan lingkungan dan pencemaran;
- b. Jumlah pengungsi yang banyak, menempati suatu ruangan yang sempit, sehingga harus berdesakan;
- c. Pada umumnya tempat penampungan pengungsi tidak memenuhi syarat kesehatan;
- d. Ketersediaan air bersih yang seringkali tidak mencukupi jumlah maupun kualitasnya;
- e. Diantara para pengungsi banyak ditemui orang-orang yang memiliki risiko tinggi, seperti balita, ibu hamil, berusia lanjut;
- f. Pengungsian berada pada daerah endemis penyakit menular, dekat sumber pencemaran, dan lain-lain;
- g. Kurangnya PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat);
- h. Kerusakan pada sarana kesehatan yang seringkali diikuti dengan padamnya listrik yang beresiko terhadap kualitas vaksin.

Potensi munculnya penyakit menular sangat erat kaitannya dengan faktor risiko, khususnya di lokasi pengungsian dan masyarakat sekitar penampungan pengungsi, seperti campak, diare, pneumonia, malaria dan penyakit menular lain spesifik lokal.

a. Surveilans Penyakit dan Faktor Risiko

Surveilans penyakit dan faktor risiko pada umumnya merupakan suatu upaya untuk menyediakan informasi kebutuhan pelayanan kesehatan di lokasi bencana dan pengungsian sebagai bahan tindakan kesehatan segera. Secara khusus, upaya tersebut ditujukan untuk menyediakan informasi kematian dan kesakitan penyakit potensial wabah yang terjadi di daerah bencana; mengidentifikasi sedini mungkin kemungkinan terjadinya peningkatan jumlah penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB/wabah; mengidentifikasi kelompok risiko tinggi terhadap suatu penyakit tertentu; mengidentifikasi daerah risiko tinggi terhadap penyakit tertentu; dan mengidentifikasi status gizi buruk dan sanitasi lingkungan.

Langkah-langkah surveilans penyakit di daerah bencana meliputi:

1) Pengumpulan data;

a) Data kesakitan dan kematian:

- i. Data kesakitan yang dikumpulkan meliputi jenis penyakit yang diamati berdasarkan kelompok usia
- ii. Data kematian adalah setiap kematian pengungsi, penyakit yang kemungkinan menjadi penyebab kematian berdasarkan kelompok usia
- iii. Data denominator (jumlah korban bencana dan jumlah penduduk beresiko) diperlukan untuk menghitung pengukuran epidemiologi,

misalnya angka insidensi, angka kematian, dsb.

b) Sumber data;

Data dikumpulkan melalui laporan masyarakat, petugas pos kesehatan, petugas Rumah Sakit, koordinator penanggulangan bencana setempat.

2) Pengolahan dan penyajian data;

Data surveilans yang terkumpul diolah untuk menyajikan informasi epidemiologi sesuai kebutuhan. Penyajian data meliputi deskripsi maupun grafik data kesakitan penyakit menurut umur dan data kematian menurut penyebabnya akibat bencana.

3) Analisis dan interpretasi;

Kajian epidemiologi merupakan kegiatan analisis dan interpretasi data epidemiologi yang dilaksanakan oleh tim epidemiologi . Langkah-langkah pelaksanaan analisis:

a) Menentukan prioritas masalah yang akan dikaji;

b) Merumuskan pemecahan masalah dengan memperhatikan efektivitas dan efisiensi kegiatan;

c) Menetapkan rekomendasi sebagai tindakan korektif.

4) Penyebarluasan informasi.

Penyebaran informasi hasil analisis disampaikan kepada pihak-pihak yang berkepentingan.

b. Proses Kegiatan di Pos Kesehatan

Pos kesehatan di lokasi pengungsi adalah sarana kesehatan sementara yang diberi tanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar untuk masyarakat yang bertempat tinggal di lokasi pengungsi dan sekitarnya. Pos kesehatan bertujuan untuk memulihkan dan meningkatkan kesehatan masyarakat di lokasi pengungsi dan sekitarnya serta terselenggaranya pelayanan rawat jalan, pelayanan kesehatan ibu dan anak, kesehatan reproduksi Lainnya termasuk KB, pelayanan kesehatan jiwa dan psikososial, pelayanan gizi, kesehatan Lingkungan dan terselenggaranya pemantauan dan pencegahan penyakit menular di lokasi pengungsi.

c. Imunisasi

Dalam situasi bencana/di lokasi pengungsian, upaya imunisasi harus dipersiapkan dalam mengantisipasi terjadinya KLB PD3I terutama campak. Dalam melakukan imunisasi ini sebelumnya dilakukan penilaian cepat untuk mengidentifikasi hal-hal sbb :

1) Dampak bencana terhadap kesehatan masyarakat di wilayah bencana/lokasi pengungsian terutama para pengungsi, lingkungan, sarana imunisasi, sumber daya manusia (petugas kesehatan/imunisasi)

2) Data cakupan imunisasi dan epidemiologi penyakit, sebelum bencana dalam 3 tahun terakhir, untuk menentukan kebutuhan upaya imunisasi berdasarkan analisa situasi dalam rangka pencegahan KLB PD3I

d. Pengendalian Vektor

Pelaksanaan pengendalian vektor yang perlu mendapatkan perhatian di lokasi

pengungsi adalah pengelolaan lingkungan, pengendalian dengan insektisida, serta pengawasan makanan dan minuman. Pengendalian vektor penyakit menjadi prioritas dalam upaya pengendalian penyakit karena potensi untuk menularkan penyakit sangat besar seperti lalat, nyamuk, tikus, dan serangga lainnya. Kegiatan pengendalian vektor dapat berupa penyemprotan, *biological control*, pemberantasan sarang nyamuk, dan perbaikan lingkungan.

e. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Penyakit menular merupakan masalah yang perlu mendapat perhatian besar, mengingat potensi munculnya KLB/wabah penyakit menular sebagai akibat banyaknya faktor risiko yang memungkinkan terjadinya penularan pada saat bencana baik di pengungsian maupun pada masyarakat. Umumnya penyakit ini timbul 1 minggu setelah bencana.

KLB/wabah penyakit dapat menyebabkan korban jiwa, jumlah penderita yang banyak dalam kurun waktu yang singkat, sehingga mengakibatkan lonjakan kebutuhan dana dan tenaga dalam upaya pengendalian KLB/wabah. Untuk mencegah terjadinya KLB/wabah penyakit, maka pada saat bencana perlu dilakukan upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular. Upaya tersebut meliputi :

- 1) Mengidentifikasi penyakit menular potensial klb berdasarkan jenis bencana;
- 2) Mengidentifikasi faktor resiko;
- 3) Upaya pencegahan dan pengendalian/ meminimalisir faktor resiko;
- 4) Kalkulasi kebutuhan logistik untuk penatalaksanaan kasus;
- 5) Kalkulasi kebutuhan tenaga medis/ perawat untuk penatalaksanaan kasus.

2.3 Konsep Penyakit di masyarakat secara umum

1. Konsep Penyakit Degeneratif Hipertensi

a. Pengertian

Hiper berarti berlebihan. Tensi berarti tekanan atau tegangan, jadi hipertensi artinya tekanan yang tinggi/berlebihan. Atau dalam istilah kedokteran hipertensi diartikan tekanan darah tinggi yang sudah lebih dari 140/ 90 MmHg.

b. Tanda dan Gejala :

- 1) Sakit kepala dibagian tengkuk
- 2) Rasa berdebar – debar
- 3) Mimisan
- 4) Sulit tidur dan mudah lelah

c. Penyebab :

- 1) Kegemukan
- 2) Banyak Makan Makanan Yang Mengandung Garam
- 3) Sering Marah-Marah
- 4) Minum-Minuman Keras
- 5) Akibat Penyakit Yang Lainnya

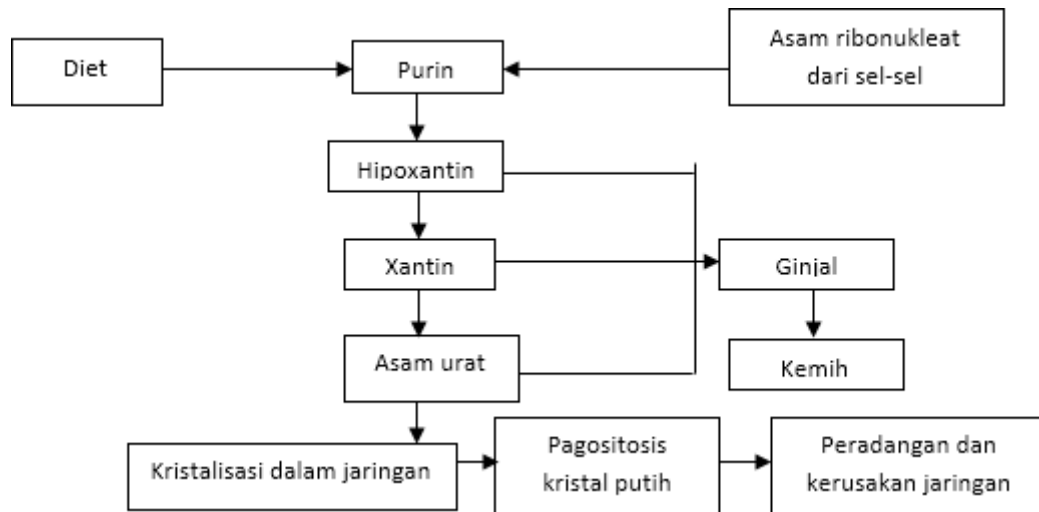
d. Akibat Lanjut Dari Hipertensi :

- 1) Stroke
- 2) Penyakit Jantung

- 3) Penyakit Ginjal
 - e. Perawatan dan Pencegahan :
 - 1) Olahraga Secara Teratur
 - 2) Makan Makanan Yang Tidak Banyak Mengandung Garam Dan Lemak
 - 3) Tidak Minum Minuman Keras
 - 4) Hindari Marah-Marah
 - 5) Kurangi Merokok
 - f. Perawatan Sederhana Dirumah :
 - 1) Menggunakan mentimun: Dapat dimakan langsung atau dilalap
 - 2) Belimbing manis: Diperas atau dijadikan jus untuk diminum.
 - 3) Buah Mengkudu: Dibuat Jus dan diminum airnya dapat diberi madu
 - 4) Daun Salam: Direbus sebanyak 10 lembar dalam dua gelas air dijadikan satu gelas dan diminum airnya.
2. Konsep Penyakit Gout
- a. Pengertian

Penyakit gout merupakan kelainan metabolisme purin bawaan yang ditandai dengan peningkatan kadar asam urat serum dengan akibat penimbunan kristal asam urat di sendi yang menimbulkan artritis urika akut. Purin merupakan unsur pembentuk nukleoprotein yang merupakan sumber asam urat. Gout dapat bersifat primer maupun sekunder. Gout primer merupakan akibat langsung pembentukan asam urat yang berlebihan atau akibat penurunan ekskresi asam urat. Gout sekunder disebabkan karena pembentukan asam urat yang berlebihan atau sekresi asam urat yang berkurang akibat proses penyakit lain atau pemakaian obat-obat tertentu. Gout jarang ditemukan pada wanita, sekitar 95 % penderita gout ini adalah pria biasanya memperlihatkan gejala pada usia dewasa muda, dengan puncaknya setelah usia lebih 40 tahun karena pada keadaan normal kadar asam urat meningkat setelah masa pubertas sedangkan pada wanita tidak meningkat tapi setelah menopause. Penyakit ini sering menyerang sendi perifer kaki dan tangan tersering mengenai persendian metatarsofalangeal ibu jari kaki.
 - b. Etiologi
 - 1) Diet tinggi purin.
 - 2) Alkohol.
 - 3) Obat-obatan yang dapat menghambat ekskresi asam urat (aspirin, diuretik, levodopa, diazoksid, asam nikotirat, asetazolamid dan ethambutol).
 - 4) Generik.
 - c. Tanda dan Gejala
 - 1) Timbulnya Tofi pada sendi sinovial, bursa olecranon dan helix telinga.
 - 2) Nyeri dan kaku.
 - 3) Bengkak dan kemerahan pada sendi yang sakit.
 - 4) Peningkatan asam urat serum

d. Patofisiologi



e. Pemeriksaan Diagnostik

- 1) Kadar asam urat serum meningkat.
- 2) Laju sedimentasi eritrosit (LSE) meningkat, yang menunjukkan inflamasi.
- 3) SDP meningkat (leukositosis).
- 4) Kadar asam urat urine dapat normal atau meningkat ditentukan oleh urine tampung 24 jam.
- 5) Analisis cairan sinovial dari sendi terinflamasi oleh tofi menunjukkan kristal asam urat monosodium yang membuat diagnosis.
- 6) Sinar X sendi menunjukkan massa tofaseus dan destruksi tulang dan perubahan sendi.

f. Prognosis

Gout dapat merusak ginjal sehingga menimbulkan proteinuria dan hipertensi ringan apabila segera tidak ditangani

g. Pencegahan

- 1) Menghindari makanan tinggi protein.
- 2) Menghindari minuman alkohol.
- 3) Menghindari menggunakan aspirin atau produk yang mengandung aspirin.
- 4) Apabila terjadi serangan gunakan obat anti gout sesuai resep.
- 5) Hubungi dokter bila serangan terjadi lebih sering atau berakir lama.

h. Pengobatan

- 1) Kolkisin, untuk menghentikan serangan akut yang diberikan setiap jam pada awal serangan nyeri hebat hilang.
- 2) Obat urikosonik (probenesid dan alopurinol), menurunkan hiperurisemia dan membantu menghambat produksi asam urat.
- 3) Tindakan bedah tofektomi: pengeluaran massa tofus.
- 4) Menghindari makanan tinggi purin, seperti hati, ginjal, jeroan, remis, angsa dan daging rusa.

3. Konsep Penyakit Hiperlipidemia

- a. Pengertian

Hiperlipidemia adalah keadaan pada kadar Lipoprotein darah meningkat akibat predisposisi genetik atau yang berhubungan dengan diet individual
- b. Untuk hiperlipidemia primer dapat dibedakan menjadi dua jenis yaitu :
 - 1) Hiperkolesterolemia dengan peningkatan kadar LDL (dan kolesterol total), gangguan pada metabolisme lemak ini merupakan gangguan yang paling umum
 - 2) Hipertrigliseridemia dimana kadar TG meningkat
- c. Penggolongan
 - 1) HLD keturunan

Dalam jumlah kecil (2-3% penduduk), HLD bersifat familial akibat kelainan genetik yang mempengaruhi langsung metabolisme lipid
 - 2) HLD akibat susunan pangan (terlampau banyak lemak jenuh dan terlampau sedikit sayur mayur)
 - 3) HLD Sekunder akibat penyakit, misalnya diabetes, hipotiroidisme, insufisiensi ginjal menahun, obesitas, penyakit hati tertentu. Atau akibat pengobatan dengan misalnya hormone (obat-obat KB), kortikosteroid diuretika tiazida dan beta blockers
- d. Gejala

Sering kali HLD tidak memperlihatkan gejala nyata, adakalanya Xanthoma, yaitu lapisan kuning pada kulit khususnya kelopak mata dan siku. Hiperkolesterolemia familial biasanya sudah menjadi manifest pada usia muda, Antara 20-40 tahun, dalam bentuk angina pectoris dan infark jantung
- e. Faktor Resiko
 - 1) Stress juga memegang peranan nyata terutama pada orang dengan struktur kepribadian tipe A. menurut penelitian Friedman dan Rosenman, orang tipe A bersifat sangat ambisius dan bersemangat berlebihan, tidak sabaran, bekerja keras dan cepat. Mereka lebih besar risikonya mengidap pjj daripada orang tipe B yang lebih santai dan tenang, tidak selalu sibuk dan tergesa-gesa
 - 2) LDL tinggi (>175 mg%) adalah faktor risiko terpenting, terlebih pula bila TG meningkat (>310 mg%). LDL dapat diturunkan dengan dengan penurunan berat badan dan diet dengan mengurangi lemak jenuh dan kolesterol serta peningkatan asupan lemak tak jenuh serta protein dan nabati
 - 3) HDL rendah (<35 mg%) dapat disebabkan oleh merokok, obesitas dan kurang gerak badan, juga akibat obat-obat seperti diuretik dan beta Blockers, hormon kelamin dan hormone stress
- f. Pengobatan HLD
 - 1) HLD ringan (dengan nilai kolesterol kurang lebih 240 mg% atau TG kurang lebih 310 mg%) akibat kebiasaan dan susunan makanan salah, biasanya dimulai dengan diet. Bahan makanan hendaknya miskin lemak jenuh dan kolesterol serta kaya serat nabati (lebih kurang 200 gram sayuran + 2-3 butir buah-buahan sehari). Dengan diet tersebut dapat dicapai penurunan kolesterol sekitar 10%

- 2) HLD berat bila efeknya belum memuaskan atau bila kadar kolesterol > 310 mg% perlu diberikan suatu obat antilipemik, yakni damar, statin atau kombinasinya
 - 3) Hipertrigliseridemia (> 310 mg%) dapat diobati secara efektif dengan fibrat yang menghambat masuknya chylomicron dari usus ke darah dan mengaktivasi protein lipase. Damar tidak dianjurkan karena peningkatan produksi VLDL mengakibatkan bertambahnya kenaikan TG
4. Konsep Dasar Penyakit Diabetes Melitus
- a. Pengertian

Diabetes mellitus merupakan suatu penyakit kronik yang kompleks yang melibatkan kelainan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak serta berkembangnya komplikasi makrovaskuler, mikrovaskuler dan neurologis. Diabetes mellitus digolongkan sebagai penyakit endokrin atau hormonal karena gambaran produksi atau penggunaan insulin (Barbara,1999).
 - b. Etiologi

Etiologi diabetes mellitus masih belum jelas atau belum dapat ditentukan dari berbagai literatur yang telah dibaca oleh peneliti ada berbagai faktor yang dapat mempengaruhi serta mengganggu pembuatan insulin dan metabolisme karbohidrat di dalam sel-sel sehingga dapat menyebabkan hiperglikemia dan glukosuria (Ganong, 1997).

 - 1) Faktor Keturunan

Pada keluarga yang mempunyai penderita diabetes mellitus ada kemungkinan $\pm 25\%$ akan menurunkan pada anggota keluarga dekat yang lain.
 - 2) Faktor Obesitas

Sekitar 80 % penderita diabetes mellitus menderita obesitas. Obesitas merupakan faktor resiko untuk terjadinya diabetes mellitus, diketahui bahwa jumlah reseptor insulin menurun pada obesitas dan penurunan berat badan, biasanya sebesar 20 pon.
 - 3) Faktor Hormonal
 - i. Pankreatektomi
 - ii. Alloxan
 - iii. Zat anti insulin
 - iv. Penyakit-penyakit pankreas
 - v. Hipofisis
 - vi. Suprarenal
 - vii. Thyroid
 - c. Patofisiologi

Karbohidrat merupakan komponen diet yang penting, karbohidrat yang ditelan akan dicernakan menjadi monosakarida dan diabsorpsi terutama dalam duodenum dan jejunum proximal. Sesudah diabsorpsi kadar glukosa darah akan meningkat untuk sementara waktu dan akhirnya akan kembali pada batas dasarnya. Pengaturan fisiologi kadar glukosa darah sebagian tergantung dari :

 - 1) Ekskresi glukosa
 - 2) Sintesis glycogen

3) Glukoneogenesis dalam hati

Selain itu jaringan perifer, otot dan adiposa juga mempergunakan glukosa sebagai sumber energi, jaringan-jaringan ini ikut dalam mempertahankan kadar glukosa darah, meskipun secara kualitatif tidak sebesar kemampuan hati. Jumlah glukosa yang diambil dan dilepaskan oleh hepar dan yang dipergunakan oleh jaringan-jaringan perifer tergantung dari keseimbangan fisiologi beberapa hormon. Hormon ini dapat diklasifikasikan sebagai :

- 1) Hormon yang merendahkan kadar glukosa darah
- 2) Hormon yang meningkatkan kadar glukosa darah

Insulin merupakan hormon yang menurunkan kadar glukosa darah, dibentuk sel-sel beta pulau-pulau Langerhans Pankreas. Sebaliknya ada beberapa hormon tertentu yang dapat meningkatkan kadar glukosa darah antara lain :

- 1) Glukagon yang disekresi oleh-sel alfa pulau Langerhans.
- 2) Epinefrin yang disekresi oleh medula adrenal dan jaringan kromatin lain
- 3) Glukokortikoid yang disekresikan oleh korteks adrenal
- 4) Hormon pertumbuhan yang disekresikan oleh kelenjar hipofisis anterior

Keempat hormon ini membentuk suatu mekanisme yang mencegah timbulnya hipoglikemia akibat pengaruh insulin. Kadar glukosa plasma puasa normal adalah 80-110mg%, dan hipoglikemia kurang dari 80 mg%. Glukosa difiltrasi oleh glomerulus ginjal dan hampir semua diabsorpsi oleh tubulus ginjal selama konsentrasi glukosa dalam plasma tidak melebihi 160-180 mg%. Kalau konsentrasi glukosa plasma tidak melebihi kadar ini maka glukosa tersebut keluar bersama urine. Keadaan ini dikenal dengan nama glukosuria. Jadi ambang ginjal normal untuk glukosa dengan konsentrasi glukosa plasma 160-180 mg% (Sylvia, 1987).

Dalam proses metabolisme insulin memegang peranan penting yaitu bertugas memasukkan glukosa kedalam sel, untuk selanjutnya dapat digunakan sebagai bahan bakar. Insulin dikeluarkan oleh sel beta yang diibaratkan sebagai anak kunci yang dapat membuka pintu masuk glukosa ke dalam sel dan kemudian di dalam sel glukosa tersebut di metabolismekan sebagai bentuk tenaga.

Bila insulin tidak ada maka glukosa tidak dapat masuk sel sehingga glukosa akan tetap berada di dalam pembuluh darah sehingga kadar glukosa dalam darah meningkat. Dalam keadaan ini badan akan menjadi lemah karena tidak ada sumber energi didalam sel (inilah yang terjadi pada jenis *Insulin Dependent Diabetes Mellitus*).

Pada keadaan lain jumlah insulin normal malah mungkin lebih, tetapi jumlah reseptor insulin yang ada di permukaan sel yang kurang. Reseptor ini dapat diibaratkan sebagai lubang kunci pintu yang masuk ke dalam sel. Pada keadaan tadi, jumlah kuncinya yang kurang, hingga meskipun anak kuncinya (insulin) banyak, tetapi karena lubang kunci (reseptor) kurang, maka glukosa yang masuk sel akan sedikit, sehingga sel akan berkurang bahan bakarnya (glukosa) dan glukosa dalam pembuluh darah akan meningkat. (inilah yang terjadi pada jenis *Non- Insulin Dependent Diabetes Mellitus*). Baik pada IDDM ataupun pada NIDDM kadar glukosa darah jelas meningkat dan bila kadar itu melewati batas ambang ginjal, maka glukosa itu akan keluar dari urin.

d. Tanda dan gejala

Manifestasi klinik dikaitkan dengan konsekuensi tubuh terhadap metabolik defisiensi insulin. Klien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma puasa yang normal atau toleransi glukosa setelah makan karbohidrat. Jika hiperglikemia parah dan melebihi ambang ginjal bagi zat tersebut, maka timbul glukosuria.

Glukosuria ini mengakibatkan diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urine (poliurine) dan timbul rasa haus (polidipsi). Karena glukosa hilang bersama urine, maka klien mengalami ketidakseimbangan kalori dan berat badan berkurang. Rasa lapar yang semakin hebat (poliphagi) yang timbul akibat banyak kalori yang hilang dan klien mengeluh lelah dan ngantuk.

Diabetes melitus dapat timbul secara perlahan-lahan sehingga klien tidak akan merasa adanya perubahan seperti minum yang terjadi lebih banyak, sering buang air kecil, berat badan menurun. Gejala tersebut dapat berlangsung lama tanpa dapat diperhatikan, seringkali gambaran klinis tidak jelas (Talbot, Laura, & Marquadt, 1997).

Dari sudut klien diabetes sendiri hal yang sering menyebabkan klien datang berobat ke dokter yang kemudian didiagnosa sebagai diabetes keluhan:

- 1) Kelainan kulit : gatal, bisul.
- 2) Kelainan ginekologis : keputihan.
- 3) Kesemutan, rasa baal.
- 4) Luka atau bisul yang tidak sembuh-sembuh
- 5) Infeksi saluran kemih.

e. Komplikasi

Diabetes mellitus jika tidak ditangani dengan baik akan mengakibatkan timbulnya komplikasi yang pada dasarnya terjadi pada semua pembuluh darah di seluruh bagian tubuh (angiopatik diabetik).

Komplikasi akut DM

- 1) Hiperglikemia dan ketoasidosis diabetikum
- 2) Ketidak seimbangan elektrolit
- 3) Hiperglikemia, hiperosmolar, koma non ketotik
- 4) Hipoglikemia (reaksi insulin)

Komplikasi kronik DM :

- 1) Komplikasi makrovaskuler

Yang termasuk komplikasi makrovaskuler adalah : Coronary artery disease (CAD), hipertensi, infeksi, cerebrovascular disease dan penyakit vaskuler perifer. Penyakit mikrovaskuler menunjukkan atherosklerosis dengan pengumpulan lemak di dinding pembuluh darah lapisan dalam.

- 2) Komplikasi mikrovaskuler

Mikroangiopati berhubungan dengan perubahan pada kapiler mata dan ginjal. Pada mata dapat terjadi retinopati diabetik, pandangan kabur dan katarak. Pada ginjal dapat terjadi neuropati. Neuropati adalah komplikasi diabetes melitus yang paling umum.

- 3) Komplikasi kronik pada gangren diabetik :

- i. Retino diabetik
- ii. Nefropati diabetik
- iii. Katarak
- iv. Penyakit jantung koroner
- v. Tuberkulosis paru

f. Penatalaksanaan

Tujuan utama penatalaksanaan klien dengan diabetes melitus adalah untuk mengatur gula darah dan mencegah timbulnya komplikasi akut dan kronis. Jika klien berhasil mengatasi diabetes yang dideritanya, ia akan terhindar dari hiperglikemia dan hipoglikemia.

Penatalaksanaan diabetes melitus tergantung pada ketepatan interaksi dari tiga faktor, yaitu :

1) Aktivitas fisik.

Diabetes melitus akan terawat baik apabila terdapat keseimbangan yang baik antara diet, latihan fisik yang teratur setiap hari dan kerja insulin. Dengan latihan teratur setiap hari dapat memperbaiki metabolisme glukosa, asam lemak dan keton bodies (dengan demikian dapat mengurangi kebutuhan insulin dan merangsang sintesis glukosa). Semua klien diabetes melitus dianjurkan latihan fisik ringan, teratur setiap hari pada satu atau setengah jam sesudah makan, termasuk klien yang dirawat di RS.

2) Diet.

Pada konsensus perkumpulan endokrinologi Indonesia (Perkeni), telah ditetapkan bahwa standar yang dianjurkan adalah santapan dengan komposisi seimbang berupa karbohidrat (60 % – 70 %), protein (10 % – 15 %), dan lemak (20 % – 25 %). Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, usia, status gizi, stress akut dan kesehatan jasmani, untuk mencapai BB ideal.

Jumlah kandungan kolesterol < 300 mg/hr, jumlah kandungan serat ± 25 gr/hr, diutamakan jenis serat larut, konsumsi garam dibatasi jika terdapat hipertensi. Pemanis dapat digunakan secukupnya. Penyakit diabetes melitus dapat pula mengakibatkan pula terjadinya berbagai

komplikasi. Makanan yang dikonsumsi oleh klien DM sehari-hari disusun agar tujuan diet dapat tercapai

3) Intervensi farmakologi dengan preparat hipoglikemik oral atau insulin.

Pendidikan kesehatan awal dan berkelanjutan penting dalam membantu klien mengatasi kondisi kronis ini. Intervensi yang direncanakan untuk diabetes melitus harus individual; ini berarti intervensi tersebut harus berdasarkan pada tujuan, usia, gaya hidup, kebutuhan nutrisi, maturasi, tingkat aktivitas, pekerjaan, tipe diabetes klien dan kemampuan untuk secara mandiri melakukan keterampilan yang dibutuhkan oleh penatalaksanaan. pengaturan aspek psikososial kedalam rencana keseluruhan adalah vital.

Tujuan awal untuk klien yang baru didiagnosa diabetes melitus atau klien dengan kontrol buruk diabetes melitus harus difokuskan pada yang berikut ini:

- i. Eliminasi ketosis, jika terdapat.

- ii. Pencapaian berat badan yang diinginkan.
- iii. Pencegahan manifestasi hiperglikemia.
- iv. Pemeliharaan toleransi latihan.

komplikasi. Makanan yang dikonsumsi oleh klien DM sehari-hari disusun agar tujuan diet dapat tercapai

4) Intervensi farmakologi

- 5) gi dengan preparat hipoglikemik oral atau insulin. Pendidikan kesehatan awal dan berkelanjutan penting dalam membantu klien mengatasi kondisi kronis ini. Intervensi yang direncanakan untuk diabetes melitus harus individual; ini berarti intervensi tersebut harus berdasarkan pada tujuan, usia, gaya hidup, kebutuhan nutrisi, maturasi, tingkat aktivitas, pekerjaan, tipe diabetes klien dan kemampuan untuk secara mandiri melakukan keterampilan yang dibutuhkan oleh penatalaksanaan. pengaturan aspek psikososial kedalam rencana keseluruhan adalah vital.

Tujuan awal untuk klien yang baru didiagnosa diabetes melitus atau klien dengan kontrol buruk diabetes melitus harus difokuskan pada yang berikut ini:

- v. Eliminasi ketosis, jika terdapat.
- vi. Pencapaian berat badan yang diinginkan.
- vii. Pencegahan manifestasi hiperglikemia.
- viii. Pemeliharaan toleransi latihan.
- ix. Pemeliharaan kesejahteraan psikososial

komplikasi. Makanan yang dikonsumsi oleh klien DM sehari-hari disusun agar tujuan diet dapat tercapai

6) Intervensi farmakologi

- 7) gi dengan preparat hipoglikemik oral atau insulin. Pendidikan kesehatan awal dan berkelanjutan penting dalam membantu klien mengatasi kondisi kronis ini. Intervensi yang direncanakan untuk diabetes melitus harus individual; ini berarti intervensi tersebut harus berdasarkan pada tujuan, usia, gaya hidup, kebutuhan nutrisi, maturasi, tingkat aktivitas, pekerjaan, tipe diabetes klien dan kemampuan untuk secara mandiri melakukan keterampilan yang dibutuhkan oleh penatalaksanaan. pengaturan aspek psikososial kedalam rencana keseluruhan adalah vital.

Tujuan awal untuk klien yang baru didiagnosa diabetes melitus atau klien dengan kontrol buruk diabetes melitus harus difokuskan pada yang berikut ini:

- x. Eliminasi ketosis, jika terdapat.
- xi. Pencapaian berat badan yang diinginkan.
- xii. Pencegahan manifestasi hiperglikemia.
- xiii. Pemeliharaan toleransi latihan.
- xiv. Pemeliharaan kesejahteraan psikososial

BAB III

STRATEGI DAN RENCANA KEGIATAN

3.1 Strategi

Strategi Pengabdian kepada masyarakat yang akan dilaksanakan di adalah :

a Persiapan

1. Melaksanakan koordinasi dengan MDMC
2. Menentukan jadwal pelaksanaan kegiatan sesuai jadwal
3. Membuat proposal kegiatan dan meminta surat tugas dari pihak LPPM dan Fakultas Keperawatan UMKT untuk melaksanakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat
4. Menyiapkan perangkat dan alat berupa yang digunakan dalam pelaksanaan kegiatan tersebut.

b Pelaksanaan

1. Melaksanakan koordinasi kembali di H-1 dengan pihak yang terkait
2. Melaksanakan kegiatan sesuai dengan jadwal dan berkoordinasi juga dengan nara sumber lain.

c Evaluasi

1. Mengevaluasi kegiatan yang dilaksanakan apakah sesuai dengan yang telah direncanakan
2. Memintakan masukan dan saran dari peserta dan panitia terhadap kegiatan yang telah dilaksanakan.
3. Membuat laporan pertanggung jawaban atas kegiatan yang telah dilaksanakan.

3.2 Rencana Kegiatan

Rencana kegiatan Strategi Pengabdian kepada masyarakat adalah :

- a Pengumpulan data peserta sampai akhir pelaksana
- b Pelaksanaan kegiatan

3.3 Keberlanjutan

Rencana kegiatan Strategi Pengabdian kepada masyarakat

- a. Menyiapkan kegiatan PkM dengan jejaring yang sudah terbentuk Muhammadiyah sudah sangat dipercaya dalam membantu upaya pemerintah dalam mengatasi korban banjir
- b. Adanya kegiatan pengabdian masyarakat lagi dengan topik yang berbeda tentang kegawatdaruratan
- c. Adanya peran nyata pengabdian masyarakat dengan melibatkan mahasiswa
- d. Sebagai ruang lingkup dalam Tri Dharma bagi dosen dengan bersinergi dengan instansi lain.

BAB IV
HASIL YANG DICAPAI DAN BERKELANJUTANNYA

4.1 Hasil

Waktu pelaksanaan: Pengabdian Masyarakat dilaksanakan gelombang 3 tanggal 27– 31 Maret 2022. Tempat pelaksanaan : Gedung dakwah Pimpinan Daerah Muhammadiyah Sangatta

Obat-obatan

Nama Barang	Jumlah	Nama Barang	Jumlah
Simvastatin 10 Mg	3 Pack	Ciprofloxacin 500 Mg Tab	10 Pack
Amlodipine 10 Mg	3 Pack	Ampicilin 500 Mg Tab	10 Pack
Ambroxol 30 Mg Tab	10 Pack	CTM	10 Pack
Allupurinol 100 Mg Tab	10 Pack	Natrium Diclofenac 50 Mg	5 Pack
Metformin 500 Mg Tab	10 Pack	Methylprednisolone 4 Mg Tab	3 Pack
Ranitidine 150 Mg Tab	5 Pack	Enterostop	20 Pack
Antasida Doen Tab	10 Pack	Betasone-N Cream	24 Pack
Ketoconazole Cream	25 Pack	Demacolin Tab	3 Pack
Novagesic 500 Mg Tab	10 Pack	Paracetamol Tab	10 Pack
Enervon-C	10 Box	Hemaviton Stamina	10 Pack
Asam Mefenamat 500 Mg	10 Pack	Livron B. Plex	3 Pack
Dexamethasone 0,5 Mg	5 Pack	Dulcolax isi 10	10 Pack
Lodia Tab	6 Pack	Histigo Tab	6 Pack
Cetirizine/ Loratadine	5 Pack	Colortusin Tab	5 Pack
Garantusif Tab	5 Pack	Chloramphenicol 250 Mg Tab	5 Pack
Kina Tab	20 Pack	Domperidone Tab	5 Pack
Wiros	4 Box	Captopril 25 Mg	4 Pack
Glibenclamide 5 Mg	2 Pack	Betamethasone Cream	25 Box
Antimo	5 Keping	Sanmol Syr	12 Botol
Sanmol Drop Syr	6 Botol	Termorex	6 Botol
Baby`s Cough	6 Botol	Etafusin Syr	6 Botol
Coparcetin Syr	6 Botol	Flutop-C	6 Botol
Yusimox Syr	17 Botol	Hot In Cream	20 Botol

Fresh Care	36 Botol	PimTraKol	6 Botol
Egoji	4 Box	Becefot Syr	9 Botol
Hirokids Syr	10 Botol	Pehacain Inj.	40 Ampul
Sput 3 cc Nipro	100 Pcs	Salbutamol 2 Mg	2 Box
Salbutamol 4 Mg	2 Box	Matras Tindakan	5 Pcs
Sphygmomanometer	3 Pcs	GV Set	7 Pack
Stetoskop	4 Pcs	Set Check Gluko, Chol, Asam Urat	2 Pack
Handscoon	10 Pack	Masker	20 Pack

Metode: Pembukaan Pos Pelayanan Kesehatan dengan mendatangi area terdampak di wilayah kecamatan sangatta selatan dan kecamatan sangatta utara dan diprioritaskan adalah AM dan Warga muhammadiyah

Korban Bencana yang datang ke posko pelayanan kesehatan akan diberikan nomor tunggu pasien agar tidak tertukar antara pasien yang baru datang dengan pasien yang sudah lama datang mengantri untuk pemeriksaan kesehatan dan pengobatan gratis. Bagian Administrasi akan menyebutkan nomor tunggu dan kepada peserta yang memegang nomor tunggu tersebut untuk segera menuju ke meja administrasi untuk di data. Selanjutnya peserta yang sudah di data akan di beri kartu pemeriksaan kesehatan untuk di bawa ke meja 1,2,3 dan 4 yang dimana peserta tersebut akan dilakukan pemeriksaan kesehatan di masing-masing meja tersebut dan akan di isi hasil pemeriksaan nya di kartu yang telah diberikan kepada peserta tersebut oleh petugas pada masing-masing meja. Di meja 1 dilakukan pengukuran tekanan darah, lalu setelah pengukuran tekanan darah pasien di arahkan ke meja 2 untuk dilakukan pemeriksaan kadar gula darah, kolesterol dan asam urat, dan selanjutnya di arahkan menuju ke meja 3 untuk dilakukan anamnesa dan pemberian resep obat oleh dokter dari team MDMC dan kemudian setelah dilakukan anamnesa dan pemberian resep obat kemudian pasien diarahkan kemeja 4 untuk mengambil obat dan penjelasan tentang penggunaan obat. Kegiatan pengabdian kepada masyarakat yang dilaksanakan kurang lebih 10 hari dalam satu gelombang di beberapa desa di Kabupaten kutai timur dilakukan oleh dosen D III Keperawatan dan MDMC Kalimantan Timur melalui jalur darat menggunakan 3 kendaraan untuk membawa berbagai macam logistic terutama obat-obatan bagi warga setempat dengan waktu kurang lebih seminggu lamanya. Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang sangat diperlukan bagi warga setempat. Pasca bencana Banjir banyak masyarakat yang mengungsi akibat rumah yang rusak berat akibat bencana tersebut, minimnya fasilitas di pengungsian membuat penurunan daya tahan tubuh dan mengalami beberapa penyakit baik sebagai efek dari bencana



Hasil Laporan Tim Kesehatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur untuk bencana banjir di wilayah Kecamatan sangatta selatan dan kecamatan sangatta utara kota Sangatta Kabupaten Kutai Timur Provinsi Kalimantan Timur.

A. POS PENGUNGSIAN.

1. Data Umum

- a. Desa/kelurahan :
- b. Kecamatan : Sangatta Selatan dan Sangatta Utara
- c. Kabupaten/kota : Kutai Timur
- d. Provinsi : Kalimantan Timur
- e. jumlah masy terdampak/pengungsi : ± 150 Jiwa

2. Hasil Assessment :

a. Informasi Umum

Berdasarkan sumber Kepala Pusat Data, Informasi dan Komunikasi Kebencanaan PUSDALOPS BNPB **UPDATE** : Selasa, 22 Maret 2022, Pkl. 12:00 WIB

Kronologis : Dipicu oleh intensitas curah hujan yang sangat tinggi yang terjadi pada hari Jumat, 18 Maret 2022, Pkl. 14:30 WITA

Lokasi :

- **Kec. Sangatta Selatan**, Kel. Singa Geweh, Ds. Sangatta Selatan
- **Kec. Sangatta Utara**, Ds. Sangatta Utara, Ds. Swarga Bara, Kel. Teluk

Lingga

➤ **Korban Jiwa :**

- 1 orang Meninggal Dunia
- 48.690 jiwa terdampak
- 2.090 Jiwa mengungsi (16 titik pengungsi)

Kerugian Materil :

- 48.690 unit rumah terdampak
- TMA 50 – 200 cm

Status :

- **Bupati Kutai Timur menetapkan SK tentang Status Tanggap Darurat Bencana NOMOR 366/K.240/2022 selama 14 hari terhitung mulai tanggal 20 maret sampai dengan 02 April 2022**

3. Upaya yg dilakukan :

a. Kegiatan Utama

Layanan kesehatan di pos pelayanan

- i. Layanan kesehatan *mobile*
- ii. Promosi Kesehatan
- iii. Fogging

Pembagian donasi logistik dari para penyumbang
- penyaluran di desa sekitar posko induk

b. Penerima Layanan Kesehatan

Di AUM di seluruh wilayah Kecamatan Sangatta Selatan dan Kecamatan Sangatta Utara Kabupaten Kutai Timur Provinsi Kalimantan Timur menerima layanan kesehatan sebanyak lebih dari 200 orang. Jumlah personil 9 relawan dari UMKT dan 3 relawan dari MDMC Samarinda

c. Penerima manfaat Fogging

Relawan muhammadiyah Kalimantan Timur melakukan kegiatan Fogging

pasca banjir Kabupaten Kutai Timur tepatnya di Kelurahan Singa Geweh Kecamatan Sangatta Selatan adapun penerima manfaat diantaranya

- i. 60 kepala keluarga
- ii. 24 unit rumah
- iii. 1 unit Musholla

4. Kendala dilapangan :

- a. Akses jalan Trans Kalimantan terganggu
- b. Arus Air Sungai cukup deras sehingga menyulitkan proses evakuasi
- c. Minimnya peralatan evakuasi dan personil
- d. Warga tidak mengungsi di tempat yang tersedia tetapi di rumah karena merasa di lebih tinggi dan aman

5. Rekomendasi :

Pelaksanaan pelayanan kesehatan yang diperlukan untuk desa-desa yang belum terjangkau.

4.2 Keberlanjutannya

- a. Pemberian pelayanan kesehatan tetap terus dilakukan sampai instansi kesehatan (Puskesmas) beroperasi secara normal kembali
- b. Pengadaan pemahaman tentang desa siaga bencana agar masyarakat sadar tentang resiko bencana

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

- a. Pemberian pelayanan kesehatan merupakan kebutuhan dasar yang wajib diberikan bagi masyarakat terdampak bencana alam guna mempertahankan status kesehatan akibat minimnya fasilitas di kemah pengungsian.
- b. Masyarakat sangat berterima kasih terhadap MDMC Kalimantan Timur dalam penanggulangan permasalahan bencana, khususnya penyediaan layanan kesehatan berupa pengobatan dan perawatan yang dilakukan.

5.2 Saran

- c. Bagi pihak pengungsi diharapkan agar menjaga lingkungan di sekitarnya seperti tidak membuang sampah sembarangan untuk meminimalisir timbulnya penyakit akibat lingkungan.
- d. Bagi Muhammadiyah Disaster Management Center (MDMC) dapat meneruskan pelayanan kesehatan oleh Tim yang lain dan dapat menjangkau daerah yang belum mendapatkan pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar A. (1999) *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi 3*. Binarupa Aksara: Jakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan WHO .(2013) *Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana (mengacu pada standar Internasional), Panduan Bagi Petugas Kesehatan yang Bekerja dalam Penanganan Krisis Kesehatan akibat Bencana di Indonesia Edisi Revisi*. Jakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013) *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Human initiative (2021). SITUATION REPORT #4 Banjir Kalimantan Timur Update: Kamis, 21 Januari 2021 dikses melalui <https://human-initiative.org/wp-content/uploads/2021/01/04-Sitrep-4-Banjir-KalSel.pdf>
- Muhammadiyah Disaster Management Center (MDMC). (2021) Laporan Perkembangan Penanganan Darurat Bencana (PDB) Banjir di Kalimantan Timur dikses melalui <https://mdmc.or.id/laporan-perkembangan-penanganan-darurat-bencana-pdb-banjir-di-kalimantan-selatan/>

LAMPIRAN
ORGANISASI TIM, JADWAL DAN ANGGARAN BIAYA

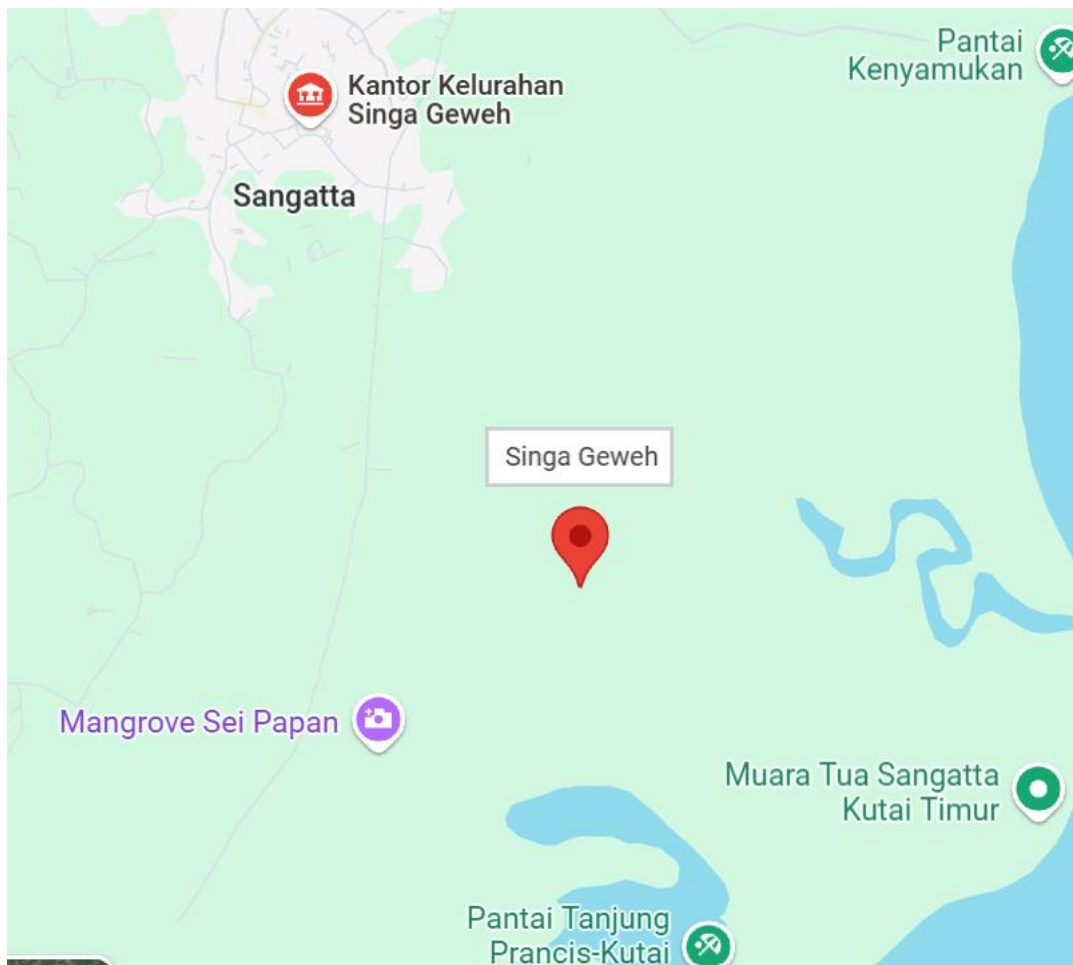
Organisasi Tim Pengabdian	
Ketua Pelaksana	
a. Nama dan Gelar Akademik	Ns. Faried Rahman Hidayat,S.Kep.,M.Kes
b. NIDN	1112068002
c. Jabatan Fungsional	Asisten Ahli
d. Bidang Keahlian	Keperawatan Komunitas
e. Fakultas/Program Studi	D3 Keperawatan
Anggota 1	
a. Nama dan Gelar Akademik	Ns. Milkhatun M.Kep
b. NIDN	1121018501
c. Jabatan Fungsional	Asisten Ahli
d. Bidang Keahlian	Manajamen Keperawatan
e. Fakultas/Program Studi	D3 Keperawatan
Anggota 2	
a. Nama dan Gelar Akademik	Ns. Nur Fithriyani Imamah S.Kep., MBA.,Ph.D
b. NIDN	1118048101
c. Jabatan Fungsional	Asisten Ahli
d. Bidang Keahlian	Keperawatan Dasar
e. Fakultas/Program Studi	D3 Keperawatan
Anggota 3	
a. Nama dan Gelar Akademik	Ns. Fatma Zulaikha., M.Kep
b. NIDN	1101038301
c. Jabatan Fungsional	Asisten Ahli
d. Bidang Keahlian	Keperawatan Anak
e. Fakultas/Program Studi	D3 Keperawatan
Anggota 2	
a. Nama Mahasiswa	Kurniasari
b. NIM	2011102416017
c. Fakultas/Program Studi	D3 Keperawatan
Anggota 3	
a. Nama Mahasiswa	Ayuni Nadira
b. NIM	2011102416025
c. Fakultas/Program Studi	D3 Keperawatan
Anggota 3	
d. Nama Mahasiswa	Sinta Muliadi
e. NIM	2011102416103
f. Fakultas/Program Studi	D3 Keperawatan

Jadwal pengabdian kepada masyarakat							
No	Jenis Kegiatan	Waktu Kegiatan (bulan)					
		11	12	1	2	3	4
1	Persiapan						
2	Observasi Lokasi						
3	Musyawaharah dan kontrak kegiatan						
4	Pelaksanaan kegiatan						
5	Penyusunan Laporan						

Anggaran Biaya

1.Jenis Perlengkapan	Volume	Harga Satuan	Nilai
Spanduk	2	Rp 80.000,00	Rp 160.000,00
Pointer	1	Rp 100.000,00	Rp 100.000,00
Flash Disk	2	Rp 100.000,00	Rp 200.000,00
Sub Total			Rp 460.000,00
2.Bahan Habis Pakai			
Paket Data	2	Rp 50.000,00	Rp 50.000,00
Pulsa	1	Rp 100.000,00	Rp 100.000,00
ATK(Buku, Pulpen, Penggaris dan Stapler)	1	Rp 400.000,00	Rp 400.000,00
HVS	2	Rp 50.000,00	Rp 100.000,00
Tinta	1	Rp 150.000,00	Rp 150.000,00
Konsumsi Snack pagi	65	Rp 20.000,00	Rp 1.300.000,00
Konsumsi Snack Siang	65	Rp 20.000,00	Rp 1.300.000,00
Konsumsi Makan	65	Rp 30.000,00	Rp 1.950.000,00
Bingkisan	65	Rp 50.000,00	Rp 3.250.000,00
Sub Total			Rp 8.600.000,00
3.Biaya Akomodasi			
Hotel	0	Rp 610.000,00	Rp 0,00
Sewa alat transportasi	2	Rp 350.000,00	Rp 700.000,00
Sub Total			Rp 700.000,00
4.Keperluan Lainnya			
Printer	1	Rp 200.000,00	Rp 200.000,00
Penyusunan naskah publish jurnal	1	Rp 500.000,00	Rp 500.000,00
Pengajuan modul HAKI	1	Rp 300.000,00	Rp 300.000,00
Honorarium	0	Rp 0,00	Rp 0,00
Biaya tidak terduga	1	Rp 240.000,00	Rp 240.000,00
Sub Total			Rp 1.240.000,00
Total Anggaran			Rp 11.000.000,00

PETA LOKASI KEGIATAN



<https://maps.app.goo.gl/vVFahZ3j7bRmT8QQ8>

