

PERBEDAAN PENGETAHUAN SEBELUM DAN SESUDAH PENDIDIKAN
KEGAWATDARURATAN DAN ANALISIS KETERAMPILAN
PADA AGEN MANTAP DI DESA MUNCA,
KABUPATEN PESAWARAN, LAMPUNG

(Skripsi)

Oleh

FADEL MUHAMMAD



FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2017

PERBEDAAN PENGETAHUAN SEBELUM DAN SESUDAH PENDIDIKAN
KEGAWATDARURATAN DAN ANALISIS KETERAMPILAN
PADA AGEN MANTAP DI DESA MUNCA,
KABUPATEN PESAWARAN, LAMPUNG

Oleh

FADEL MUHAMMAD

Skripsi

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN

pada

Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung



FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2017

ABSTRACT

THE DIFFERENCES OF INITIAL AID KNOWLEDGE BETWEEN PRE-EDUCATION AND POST-EDUCATION PROCESS AND SKILL ANALYSIS OF MANTAP AGENT IN MUNCA VILLAGE, PESAWARAN, LAMPUNG

By

FADEL MUHAMMAD

Background: Munca Village is hard to access and located faraway from healthcare service. Munca location can be a disadvantage when emergency cases requiring initial care and treatment happen. MANTAP agent stands for Masyarakat Cepat Tanggap is a community in Munca Village which able to give the initial aid in treating emergency cases. This research aimed to measure the differences of initial aid knowledge between pre-education and post-education process and to analyze the skill of MANTAP.

Method: The research used quassy experimental method with one group pretest-posttest design. The sampling technique was total sampling. The research was carried out in April-Mei 2016, located in Munca Village, Pesawaran, Lampung. Sample consisted of 19 people. Data was obtained from knowledge questionnaires. ($\alpha = 0.05$)

Result: The median scores result from knowledge pretest number 1, 2 and 3 were 28,57; 33,3 and 28,57. The median scores result from knowledge posttest number 1, 2 and 3 were 86,00; 83,33 and 85,71. Bivariate test resulted in p value=0,001 for each knowledge differences. Skill analysis showed 11 people (57,9%) were average skillful, 5 people (26,3%) were skillful, while another 3 people (15%) were less skillful.

Conclusion: There was a significant difference between the knowledge between pre-education and post-education of MANTAP agent. There were 11 people with average skillful rate, 5 people were skillful and 3 people were less skillful.

Keyword: emergency, skill, health education, knowledge

ABSTRAK

PERBEDAAN PENGETAHUAN SEBELUM DAN SESUDAH PENDIDIKAN KEGAWATDARURATAN DAN ANALISIS KETERAMPILAN PADA AGEN MANTAP DI DESA MUNCA, KABUPATEN PESAWARAN, LAMPUNG

Oleh

FADEL MUHAMMAD

Latar belakang: Desa Munca merupakan desa yang sulit diakses dan terletak jauh dari pusat kesehatan. Hal ini dapat sangat merugikan apabila terjadi suatu kasus kegawatdaruratan yang membutuhkan penanganan cepat dan tepat. Di Desa Munca terdapat agen MANTAP (Masyarakat Cepat Tanggap) yaitu sekelompok masyarakat yang mampu dalam penanganan awal kasus kegawatdaruratan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan pengetahuan penatalaksanaan awal kasus kegawatdaruratan medis sebelum dan sesudah pendidikan dan analisis keterampilan pada agen MANTAP.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode *quassy experimental* dengan rancangan *one group pretest-posttest design*. Teknik pengambilan sampel adalah *total sampling*. Penelitian dilaksanakan periode April–Mei 2016, bertempat di Desa Munca, Pesawaran, Lampung. Sampel yang berhasil didapatkan adalah 19 orang. Data diperoleh dari kuesioner pengetahuan. ($\alpha = 0.05$)

Hasil: Hasil nilai median dari *pretest* pengetahuan 1, 2 dan 3 sebesar 28,57; 33,3 dan 28,57. Nilai median dari *posttest* pengetahuan 1, 2 dan 3 sebesar 86,00; 83,33 dan 85,71. Hasil analisis bivariat $p=0,01$ untuk setiap hasil perbedaan pengetahuan. Hasil analisis keterampilan menunjukkan 11 orang (57,9%) dikatakan cukup, terampil 5 orang (26,3%) dikatakan terampil, dan 3 orang (15%) dikatakan kurang terampil.

Simpulan: Terdapat perbedaan yang bermakna antara pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan agen MANTAP dan terdapat 11 orang yang dikategorikan cukup terampil, 5 orang yang dikategorikan terampil dan 3 orang kurang dikategorikan terampil.

Kata kunci: kegawatdaruratan, keterampilan, pendidikan kesehatan, pengetahuan

Judul Skripsi : PERBEDAAN PENGETAHUAN SEBELUM DAN SESUDAH PENDIDIKAN KEGAWATDARURATAN DAN ANALISIS KETERAMPILAN PADA AGEN MANTAP DI DESA MUNCA, KABUPATEN PESAWARAN, LAMPUNG

Nama Mahasiswa : Fadel Muhammad

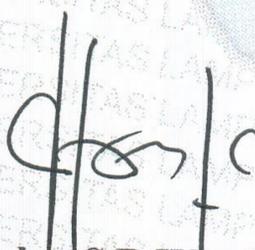
No Pokok Mahasiswa: 1318011064

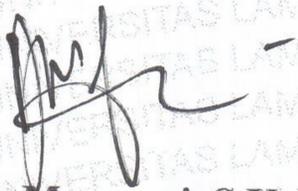
Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Kedokteran

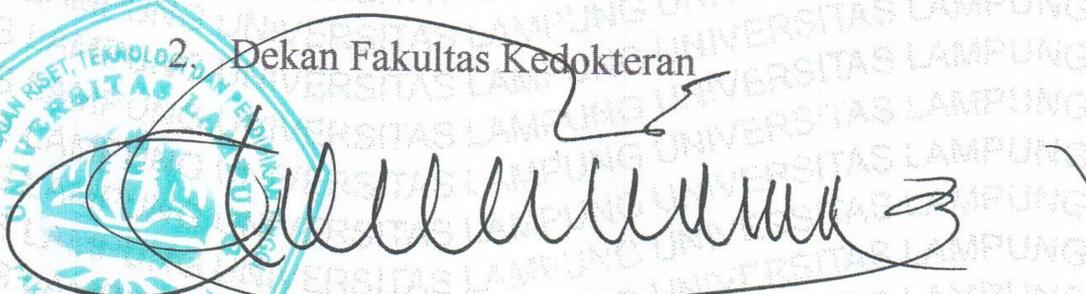
MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing


Dr. Dyah Wulan S.R. Wardani, SKM., M.Kes
NIP. 19720628 199702 2 001


dr. Diana Mayasari, S.Ked., M.K.K.
NIP. 19840926 200912 2 002

2. Dekan Fakultas Kedokteran

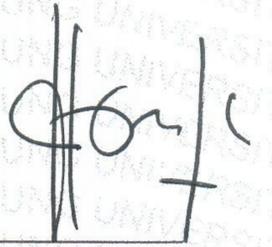

Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA
NIP. 19701208 200112 1 001

MENGESAHKAN

1. **Tim Penguji**

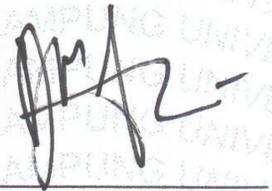
Ketua

: Dr. Dyah Wulan S.R.Wardani, SKM., M.Kes



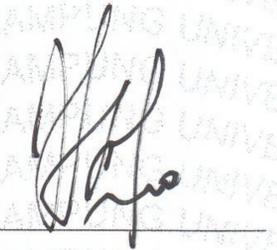
Sekretaris

: dr. Diana Mayasari, S.Ked., M.K.K

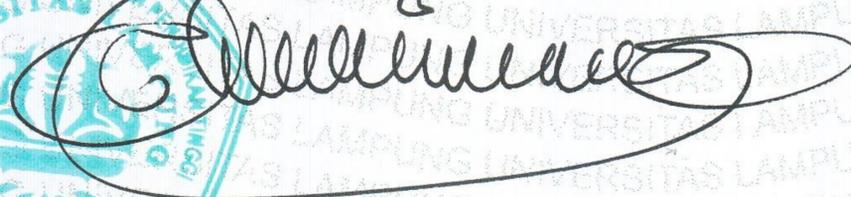


Penguji

Bukan Pembimbing : dr. Khairun Nisa, S.Ked., M.Kes., AIFO



2. **Dekan Fakultas Kedokteran**



Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA

NIP. 19701208 200112 1 001



Tanggal Lulus Ujian Skripsi : 12 Januari 2017

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

1. Skripsi dengan judul “PERBEDAAN PENGETAHUAN SEBELUM DAN SESUDAH PENDIDIKAN KEGAWATDARURATAN DAN ANALISIS KETERAMPILAN PADA AGEN MANTAP DI DESA MUNCA, KABUPATEN PESAWARAN, LAMPUNG” adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau disebut plagiarisme
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 12 Januari 2017

Pembuat pernyataan,



Fadel Muhammad

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Palembang pada tanggal 21 Juli 1995, sebagai anak ketiga dari Bapak Joni Ikrom dan Hudayani.

Pendidikan Sekolah Dasar diselesaikan di SD Negeri 26 Palembang pada tahun 2007, Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di SMP Negeri 1 Palembang pada tahun 2009, dan Sekolah Menengan Atas (SMA) diselesaikan di SMAN 6 Palembang pada tahun 2013.

Tahun 2013, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur Seleksi Bersama Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SBMPTN).

Selama menjadi mahasiswa penulis aktif organisasi PMPATD PAKIS Rescue Team sebagai Sekretaris Umum (2015-2016), Forum Studi Islam (FSI) Ibnu Sina sebagai K Bidang Media dan Syiar tahun (2014-2015).

Karya ini

Didedikasikan dengan rasa terima kasih dan penghargaan kepada

Seorang dokter di suatu klinik di kota ini

Yang pada hari itu telah menginspirasi dengan berkata

“Perjalananmu masih panjang, kalau jatuh, jangan lupa bangkit”

SANWACANA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan segala kasih, karunia, dan penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Perbedaan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kegawatdaruratan dan Analisis Keterampilan pada Agen MANTAP di Desa Munca, Kabupaten Pesawaran, Lampung”.

Dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis banyak mendapat masukan, bantuan, dorongan, saran, bimbingan dan kritik dari berbagai pihak. Maka dengan segenap kerendahan hati penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

- Bapak Prof. Dr. Ir. Hasriadi Mat Akin, M.P., Selaku Rektor Universitas Lampung;
- Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M. Kes., Sp. PA., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
- Dr. Dyah Wulan Sumekar Rengganis Wardani, SKM., M.Kes. selaku Pembimbing Utama dan sebagai pembimbing PKM, atas kesediaannya untuk meluangkan banyak waktu, memberikan nasihat, bimbingan, saran, dan kritik yang bermanfaat dalam proses penyelesaian skripsi ini;

- dr. Diana Mayasari, M.K.K selaku Pembimbing Kedua atas kesediaannya untuk meluangkan waktu, memberikan nasihat, bimbingan, saran, dan kritik yang bermanfaat dalam proses penyelesaian skripsi ini;
- dr Khairun Nisa Berawi, M.Kes. AIFO. selaku Penguji Utama pada Ujian Skripsi, terima kasih atas waktu, ilmu dan saran-saran yang telah banyak diberikan;
- dr. Mukhlis Imanto, M.Kes., Sp.THT selaku Pembimbing Akademik atas nasihat, bimbingan, saran dan kritik yang bermanfaat selama perkuliahan di Fakultas Kedokteran ini;
- dr. Betta Kurniawan, M.Kes dan dr. Adityo Wibowo selaku Pembimbing lapangan PKM yang telah membantu dalam proses pelaksanaan PKM hingga sampai ke PIMNAS;
- Direktorat Jendral Perguruan Tinggi (DIKTI) sebagai Badan penyelenggara Program Kreativitas Mahasiswa dan pemberi dana kegiatan;
- Seluruh staf dosen Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu, waktu, dan bimbingan yang telah diberikan dalam proses perkuliahan;
- Seluruh staf akademik, administrasi, dan tata usaha Fakultas Kedokteran Universitas Lampung yang telah sangat membantu, memberikan waktu dan tenaga serta kesabarannya selama dalam proses penyelesaian penelitian ini;
- Terimakasih teruntuk Papa dan Mama yang teramat sangat saya cintai dan sayangi atas doa, perhatian, semangat, kesabaran, kasih sayang, dan dukungan yang selalu mengalir setiap saat. Terima kasih untuk

perjuangannya memberikanku pendidikan yang terbaik, baik pendidikan akademis maupun nonakademis yang dapat digunakan untuk bekal dimasa depan;

- Terimakasih kepada kedua kakak terhebat Sriluli Hutami Aisah dan Fariddy Muhammad serta seluruh keluarga besar atas doa, dukungan, semangat, kerja kerasnya, kesabaran, keikhlasannya, motivasi, kasih sayang, dan bahkan celaan-celaan yang sangat membangun dan selalu menjadi alasan saya untuk merintis dan berjuang sampai saat ini;
- Terima kasih kepada Yulia Cahya Khasanah atas bantuan, dukungan, kesabaran, nasihat, semangat dan kebahagiaannya.
- Keluarga kecil MANTAP Team Dara, Yulia dan Angga yang bersama-sama dalam suka dan duka dalam pelaksanaan program hingga sampai ke PIMNAS, terimakasih sudah membantu mengukir sejarah yang indah;
- Keluarga Desa Munca yang senantiasa memberikan dukungan, doa, kerjasama dan kasih sayangnya kepada MANTAP Team;
- Terimakasih kepada ketua umum PAKIS 2015/2016 Tito Tri Saputra dan ketua umum FSIIS 2015/2016 Ahmad Agus yang telah meluangkan waktunya untuk membantu dalam proses pelaksanaan lapangan; Kuah Ketoprak Tito, Marco, Firza, Fuad, Iin, Oji, Nenek, Sayi, Meti, Kanida, Mpok, Katin, Wahid, Julpa, Hanum serta Denjaka dan Bukan Geng untuk bantuan, dukungan dan lawakannya dikala sedih maupun senang. terimakasih untuk bantuan, dukungan dan motivasi yang kalian berikan; Teman-teman sejawat angkatan 2013 yang tidak dapat disebutkan satu persatu. Terimakasih atas kebersamaan, keceriaan, kekompakan

kebahagiaan selama 3,5 tahun perkuliahan ini, semoga kelak kita bisa menjadi dokter yang amanah dan sukses dunia akhirat;

- Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu yang telah memberikan bantuan dalam penulisan skripsi ini.

Penulis menyadari skripsi ini masih memiliki banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan. Akhir kata, penulis berharap skripsi ini dapat memberikan manfaat dan pengetahuan baru kepada setiap orang yang membacanya. Terima kasih.

Bandar Lampung, Januari 2017

Penulis

Fadel Muhammad

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat bagi Ilmu Pengetahuan	5
1.4.2 Manfaat bagi Peneliti	5
1.4.3 Manfaat bagi Pemerintah	5
1.4.4 Manfaat bagi Masyarakat	6
1.4.5 Manfaat bagi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung	6
1.4.6 Manfaat bagi Peneliti lain	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Landasan Teori.....	7
2.1.1 Kegawatdaruratan	7
2.1.1.1 Kehilangan Kesadaran	8
2.1.1.2 Luka	14
2.1.1.3 Patah Tulang.....	17
2.1.1.4 Epistaksis atau Mimisan.....	21
2.1.2 Pengetahuan	22
2.1.3 Keterampilan	25
2.1.4 Pendidikan Kesehatan	26
2.1.5 Agen MANTAP (Masyarakat Cepat Tanggap).....	34
2.2 Kerangka Teori.....	35
2.3 Kerangka Konsep	40
2.4 Hipotesis.....	40
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian.....	41
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	42
3.3 Populasi dan Sampel	42

3.3.1 Populasi	42
3.3.2 Sampel.....	43
3.4 Identifikasi Variabel Penelitian.....	44
3.5 Definisi Operasional.....	45
3.6 Pengumpulan Data	46
3.6.1 Langkah Kerja.....	46
3.6.2 Metode Pengumpulan Data.....	47
3.7 Pengolahan Data dan Analisis Data	49
3.7.1 Pengolahan Data	49
3.7.2 Analisis Data.....	50
3.8 Alur Penelitian	52
3.9 Etika Penelitian	53
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	54
4.2 Hasil	56
4.2.1 Data Karakteristik Responden.....	56
4.2.2 Analisis Univariat.....	58
4.2.2.1 Nilai Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan	58
4.2.2.2 Nilai Keterampilan Sesudah Pendidikan Kesehatan	61
4.2.3 Analisis Bivariat.....	63
4.2.3.1 Perbedaan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan Penatalaksanaan Awal Kasus Kegawatdaruratan Medis pada Agen MANTAP	63
4.3 Pembahasan.....	64
4.3.1 Data Karakteristik Responden	64
4.3.2 Analisis Univariat	66
4.3.2.1 Gambaran Pengetahuan Responden sebelum Dilakukan Pendidikan Kesehatan.....	66
4.3.2.2 Gambaran Pengetahuan Responden sesudah Dilakukan Pendidikan Kesehatan.....	67
4.3.2.3 Gambaran Keterampilan Responden sesudah Dilakukan Pendidikan Kesehatan.....	68
4.3.3 Analisis Bivariat	69
4.3.3.1 Perbedaan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan.....	69
4.4 Keterbatasan.....	73
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Simpulan	74
5.2 Saran.....	75
DAFTAR PUSTAKA	76

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Derajat fraktur terbuka	18
2. Definisi Operasional.....	45
3. Nilai <i>Cronbach Alpha</i>	48
4. Hasil perhitungan uji reliabilitas	49
5. Distribusi Frekuensi Karakteristik Usia Responden Agen MANTAP.....	56
6. Distribusi Frekuensi Karakteristik Jenis Kelamin Responden Agen MANTAP.....	57
7. Distribusi Frekuensi Karakteristik Pendidikan Responden Agen MANTAP	57
8. Distribusi Frekuensi Karakteristik Pekerjaan Responden Agen MANTAP .	58
9. Hasil Uji Normalitas Data Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan	59
10. Nilai <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> pengetahuan.....	59
11. Tingkat Pengetahuan Sebelum Pendidikan Pada Agen MANTAP	60
12. Tingkat Pengetahuan Sesudah Pendidikan Pada Agen MANTAP	61
13. Tingkat Keterampilan Sesudah Pendidikan Pada Agen MANTAP.....	63
14. Hasil Uji Analisis <i>Wilcoxon</i>	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Proses Melakukan Penanganan Awal Pasien Kehilangan Kesadaran yang Bernapas.....	9
2. Rantai Keselamatan.....	10
3. Proses Melakukan RJP dengan Teknik yang Tepat	13
4. Klasifikasi Fraktur.....	19
5. Kerangka Teori.....	39
6. Kerangka Konsep	40
7. Pola Rancangan <i>One Group Pre-test</i> dan <i>Post-test Design</i>	41
8. Alur Penelitian	52

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kegawatdaruratan secara umum adalah suatu keadaan di mana seseorang berada pada suatu kondisi ancaman kematian yang memerlukan pertolongan segera guna menghindari kecacatan dan kematian (Nursana, 2013). Berdasarkan UU No. 44 tahun 2009, gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut. Di Indonesia, berdasarkan Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit tahun 2009, setiap menit 9 orang dibawa ke IGD. Jumlah ini menunjukkan banyaknya kasus kegawatdaruratan yang terjadi, tetapi masih banyak kasus gawat darurat yang pasiennya tidak sampai ke IGD (RI, 2009).

Upaya untuk mengurangi dampak negatif dari kasus kegawatdaruratan adalah dengan dilakukan pertolongan gawat darurat. Pertolongan gawat darurat harus dilakukan secara cepat, tepat, dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan. Prinsip pelayanan pasien gawat darurat yaitu waktu

adalah nyawa (*Time saving is life saving*) (Humardani, 2013). Permasalahan pelayanan kesehatan secara umum adalah pembangunan yang belum merata dan belum menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Dampak ini terutama dirasakan pada daerah kepulauan, terpencil, dan tertinggal. Faktor lain yang mempengaruhi permasalahan tersebut yaitu jumlah, distribusi dan kemampuan sumber daya manusia yang masih sangat kurang, serta jangkauan transportasi yang terbatas (Direktorat Bina Pelayanan dan Keteknisian Medik, 2011).

Penanganan kasus gawat darurat mengalami berbagai hambatan mulai dari kegagalan mengenal risiko, keterlambatan mendiagnosis, merujuk, dan mendapat perawatan yang tidak adekuat. Kurangnya sarana dan keterbatasan ekonomi juga merupakan penyebab kegagalan penanganan kasus kegawatdaruratan. Selain itu, kurangnya pengetahuan masyarakat terhadap penanganan awal kasus gawat darurat sering menyebabkan korban mengalami kecacatan atau kematian (Gurning, 2011).

Pengetahuan penanggulangan penderita gawat darurat memegang hal yang penting dalam menentukan keberhasilan pertolongan. Banyak kejadian penderita gawat darurat yang justru meninggal dunia atau mengalami kecacatan akibat kesalahan dalam pemberian pertolongan awal. Hal ini biasanya terjadi pada pasien-pasien kegawatdaruratan yang salah dalam sikap penanganan atau tidak tepat prosedur penanganan sampai menghilangkan nyawa (Humardani, 2013). Pengetahuan penanggulangan

penderita gawat didapat dari tahu yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan. Pengetahuan umumnya datang dari pengalaman informasi yang disampaikan guru, orang tua, teman dan media massa (Notoatmodjo, 2003). Bentuk penerapan pengetahuan kedalam tindakan tersebut disebut dengan keterampilan. Keterampilan seseorang dapat dipengaruhi oleh latihan dan pendidikan (Justine, 2006).

Desa Munca terletak di sisi gunung terpencil Kecamatan Teluk Pandan, Kabupaten Pesawaran, Provinsi Lampung. Satu-satunya akses menuju desa tersebut adalah dengan melewati jalan aspal rusak sejauh 3 kilometer, kemudian jalan berbatu rusak sejauh 3 kilometer, dan jalan tanah yang juga rusak sejauh 3 kilometer yang semuanya menanjak. Selain itu, di Desa Munca hanya terdapat 2 posyandu dan 1 puskesmas pembantu dengan 1 orang bidan sebagai tenaga kesehatan yang hanya berkompeten dalam menangani ibu hamil dan imunisasi balita. Kasus kegawatdaruratan sering terjadi di Desa Munca. Kasus tersebut adalah luka-luka, patah tulang, hingga kehilangan kesadaran. Letak Desa Munca jauh dari pusat kesehatan dan akses yang susah dirasa sangat merugikan apabila terjadi suatu kasus kegawatdaruratan yang membutuhkan penanganan cepat dan tepat (Pemerintah Kabupaten Pesawaran, 2015).

Di Desa Munca terdapat agen MANTAP (Masyarakat Cepat Tanggap) yaitu sekelompok masyarakat yang mampu dalam penanganan awal kasus kegawatdaruratan. Agen MANTAP diberikan pendidikan penanganan awal

kasus kegawatdaruratan. Pendidikan kegawatdaruratan yang diberikan pada agen MANTAP tersebut menyebabkan peneliti ingin mengetahui lebih lanjut mengenai perbedaan pengetahuan penatalaksanaan awal kasus kegawatdaruratan medis sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan serta ingin mengetahui keterampilan yang dimiliki agen MANTAP.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah

1. Apakah terdapat perbedaan pengetahuan penatalaksanaan awal kasus kegawatdaruratan medis sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan pada agen MANTAP?
2. Bagaimana tingkat keterampilan penatalaksanaan awal kasus kegawatdaruratan medis sesudah pendidikan kesehatan pada agen MANTAP?

1.3 Tujuan

Tujuan dari penelitian ini adalah

1. Mengetahui perbedaan pengetahuan penatalaksanaan awal kasus kegawatdaruratan medis sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan pada agen MANTAP.

2. Mengetahui tingkat keterampilan penatalaksanaan awal kasus kegawatdaruratan medis sesudah pendidikan kesehatan pada agen MANTAP.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Ilmu Pengetahuan

Memberikan informasi ilmiah mengenai perbedaan pengetahuan dan keterampilan penatalaksanaan awal kasus kegawatdaruratan medis sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan, serta tingkat keterampilan yang dimiliki sesudah pendidikan kesehatan.

1.4.2 Bagi Peneliti

Penelitian ini sebagai wujud penerapan ilmu yang telah dipelajari sehingga dapat mengembangkan wawasan peneliti.

1.4.3 Bagi Pemerintah

Penelitian ini dapat memberikan solusi dalam peningkatan pengetahuan dan keterampilan masyarakat pada daerah rawan kecelakaan dan terpinggirkan, sehingga pemerintah dapat mensosialisasikan pembentukan agen MANTAP pada daerah tersebut.

1.4.4 Bagi Masyarakat

Masyarakat desa yang memiliki akses sulit dan jauh dari pusat kesehatan mampu mendapatkan penanganan awal kasus kegawatdaruratan medis, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat desa.

1.4.5 Bagi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Menambah bahan kepustakaan dalam lingkungan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

1.4.6 Bagi Peneliti lain

Penelitian ini dapat menjadi referensi untuk penelitian yang serupa berkaitan dengan pelatihan kegawatdaruratan medis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Kegawatdaruratan

Kegawatdaruratan adalah keadaan yang bermanifestasikan gejala akut akan adanya suatu keparahan pada tingkatan tertentu, dimana bila tidak diberikan perhatian medis yang memadai dapat membahayakan keselamatan individu bersangkutan, menyebabkan timbulnya gangguan serius fungsi tubuh ataupun terjadinya disfungsi organ atau kecacatan (ACEP, 2013).

Dampak negatif dari kegawatdaruratan dapat dikurangi jika pertolongan gawat darurat yang cepat dan tepat dilakukan. Banyak kejadian penderita gawat darurat yang justru meninggal dunia atau mengalami kecacatan akibat kesalahan dalam pemberian pertolongan awal. Hal ini biasanya terjadi pada pasien-pasien kegawatdaruratan yang salah dalam sikap penanganan atau tidak tepat prosedur penanganannya sampai menghilangkan nyawa (Winarsih 2008).

Keadaan kegawatdaruratan dapat bermanifestasi dalam berbagai gejala dan tampilan yang beragam. Kegawatdaruratan yang umum terjadi di masyarakat terutama Desa Munca adalah luka-luka, cedera otot dan tulang, kehilangan kesadaran, dehidrasi dan keracunan (Pemerintah Kabupaten Pesawaran, 2015).

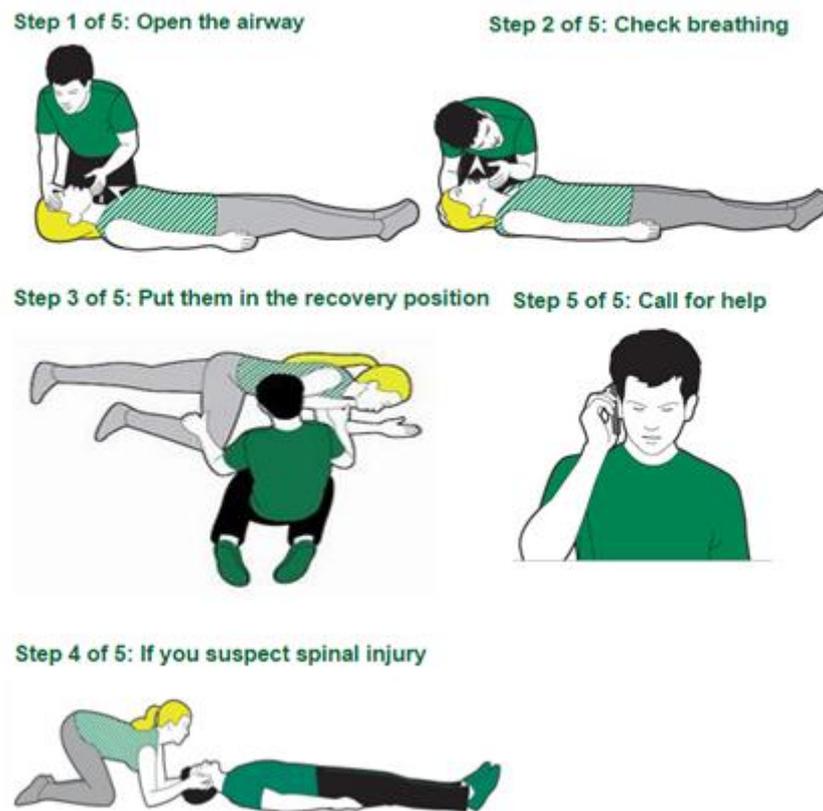
2.1.1.1 Kehilangan Kesadaran

Kehilangan kesadaran diartikan sebagai keadaan kehilangan sadar dimana korban tidak dapat lagi bereaksi. Kehilangan kesadaran yang dapat dikenali oleh awam dibagi menjadi dua kategori yaitu:

1. Kehilangan kesadaran dengan napas

Keadaan dimana korban tidak memberi respon terhadap suara atau kontak tubuh dan masih bernapas. Penolong pertama dapat memberikan pertolongan dalam lima tahap. Pertama, buka jalan napas dengan *carahead tilt* dan *chin lift*. Kedua, cek pernapasan dengan melihat gerakan dinding dada, mendengar suara napas, dan merasakan hembusan napas. Ketiga, setelah dipastikan masih bernapas maka posisikan pasien dalam keadaan mantap (*recovery position*). Keempat, jika dicurigai terdapat trauma spinal atau leher maka pembukaan jalan napas dilakukan dengan teknik *jaw thrust*. Kelima, minta bantuan pertolongan lanjut dengan

menelepon ambulans. Keseluruhan proses tersebut dapat dilihat pada gambar 1 (St John Ambulance, 2015)



Gambar 1. Proses melakukan penanganan awal pasien kehilangan kesadaran yang bernapas (St John Ambulance, 2015).

2. Kehilangan kesadaran tanpa napas.

Kehilangan kesadaran tanpa napas adalah suatu keadaan korban yang tidak memberi respon dan tidak bernapas. Korban dalam keadaan ini memerlukan pertolongan resusitasi jantung paru (St John Ambulance, 2015). Resusitasi jantung paru (RJP) adalah intervensi terapeutik mencakup bantuan hidup dasar dan bantuan hidup jantung lanjut yang ditujukan untuk mengembalikan sirkulasi spontan setelah terjadinya henti napas atau henti jantung (Holzheimer, 2001).

Resusitasi jantung paru yang termasuk dalam bantuan hidup dasar dapat dilakukan oleh masyarakat terlatih sementara bantuan hidup jantung lanjut dilakukan oleh tenaga medis lanjutan yang kompeten. Proses pertolongan RJP mengikuti rantai keselamatan pada gambar 2 yang terdiri dari lima langkah yaitu (Berg *et al.*, 2010):



Gambar 2. Rantai Keselamatan (Berg *et al.*, 2010)

1. Deteksi dini dari henti jantung dan aktivasi sistem pelayanan gawat darurat terpadu (SPGDT)

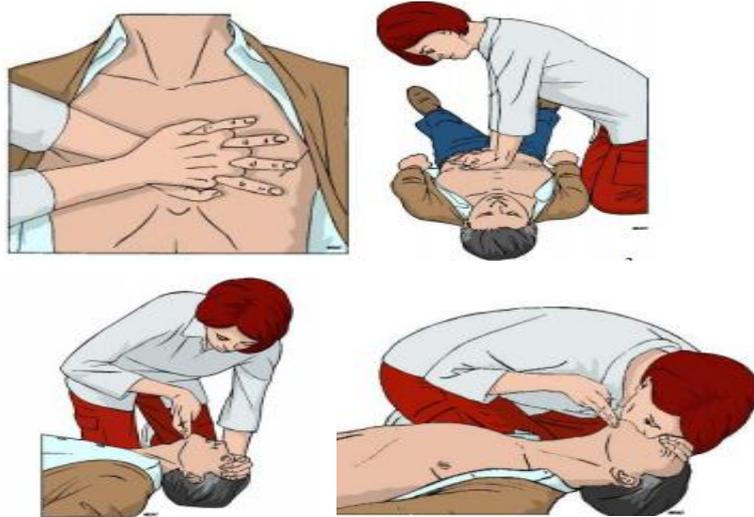
Tindakan yang dilakukan penolong pada tahap ini adalah DRABC (*Danger, Response, Airway, Breathing, Circulation*). *Danger* yaitu mengamankan lingkungan sekitar dan diri sendiri serta memperkenalkan diri pada orang sekitar. *Response* yaitu memastikan korban tidak responsif terhadap suara, tepukan, atau guncangan. Jika tidak didapat respon, maka penolong segera mengaktifkan SPGDT dengan menelepon ambulans dan meminta alat kejut jantung otomatis (Berg *et al.*, 2010). *Airway* adalah pemeriksaan dan pembebasan jalan napas hidung dan mulut. *Breathing* adalah memeriksa pernapasan, jika korban tak sadar dan bernapas terengah-engah maka penolong mengasumsikan korban mengalami henti jantung. *Circulation* adalah penilaian sirkulasi yang didapat dari perabaan arteri karotis leher korban (Butterworth, 2013).

2. Melakukan RJP secara dini dengan teknik kompresi yang tepat

Resusitasi jantung paru terdiri dari penekanan dada dan bantuan napas dengan rasio 30:2 dalam satu siklus. Prinsip kompresi dada yang efektif adalah tekan kuat, tekan cepat, mengembang sempurna dan minimalkan interupsi. Untuk

memaksimalkan efektivitas kompresi, korban harus berada ditempat yang rata, posisi penolong di sebelah kanan korban. Penolong meletakkan pangkal telapak tangan ditengah dada korban dengan tangan yang lain di atas tangan pertama, jari-jari saling mengunci dan lengan lurus (Hazinski *et al.*, 2015).

Kompresi dada dilakukan dengan kedalaman 5cm dan kecepatan 100-120x/menit. Bantuan napas diberi setelah membuka jalan napas teknik *head tilt* dan *chin lift*. Cuping hidung dijepit dan beri napas bantuan sebanyak dua kali masing-masing satu detik. Pastikan bantuan napas masuk dengan berkembangnya dada korban. Keseluruhan proses RJP dapat dilihat pada gambar 3. Setelah lima siklus RJP dilakukan, penolong kembali memeriksa sirkulasi korban (Hazinski *et al.*, 2015).



Gambar 3. Proses melakukan RJP dengan teknik yang tepat (Berg *et al.*, 2010)

3. Melakukan kejut jantung dini

Alat kejut jantung otomatis (AED) adalah alat yang dapat memberikan kejut listrik pada korban. Hal pertama yang dilakukan adalah pemasangan pad pada dada korban dan menyalakan AED. Setelah menyala, minta orang sekitar agar tidak menyentuh korban dan AED akan menganalisis irama jantung korban. Jika hasil analisis irama jantung membutuhkan kejut, maka penolong menekan tombol kejut pada alat. Penekanan dada atau RJP dilanjutkan setelah kejut listrik diberikan (Berg *et al.*, 2010).

4. Melakukan Bantuan Hidup Lanjut yang efektif

5. Melakukan resusitasi setelah henti jantung secara terintegrasi

Rantai keselamatan nomor empat dan lima dilakukan oleh tenaga medis lanjutan (Berg *et al.*, 2010).

2.1.1.2 Luka

Luka adalah rusak atau hilangnya bagian jaringan tubuh. Luka dapat disebabkan karena benda tumpul, benda tajam, zat kimia, perubahan suhu atau gigitan hewan. Prinsip utama Penangan luka diawali dengan pembersihan luka menggunakan yodium povidon 1% atau larutan klorheksidin 0,5%. Untuk pembersihan kulit disekitar luka dapat menggunakan larutan yodium 3% atau alkohol 70%. Kemudian dapat dilakukan penutupan luka dengan kain steril dan secara steril dilakukan pembersihan luka kembali secara mekanis dari kontaminan, misalnya membuang jaringan mati dengan gunting atau pisau dan dibersihkan dengan bilasan, guyuran, atau semprotan cairan NaCl. Jika diperlukan dilakukan penjahitan. Luka ditutup dengan bahan yang tidak mudah menempel pada luka, misalnya kasa yang mengandung vaselin, ditambah dengan kasa penyerap dan dibalut dengan pembalut elastis (Sjamsuhidajat, 2010).

Luka terdiri dari beberapa jenis, yaitu:

1. Luka bakar

Luka bakar merupakan cedera yang sering terjadi. Luka bakar berat dapat menyebabkan morbiditas dan derajat kecacatan yang lebih tinggi. Luka bakar menyebabkan hilangnya bagian kulit dan juga dapat menimbulkan efek sistemik di dalam tubuh. Luka bakar biasanya dapat ditentukan dengan derajat yang berdasarkan kedalaman luka. Berat luka bakar bergantung pada dalam, luas dan letak luka (Sjamsuhidajat, 2010).

Penanganan pertama saat terbakar adalah mematikan api pada tubuh, misalnya, dengan menutup bagian yang terbakar untuk mengurangi pasokan oksigen pada api. Kontak langsung dengan bahan panas juga harus segera diakhiri, misalnya dengan mencelupkan bagian yang terbakar ke air dingin atau melepas baju yang tersiram air panas. Setelah sumber panas dihilangkan dapat dilakukan perendaman pada daerah luka bakar dalam air atau menyiramnya dengan air mengalir selama 15 menit. Pada luka bakar ringan, prinsip penanganan utama adalah dengan mendinginkan daerah yang terbakar dengan air. Pada luka bakar luas dan dalam, pasien harus segera dibawa ke rumah sakit terdekat (Sjamsuhidajat, 2010).

2. Luka sengatan serangga

Luka sengatan dapat hanya berupa luka tusuk kecil atau luka compang-camping yang luas (Sjamsuhidajat, 2010). Reaksi yang terjadi pada sengatan lebah biasanya berupa reaksi alergi. Penanganan awal yang dapat dilakukan adalah dengan mengambil sungut lebah yang menempel pada daerah sengatan. Daerah tersebut kemudian dibersihkan dengan air dan sabun. Untuk mengurangi nyeri dapat di suntikan lidokain. Bila muncul tanda alergi dapat diberikan adrenalin dan antihistamin (Sjamsuhidajat, 2010).

3. Luka gigitan ular

Gigitan ular berbahaya jika ular tergolong berbisa. Tanda umum ular berbisa adalah kepalanya berbentuk segitiga. Bekas gigitan ular berbisa biasanya berbentuk dua lubang akibat dua gigi taring atas. Penanganan yang dapat dilakukan adalah dengan mengikuti prinsip utama penanganan gigitan. Usaha menghambat absorpsi bisa dapat dilakukan dengan memasang turniket beberapa sentimeter di proksimal gigitan atau di proksimal pembengkakan jika telah timbul. Pemasangan turniket tersebut dilakukan dengan tekanan yang cukup untuk menghambat aliran vena, tetapi tidak melebihi tekanan arteri. Selain itu, dapat dilakukan mobilisasi pada lokasi gigitan agar bisa ular tidak mudah menyebar. Setelah dilakukan penanganan awal oleh

orang awam terlatih dapat dirujuk ke pelayanan kesehatan (Sjamsuhidajat, 2010).

2.1.1.3 Patah Tulang

Patah tulang atau fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan tulang rawan yang disebabkan oleh cedera dan trauma baik langsung dan tidak langsung (Sjamsuhidajat & Jong, 2005). Fraktur dapat diartikan sebagai kondisi dimana kontinuitas tulang hilang baik yang bersifat lokal maupun sebagian (Muttaqin, 2008). Gejala dan tanda korban yang mengalami patah tulang umumnya adalah rasa nyeri, penurunan fungsi, perubahan bentuk (deformitas) dan riwayat cedera. Pemeriksaan fisik yang dilakukan adalah *look, feel* dan *move*.

Fraktur memiliki beberapa klasifikasi, yaitu:

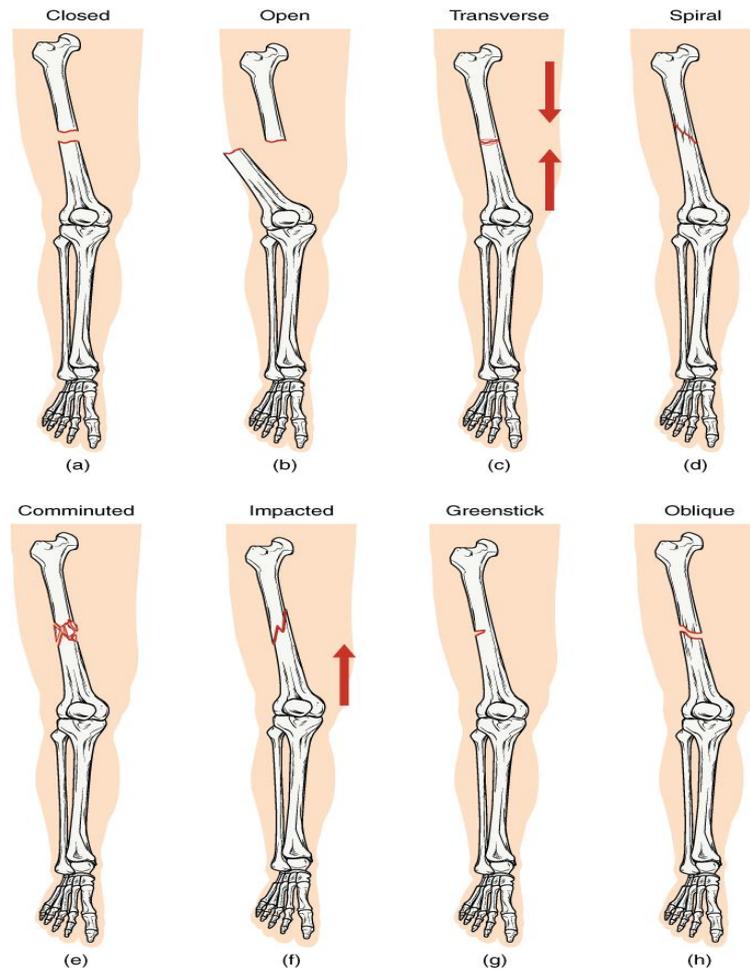
1. Fraktur berdasarkan hubungannya dengan dunia luar dibagi menjadi fraktur terbuka dan tertutup. Fraktur tertutup tidak berhubungan langsung dengan lingkungan luar. Fraktur terbuka memungkinkan masuknya kuman kedalam luka. Fraktur terbuka dibagi menjadi tiga derajat pada tabel 1.

Tabel 1. Derajat fraktur terbuka menurut Gustilo (dalam Cross, 2008)

Grade	Deskripsi
I	Patah tulang terbuka dengan luka < 1 cm, relatif bersih, kerusakan jaringan lunak minimal, bentuk patahan simpel/transversal/oblik.

II	Patah tulang terbuka dengan luka > 1 cm, kerusakan jaringan lunak tidak luas, bentuk patahan simpel
III	Patah tulang terbuka dengan luka > 10 cm, kerusakan jaringan lunak yang luas, kotor dan disertai kerusakan pembuluh darah dan saraf
III A	Patah tulang terbuka dengan kerusakan jaringan luas, tapi masih bisa menutupi patahan tulang waktu dilakukan perbaikan.
III B	Patah tulang terbuka dengan kerusakan jaringan lunak hebat dan atau hilang (soft tissue loss) sehingga tampak tulang (bone-expos)
III C	Patah tulang terbuka dengan kerusakan pembuluh darah dan atau saraf yang hebat

2. Fraktur menurut garis patahannya dibagi menjadi fraktur komplit dan inkomplit, *transversal* (melintang), *oblique* (miring), *spiral*, impaksi, avulsi, *greenstick*, longitudinal
3. Fraktur menurut jumlah garis patahannya dibagi menjadi fraktur *simple*, kominutif, segmental.



Gambar 4. Klasifikasi fraktur (Openstax, 2013)

Korban yang masih berada di tempat kejadian trauma, terdapat penanganan awal yang dapat dilakukan oleh masyarakat awam. Penanganan tersebut adalah pemasangan bidai sederhana. Bidai dipasang apabila korban sudah distabilisasi, tujuannya adalah mencegah pergerakan (fiksasi) pada tulang yang mengalami cedera, mencegah rasa nyeri dan perburukan fraktur (Ramaiah, 2008).

Bidai sederhana dapat dibuat dari bahan apapun yang ditemukan di sekitar lokasi kejadian trauma. Hal yang harus diperhatikan dalam pemasangan bidai adalah (AAOS, 2012):

1. Bidai harus cukup panjang. Pada kasus cedera tulang, bidai yang digunakan harus melewati dua sendi yaitu pada pangkal dan ujung tulang yang patah.
2. Bidai harus cukup kuat untuk menghindari gerakan (imobilisasi) namun tidak mengganggu sirkulasi.
3. Jika tidak ditemukan bidai, bagian tubuh yang cedera dapat diikatkan dengan bagian tubuh yang normal.
4. Tidak melakukan reposisi atau meluruskan daerah fraktur yang mengalami deformitas, pasang bidai apa adanya

Langkah-langkah pemasangan bidai:

1. Memastikan lokasi cedera dengan mengekspos semua yang menutupinya.
2. Perhatikan kondisi tubuh korban. Hentikan perdarahan jika ada.
3. Memeriksa nadi, sensoris dan motoris bagian ujung (distal) dari daerah cedera.
4. Memasang bidai di minimal dua sisi anggota badan yang cedera.
5. Minimalkan gerakan pada daerah cedera. Pengikat bidai dimasukkan antara celah tubuh dengan lantai.

6. Menyimpul di area pangkal dan ujung tulang yang patah pada satu sisi. Beri bantalan/padding pada tonjolan tulang yang bersentuhan dengan papan bidai dengan kain.
7. Memeriksa kembali nadi, sensoris dan motoris. Jika terjadi perburukan, maka bidai perlu dilonggarkan.

2.1.1.4 Epistaksis atau Mimisan

Epistaksis atau mimisan adalah semburan darah yang keluar dari hidung. Pada sebagian kasus disebabkan karena trauma dan perdarahan yang berasal dari sepertiga anterior hidung atau area kiesselbach. Epistaksis relatif sering terjadi karena aliran darah ke mukosa hidung sangat banyak. Semburan darah tersebut terjadi kaaren ruptur arteri pada hidung. Epistaksis dapat dihubungkan dengan hipertensi dan infeksi. Epistaksis ringan biasanya sering terjadi karena mengorek hidung dan menyebabkan robeknya vena-vena pada vestibulum nasi (Moore, 2013).

Epistaksis biasanya terjadi karena gejala atau manifestasi penyakit lain. Kebanyakan ringan dan dapat berhenti sendiri tanpa bantuan tenaga medis, tetapi epistaksis berat merupakan masalah kedaruratan yang dapat berakibat fatal jika tidak segera ditangani. Prinsip penanganan epistaksis adalah memperbaiki

keadaan umum, mencari sumber perdarahan, menghentikan perdarahan dan mencari factor penyebab untuk mencegah perdarahan berulang. Pada perdarahan anterior dapat dilakukan penekanan pada hidung selama 10-15 menit. Apabila perdarahan masih berlangsung, maka perlu dilakukan pemasangan tampon anterior yang dibuat dari kapas atau kasa yang diberi pelumas. Pada perdarahan posterior dapat dilakukan pemasangan tampon posterior (Mangunkusumo, 2007).

2.1.2 Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu penciuman, penglihatan, pendengaran, perasaan dan perabaan. Sebagian besar penginderaan diperoleh dari mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan umumnya datang dari pengalaman dan informasi yang disampaikan guru, orang tua, teman, dan media massa. Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu internal dan eksternal (Notoatmodjo, 2003).

1. Faktor internal

a. Pendidikan

Pendidikan dibutuhkan untuk memperoleh informasi. Secara umum, tingginya pendidikan seseorang akan berbanding lurus dengan kemudahan menerima informasi.

b. Pekerjaan

Bekerja merupakan faktor internal yang memengaruhi tingkat pengetahuan individu. Sedikit orang yang menganggap bekerja sebagai sumber kesenangan karena menurutnya hal tersebut adalah hal yang membosankan. Pekerjaan dilakukan untuk menunjang kehidupan baik individu ataupun keluarganya.

c. Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia seseorang, maka akan semakin berkembang daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

2. Faktor eksternal

a. Lingkungan

Lingkungan adalah seluruh kondisi disekitar manusia dan pengaruhnya yang mempengaruhi perkembangan perilaku seseorang atau kelompok.

b. Sosial budaya

Sistem sosial yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi sikap dalam menerima informasi.

Pengetahuan juga memiliki tingkatan menurut teori Bloom (Notoatmodjo, 2010) yaitu:

1. Tahu (*know*) yaitu kemampuan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tahu merupakan tingkat pengetahuan paling rendah dan yang termasuk dalam tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau dirangsang yang telah diterima. Cara mengujinya tahu adalah dengan menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi dan mengatakan.
2. Memahami (*comprehension*) yaitu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang yang telah paham terhadap objek atau materi dapat menyebutkan dan menjelaskan.
3. Aplikasi (*application*) yaitu kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.
4. Analisis (*analysis*) yaitu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi/objek kedalam komponen-komponen dalam satu struktur organisasi dan saling berkaitan. Kemampuan analisis dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.
5. Sintesis (*syntesis*) yaitu kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

6. Evaluasi (evaluation) yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu obyek atau materi. Penilaian tersebut didasarkan pada suatu kriteria yang sudah ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Terdapat tingkat pengetahuan seseorang yang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala kualitatif yaitu, baik (76%-100%), cukup (56%-75%) dan kurang (<56%) (Arikunto, 2006).

2.1.3 Keterampilan

Keterampilan adalah kapasitas untuk melaksanakan beberapa tugas yang merupakan pengembangan dari hasil training dan pengalaman yang didapat. Keterampilan juga dapat diartikan sebagai kecakapan atau keahlian untuk melakukan suatu pekerjaan hanya diperoleh dalam praktek (Dunnette, 2006). Selain itu, keterampilan merupakan kemampuan seseorang dalam menerapkan pengetahuan dalam bentuk tindakan. Keterampilan seseorang dapat dipengaruhi oleh latihan dan pendidikan (Justine, 2006)

Keterampilan dapat dikelompokkan tiga kategori, yaitu sebagai berikut (Wahyudi, 2002):

1. Keterampilan mental, seperti analisis, membuat keputusan, menghitung, menghafal.

2. Keterampilan fisik, seperti keterampilan yang berhubungan dengan pekerjaannya sendiri.
3. Keterampilan sosial, yaitu seperti dapat mempengaruhi orang lain, berpidato, menawarkan barang, dan lain-lain

Keterampilan tidak hanya berkaitan dengan keahlian seseorang untuk mengerjakan sesuatu yang bersifat nyata. Selain fisik, makna keterampilan juga mengacu pada persoalan mental, manual, motorik, perseptual dan bahkan kemampuan sosial seseorang (Irianto, 2001). Terdapat tingkat keterampilan seseorang yang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan menggunakan rumus yaitu

- a. Baik : $(x) > \text{mean} + 1\text{SD}$
- b. Cukup terampil : $\text{Mean} - 1\text{SD} \leq x \leq \text{mean} + 1\text{SD}$
- c. Kurang terampil : $(x) < \text{mean} - 1\text{SD}$

(Riwidikdo, 2009)

2.1.4 Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan yaitu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, cara menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan, kemana seharusnya mencari pengobatan jika sakit, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007). Pendidikan kesehatan

diartikan sebagai proses perubahan perilaku yang dinamis, proses perubahan tersebut bukan hanya transfer materi atau penyampaian materi dari seseorang ke orang lain, tetapi perubahan atas pendidikan kesehatan terjadi karena adanya kesadaran dari tiap individu atau dari sekelompok masyarakat itu sendiri (Mubarak dan Chayatin, 2009).

Pendidikan kesehatan terdiri dari beberapa metode yang dapat diterapkan yaitu (Jones dan Bartlett, 2009):

1. Metode pendidikan massa

Metode pendidikan massa dilakukan untuk memberikan pesan kesehatan yang ditujukan untuk masyarakat. Beberapa metode untuk pendekatan massa adalah:

- a. Ceramah umum.
- b. Pidato/diskusi tentang kesehatan dapat dilakukan melalui media elektronik, baik televisi maupun radio.
- c. Simulasi contohnya seperti dialog antara pasien dengan perawat. Simulasi adalah metode yang memberikan pembelajaran melalui sebuah kejadian tiruan dari materi yang disampaikan disertai dengan penjelasan lisan. Metode pembelajaran simulasi adalah metode praktek yang sifatnya mengembangkan keterampilan peserta didik baik kognitif maupun keterampilan. Metode ini memindahkan suatu situasi yang nyata ke dalam kegiatan atau ruang belajar karena adanya keterbatasan untuk melakukan praktek dalam situasi

yang sesungguhnya (Sudjana, 2010). Menurut Hasibuan dan Moedjiono (2012) kelebihan simulasi adalah:

- 1) Menyenangkan sehingga peserta terdorong untuk berpartisipasi
- 2) Meningkatkan pendidik mengembangkan aktivitas simulasi
- 3) Memungkinkan eksperimen berlangsung tanpa memerlukan lingkungan yang sebenarnya
- 4) Tidak memerlukan komunikasi yang pelik
- 5) Menvisualkan hal abstrak
- 6) Memungkinkan interaksi antar peserta
- 7) Menimbulkan respon positif dari siswa yang lamban, kurang cakap dan kurang motivasi
- 8) Melatih berpikir kritis karena siswa terlibat dalam analisis proses dan kemajuan simulasi

Simulasi memiliki beberapa kekurangan diantaranya adalah:

- 1) Belum ada riset yang melaporkan efektivitas simulasi dalam memajukan belajar
- 2) Validitas simulasi masih banyak diragukan orang
- 3) Menuntut imajinasi dari guru dan siswa

2. Metode pendidikan individual

Metode ini digunakan untuk membina perubahan perilaku baru, atau membina seseorang. Bentuk pendekatan ini, antara lain:

- a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*).

- b. Wawancara (*interview*).
3. Metode pendidikan kelompok

Ada beberapa macam metode kelompok tersebut, yaitu: Metode pendidikan kelompok besar dan kelompok kecil.

- a. Kelompok besar

Apabila peserta lebih dari 15 orang. Metode untuk kelompok besar adalah dengan ceramah, demonstrasi atau seminar.

- 1) Metode ceramah

Ceramah adalah suatu penyampaian informasi yang sifatnya searah yaitu dari penceramah kepada hadirin. Metode ceramah merupakan cara mengajar yang paling tradisional dan telah lama dijalankan dalam usaha menularkan pengetahuan secara lisan. Penceramah biasanya dipilih orang yang dianggap ahli. Notoatmodjo (2007) mengatakan bahwa metode ceramah baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Menurut Mantra (2003) pendidikan kesehatan dengan metode ceramah merupakan suatu proses belajar (*learning process*) untuk mengembangkan pengertian yang benar dan sikap yang positif terhadap kesehatan.

- 2) Seminar

Seminar merupakan metode yang cocok untuk pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (*presentasi*) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu

topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

3) Demonstrasi

Metode demonstrasi adalah pertunjukan tentang proses terjadinya suatu peristiwa atau benda sampai pada penampilan tingkah laku yang dicontohkan agar dapat diketahui dan dipahami oleh peserta didik secara nyata atau tiruannya (Djamarah, 2008).

Menurut Syaiful Sagala (2010) demonstrasi juga memiliki beberapa kelebihan dan kekurangan sebagai berikut:

a) Kelebihan Metode Demonstrasi

- 1) Perhatian siswa dapat dipusatkan kepada hal-hal yang dianggap penting sehingga dapat diamati secara teliti.
- 2) Dapat membimbing peserta untuk berpikir dalam satu saluran pikiran yang sama.
- 3) Ekonomis dalam jam pelajaran di sekolah dan ekonomis waktu yang panjang dapat diperlihatkan melalui demonstrasi dengan waktu pendek.
- 4) Dapat mengurangi kesalahan-kesalahan bila dibandingkan hanya dengan membaca dan mendengarkan, karena peserta mendapatkan gambaran yang jelas dari hasil pengamatan.

- 5) Tidak memerlukan keterangan yang banyak sebab sudah dipraktikkan langsung.
- 6) Beberapa persoalan yang menimbulkan pertanyaan atau keraguan dapat diperjelas pada proses demonstrasi.

b) Kelemahan Metode Demonstrasi

- 1) Derajat verbalisme kurang, peserta didik tidak dapat melihat atau mengamati keseluruhan benda atau peristiwa yang didemonstrasikan.
- 2) Untuk demonstrasi digunakan alat-alat khusus.
- 3) Dalam mengadakan pengamatan diperlukan pemusatan perhatian.
- 4) Tidak semua demonstrasi dapat dilakukan di kelas.
- 5) Memerlukan banyak waktu.

b. Kelompok kecil

Apabila peserta kurang dari 15 orang. Terdapat beberapa metode khusus kelompok kecil seperti: diskusi kelompok, curah pendapat, bermain peran (*role play*), bola salju (*snow balling*), dan permainan simulasi (*simulation game*).

Media merupakan suatu sarana untuk menyampaikan pesan atau informasi oleh penyuluh kesehatan baik berupa media cetak, elektronik dan media luar ruang sehingga sasaran mendapat pengetahuan yang diharapkan berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan.

menurut bentuknya media penyuluhan dibedakan atas (Notoatmodjo, 2012):

1. Media visual

Media visual berguna untuk menstimulasi indera penglihatan pada waktu terjadinya proses penerimaan pesan. Media visual dibagi dua bentuk yaitu alat bantu yang diproyeksikan (slide, film dan film strip) dan media yang tidak diproyeksikan seperti media cetak (majalah, *leaflet*, *booklet*) (Notoatmodjo, 2012).

2. Media audio

Media audio adalah media yang membantu untuk menstimulasi indera pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan/pengajaran, misalnya piringan hitam, radio, pita suara dan lain-lain.

3. Media audiovisual

Media audiovisual adalah alat yang digunakan oleh petugas dalam menyampaikan bahan, materi atau pesan kesehatan melalui alat bantu lihat-dengar, seperti televisi, *video cassette*, dan DVD.

Hasil pendidikan kesehatan mempengaruhi perilaku manusia yang diukur dalam tiga domain (taksonomi Bloom). Ketiga aspek tersebut adalah (Bloom, 2003):

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Ranah kognitif adalah ranah yang mencakup kegiatan mental (otak). Menurut Bloom, segala upaya yang menyangkut aktivitas otak adalah termasuk dalam ranah kognitif.

2. Sikap (*attitude*)

Merupakan perilaku yang menekankan aspek perasaan dan emosi, seperti minat, sikap, apresiasi dan cara penyesuaian diri. Arti kata sikap secara umum dapat diterjemahkan sebagai “tendensi mental” atau “kecenderungan mental” untuk diaktualkan dalam kecenderungan afektif, baik ke arah yang positif atau negatif. Jika dirumuskan dalam bentuk pertanyaan sikap, kecenderungan afektif biasa diekspresikan dalam bentuk suka-tidak suka, setuju-tidak setuju, mencintai-membenci, menyukai tidak menyukai dan sebagainya.

3. Praktek atau tindakan (*practice*)

Ranah psikomotor adalah ranah yang berhubungan dengan aktivitas fisik, misalnya lari, melompat, melukis, menari, memukul dan sebagainya. Hasil belajar ranah psikomotor merupakan hasil belajar psikomotor tampak dalam bentuk keterampilan (*skill*) dan kemampuan bertindak individu (Syah, 2008).

2.1.5. Agen MANTAP (Masyarakat Cepat Tanggap)

Agen MANTAP adalah suatu kader masyarakat cepat tanggap yang dibentuk di Desa Munca, Kecamatan Teluk Pandan, Pesawaran, Lampung. Pembentukan agen MANTAP di Desa Munca dilatarbelakangi oleh beberapa faktor. Faktor yang pertama adalah akses menuju desa yang sulit ditempuh. Satu-satunya akses menuju desa tersebut adalah melalui jalan aspal rusak, jalan berbatu dan jalan tanah yang secara keseluruhan berjumlah sembilan kilometer. Faktor kedua adalah letak Desa Munca yang jauh dari pusat layanan kesehatan. Desa Munca hanya memiliki dua posyandu dan satu puskesmas pembantu dengan 1 orang bidan yang berkompentensi khusus menangani ibu hamil dan balita. Faktor ketiga adalah terjadinya permasalahan kesehatan yang tidak ditangani secara benar, baik karena masyarakat tidak mengetahui pengobatannya atau minat yang rendah untuk berobat akibat kesulitan akses. Pembentukan agen MANTAP memiliki tujuan meningkatkan pemahaman dan kemampuan masyarakat untuk memberikan penanganan awal kasus kegawatdaruratan di Desa Munca. Agen MANTAP mengikuti beberapa pelatihan kegawatdaruratan yang mencakup penanganan awal luka, patah tulang, resusitasi jantung paru dan mimisan yang dilaksanakan oleh tim pengabdian FK Unila (Purnama, 2016).

2.2 Kerangka Teori

Pendidikan kesehatan diartikan sebagai proses perubahan perilaku yang dinamis, proses perubahan tersebut bukan hanya transfer materi atau penyampaian materi dari seseorang ke orang lain, tetapi perubahan atas pendidikan kesehatan terjadi karena adanya kesadaran dari tiap individu atau dari sekelompok masyarakat itu sendiri (Mubarak dan Chayatin, 2009). Hasil pendidikan kesehatan mempengaruhi perilaku manusia yang diukur dalam tiga domain (taksonomi Bloom). Ketiga aspek tersebut adalah (Bloom, 2003):

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Ranah kognitif adalah ranah yang mencakup kegiatan mental (otak). Menurut Bloom, segala upaya yang menyangkut aktifitas otak adalah termasuk dalam ranah kognitif.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan perilaku yang menekankan aspek perasaan dan emosi, seperti minat, sikap, apresiasi dan cara penyesuaian diri. Arti kata sikap secara umum dapat diterjemahkan sebagai “tendensi mental” atau “kecenderungan mental” untuk diaktualkan dalam kecenderungan afektif, baik ke arah yang positif atau negatif. Jika dirumuskan dalam bentuk pertanyaan sikap, kecenderungan afektif biasa diekspresikan dalam bentuk suka-tidak suka, setuju-tidak setuju, mencintai-membenci.

3. Praktek atau tindakan (*practice*)

Ranah psikomotor adalah ranah yang berhubungan dengan aktivitas fisik, misalnya lari, melompat, melukis, menari, memukul dan sebagainya.

Hasil belajar ranah psikomotor merupakan hasil belajar psikomotor tampak dalam bentuk keterampilan (skill) dan kemampuan bertindak individu (Syah, 2008).

Pendidikan kesehatan terdiri dari beberapa metode yang dapat diterapkan yaitu (Jones dan Bartlett, 2009):

1. Metode pendidikan massa

Metode pendidikan massa dilakukan untuk memberikan pesan kesehatan yang ditujukan untuk masyarakat. Beberapa metode untuk pendekatan massa adalah:

- a. Ceramah umum.
- b. Pidato/diskusi tentang kesehatan dapat dilakukan melalui media elektronik, baik televisi maupun radio.
- c. Simulasi contohnya seperti dialog antara pasien dengan perawat. Simulasi adalah metode yang memberikan pembelajaran melalui sebuah kejadian tiruan dari materi yang disampaikan disertai dengan penjelasan lisan (Sudjana, 2010).

2. Metode pendidikan individual

Metode ini digunakan untuk membina perubahan perilaku baru, atau membina seseorang. Bentuk pendekatan ini, antara lain:

- a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*).
- b. Wawancara (*interview*).

3. Metode pendidikan kelompok

Ada beberapa macam metode kelompok tersebut, yaitu: Metode pendidikan kelompok besar dan kelompok kecil.

a. Kelompok besar

Apabila peserta lebih dari 15 orang. Metode untuk kelompok besar adalah dengan ceramah, demonstrasi atau seminar.

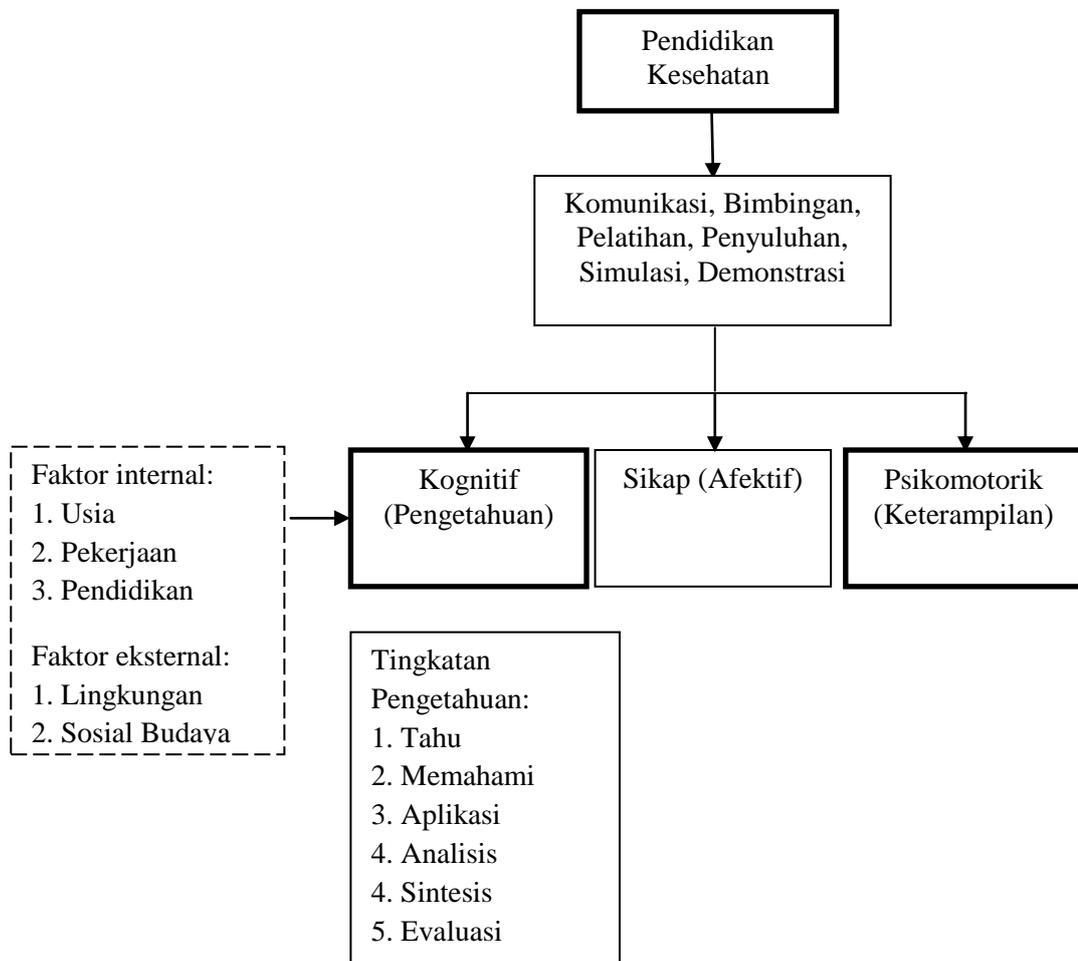
b. Kelompok kecil

Apabila peserta kurang dari 15 orang. Terdapat beberapa metode khusus kelompok kecil seperti: diskusi kelompok, curah pendapat, bermain peran (*role play*), bola salju (*snow balling*), dan permainan simulasi (*simulation game*).

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu penciuman, penglihatan, pendengaran, perasaan dan perabaan. Sebagian besar penginderaan diperoleh dari mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu internal (pendidikan, pekerjaan, usia) dan eksternal (lingkungan dan sosial budaya) (Notoatmodjo, 2008). Pendidikan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perorangan, masyarakat dan bangsa (Machfoedz dan Suryani, 2007). Pengetahuan juga memiliki tingkatan menurut teori Bloom (Notoatmodjo, 2010) yaitu: Tahu (*know*),

Memahami (*comprehension*), Aplikasi (*application*), Analisis (*analysis*), Sintesis (*syntesis*), Evaluasi (*evaluation*).

Keterampilan adalah kapasitas untuk melaksanakan beberapa tugas yang merupakan pengembangan dari hasil training dan pengalaman yang didapat. Keterampilan juga dapat diartikan sebagai kecakapan atau keahlian untuk melakukan suatu pekerjaan hanya diperoleh dalam praktek (Dunnette, 2006). Selain itu, keterampilan merupakan kemampuan seseorang dalam menerapkan pengetahuan dalam bentuk tindakan. Keterampilan seseorang dapat dipengaruhi oleh latihan dan pendidikan (Justine, 2006).



Gambar 5. Kerangka Teori (Jones dan Bartlett, 2009; Bloom, 2003 Notoatmodjo, 2008; Purnama, 2016; Syah, 2008)

Keterangan:



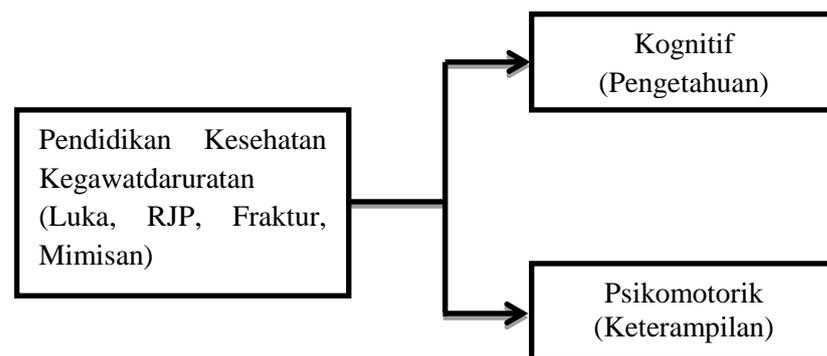
: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

2.3 Kerangka Konsep

Setelah dilakukan tinjauan pustaka, maka didapatkan kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 6. Kerangka Konsep

2.4 Hipotesis

Ho: Tidak terdapat perbedaan pengetahuan dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan sebelum dan sesudah pelatihan pada agen MANTAP.

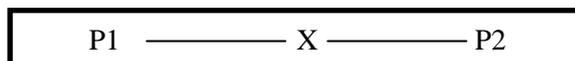
H1: Terdapat perbedaan pengetahuan dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan sebelum dan sesudah pelatihan pada agen MANTAP

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah *quassy experimental* dengan rancangan *one group pretest-posttest design*. Dalam desain penelitian ini, sampel akan diberi *pretest* terlebih dahulu, setelah itu diberi perlakuan dalam hal ini yaitu pendidikan kesehatan, dan setelah perlakuan akan diberi *posttest* (Notoadmojo, 2005). Desain penelitian ini sangat sesuai digunakan untuk evaluasi program pendidikan kesehatan atau pelatihan lainnya (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan dan perilaku pencegahan diukur sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan. Dengan rancangan sebagai berikut:



Gambar 7. Pola Rancangan *One Group Pretest* dan *Posttest Design* (Arikunto, 2010).

Keterangan :

P1 : pengetahuan dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan sebelum pelatihan

X : Perlakuan (pendidikan kesehatan)

P2 : pengetahuan dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan sesudah pelatihan.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April - Mei tahun 2016 di Balai Desa Munca, Kecamatan Teluk Pandan, Kabupaten Pesawaran.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini merupakan 19 orang agen MANTAP yang merupakan kader masyarakat di Desa Munca yang dibentuk untuk melakukan penanganan awal kasus kegawatdaruratan medis di Desa Munca.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Jumlah sampel minimal untuk penelitian ini menurut rumus Slovin (Dahlan, 2010) adalah:

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

$$n = \frac{19}{1 + 19 (0,05)^2}$$

$$n = \frac{19}{1 + 19 (0,05)^2}$$

$$n = 18,14$$

Keterangan:

n : Jumlah Sampel

N : Jumlah Populasi

d : Taraf kesalahan (0,05)

Jumlah sampel minimal untuk penelitian ini adalah 18,14 atau dibulatkan menjadi 18, namun pada penelitian ini teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling* yaitu pengambilan sampel yang mencakup semua anggota populasi. Alasan menggunakan *total sampling* dikarenakan menurut Sugiyono (2011) jumlah populasi kurang dari 100 dijadikan sampel semuanya.

3.4 Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2011).

Variabel dalam penelitian ini yaitu:

1. Variabel independen: disebut sebagai variabel bebas. Dalam penelitian ini yang merupakan variabel bebas adalah pendidikan dan pelatihan mengenai penanganan awal kasus kegawatdaruratan medis.
2. Variabel dependen: disebut sebagai variabel terikat. Dalam penelitian ini yang merupakan variabel dependen adalah tingkat pengetahuan dan keterampilan penanganan awal kasus kegawatdaruratan medis.

3.5 Definisi Operasional

Tabel 2. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Pendidikan Kesehatan	Tindakan pendidikan mengenai penanganan awal kasus kegawatdaruratan medis di Desa Munca yang terbagi menjadi tiga kali pertemuan dengan empat materi penanganan awal kasus kegawatdaruratan.			
2.	Pengetahuan	Penilaian pengetahuan agen MANTAP mengenai kasus kegawatdaruratan medis dan penanganan awalnya.	Kuisisioner yang terdiri dari kuisisioner pendidikan 1 (A), yang terdiri dari 7 pertanyaan kuisisioner pendidikan 2 (B), yang terdiri dari 6 pertanyaan kuisisioner pendidikan 3 (C) yang terdiri dari 7 pertanyaan Benar 1 Salah 0	0-100%	Rasio
3.	Tingkat keterampilan	Kecakapan atau keahlian untuk melakukan suatu penanganan awal kasus kegawatdaruratan medis.	Kuesioner sesuai standar prosedur tiap keterampilan Melakukan: 1 Tidak melakukan: 0	a. Terampil: $(x) > \text{mean} + 1 \text{SD}$ b. Cukup terampil: $\text{Mean} - 1 \text{SD} \leq x \leq \text{mean} + 1 \text{SD}$ c. Kurang terampil: $(x) < \text{mean} - 1 \text{SD}$	Ordinal

3.6. Pengumpulan Data

3.6.1 Langkah Kerja

Pengumpulan data dilakukan secara langsung dengan memberikan kuesioner kepada agen MANTAP di Desa Munca, Kec. Teluk Pandan, Kab. Pesawaran dengan prosedur sebagai berikut:

- 1) Langkah awal yang dilakukan peneliti yaitu dengan mengajukan surat permohonan izin penelitian kepada institusi pendidikan sebagai landasan permohonan mengadakan penelitian di Desa Munca, Kabupaten Pesawaran.
- 2) Surat tersebut akan diajukan ke Kepala Kesatuan Bangsa dan Politik (Kesbangpol) dan Dinas Kesehatan Kabupaten Pesawaran agar dapat disetujui untuk dilakukan penelitian di Desa Munca, Kabupaten Pesawaran.
- 3) Setelah peneliti memperoleh ijin dari Kepala Desa Munca untuk melakukan penelitian, maka peneliti melakukan pendekatan kepada agen MANTAP untuk melakukan kerjasama untuk menentukan lokasi dan tanggal dilakukannya pelatihan.
- 4) Setelah menentukan tanggal dan lokasi, maka dilakukanlah pelatihan. Pada hari setiap pelaksanaan pelatihan, agen MANTAP akan diberi lembar *pretest* dan setelah dilakukan pelatihan akan diberikan lembar *posttest*. Pelatihan dilakukan tiga kali sesuai dengan rangkaian kegiatan program MANTAP.

- 5) Pada akhir pelatihan juga dilakukan ujian keterampilan agen dengan ceklist peneliti.

3.6.2 Metode Pengumpulan Data

- 1) Instrumen Penelitian

Menggunakan daftar kuisisioner tentang tingkat pengetahuan diisi oleh responden sebelum dan setelah mengikuti pelatihan. Kuisisioner itu sendiri menurut Arikunto (2006) adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya.

Pada penelitian ini akan menggunakan alat dan media sebagai berikut:

- a) Penyuluhan dilakukan menggunakan *slide power point*.
 - b) Penyuluhan dilengkapi dengan alat bantu *leaflet* dan *booklet*.
 - c) Alat peraga yang digunakan yaitu bidai, mitela, pinset, dan alat penatalaksanaan awal kegawatdaruratan lainnya.
- 2) Uji validitas dan reliabilitas

- a) Uji Validitas

Uji validitas yang digunakan untuk mengukur relevan atau tidaknya suatu pengukuran dan pengamatan yang dilakukan pada penelitian (Notoadmodjo, 2002). Kevalidan kuisisioner dilakukan pada 20 responden. Uji validitas dapat dilihat

dengan menggunakan koefisien korelasi *product moment*. Jika nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$, pertanyaan dinyatakan valid (Ghazali, 2011). Pada penelitian ini berdasarkan tabel *product moment* nilai $r_{tabel} = 0,468$. Uji validitas dilakukan pada kuisisioner pelatihan satu seluruh soal yakni 7 soal dinyatakan valid, kuisisioner pelatihan dua 6 dari 9 soal dinyatakan valid, sedangkan kuisisioner seluruh soal dinyatakan valid yakni 7 soal. Untuk mengetahui nilai r_{hitung} pada setiap soalnya dapat dilihat pada bagian lampiran.

b) Uji reliabilitas

Merupakan kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan. Tinggi rendahnya reliabilitas ditunjukkan dengan angka yang disebut koefisien reliabilitas. Tinggi-rendahnya reliabilitas kuisisioner dinilai oleh angka *cronbach alpha*. Kategori koefisien reliabilitas (Guilford, 1956) adalah sebagai berikut:

Tabel 3. Nilai *Cronbach Alpha*

Nilai <i>cronbach alpha</i>	Kualifikasi nilai
0,80 – 1,00	Reliabilitas sangat tinggi
0,60 – 0,79	Reliabilitas tinggi
0,40 – 0,59	Reliabilitas sedang
0,20 – 0,39	Reliabilitas rendah
-1,00 – 0,19	Tidak reliabel

Adapun hasil perhitungan reliabilitas secara otomatis dapat dilihat pada tabel 4. dapat diketahui bahwa pada kuisioner pendidikan satu dikatakan sangat tinggi, sedangkan pada pendidikan dua dan tiga hasil uji reliabilitas dikatakan tinggi.

Tabel 4. Hasil perhitungan uji reliabilitas

Variabel	<i>Cronbach's Alpha</i>	N of Items
A	0,823	7
B	0,784	9
C	0,797	7

3.7 Pengolahan Data dan Analisis Data

3.7.1 Pengolahan Data

Data yang telah diperoleh dari proses pengumpulan data diubah ke dalam bentuk tabel-tabel, kemudian data diolah menggunakan software komputer, proses pengolahan data menggunakan program komputer terdiri dari:

1) *Editing*

Pada tahap ini, penulis mengkaji dan meneliti kembali data yang diperoleh kemudian memastikan apakah terdapat kekeliruan atau tidak dalam pengisian. Proses *editing* ini meliputi langkah-langkah yaitu mengecek nama dan identitas responden. Kemudian mengecek kelengkapan data, apabila ternyata ada kekurangan isinya dengan cara memeriksa isi kuisioner, menentukan ada atau tidaknya kuisioner yang sobek atau rusak.

2) *Coding*

Coding merupakan pemberian kode yang berupa angka-angka terhadap data yang masuk berdasarkan variabelnya masing-masing.

Coding juga untuk menerjemahkan data yang dikumpulkan selama penelitian ke dalam simbol yang cocok untuk keperluan analisis

3) *Tabulating*

Tabulating adalah mengelompokkan data ke dalam suatu tabel tertentu menurut sifat-sifat yang dimilikinya. Maksud pembuatan tabel-tabel ini adalah menyederhanakan data agar mudah melakukan analisis sehingga dapat ditarik kesimpulan (Azwar, 2007).

4) *Entry Data*

Proses memasukkan data kedalam program komputer untuk dapat di analisis.

3.7.2 Analisis Data

Analisis statistika untuk mengolah data yang diperoleh akan menggunakan program komputer dimana akan dilakukan 2 macam analisis data, yaitu analisis univariat dan analisis bivariat.

1) Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik dari variabel independen dan dependen. Keseluruhan data yang ada dalam kuesioner diolah dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

2) Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dengan menggunakan uji statististik. Uji normalitas dilakukan untuk mengetahui sebaran distribusi suatu data apakah normal atau tidak. Uji normalitas data berupa uji *Shapiro Wilk*, karena besar sampel dalam penelitian < 50 . Distribusi normal baku adalah data yang telah ditransformasikan ke dalam bentuk z dan diasumsikan normal. Jika nilainya di atas 0,05 maka distribusi data dinyatakan memenuhi asumsi normalitas, dan jika nilainya di bawah 0,05 maka diinterpretasikan sebagai tidak normal (Dahlan, 2011)

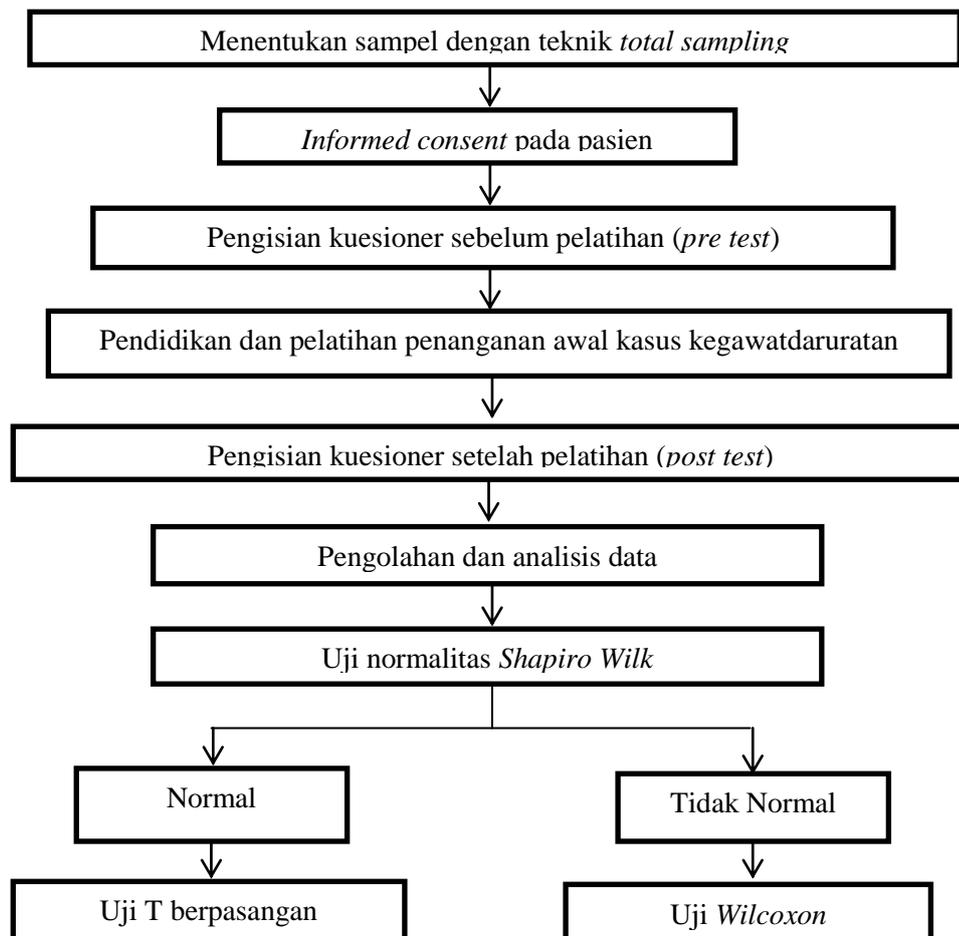
Uji statistik yang digunakan adalah uji t -berpasangan, merupakan uji parametrik (distribusi data normal) yang digunakan untuk mencari hubungan dua variabel atau lebih bila datanya berbentuk skala numerik, namun bila distribusi data tidak normal dapat digunakan uji *Wilcoxon* (Dahlan, 2010). Adapun syarat untuk Uji T -berpasangan adalah :

- a. Data harus berdistribusi normal
- b. Varians data boleh sama, boleh juga tidak sama

Untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan 95 % artinya $p \text{ value} < 0,05$ maka hasilnya bermakna yang berarti H_0 ditolak atau ada perbedaan pengetahuan

dan keterampilan dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan sebelum dan sesudah pelatihan pada agen MANTAP Tetapi bila p value $> 0,05$ maka hasilnya tidak bermakna yang berarti H_a diterima atau tidak terdapat perbedaan pengetahuan dan keterampilan dalam penanganan awal kegawatdaruratan sebelum dan sesudah pelatihan pada agen MANTAP (Dahlan, 2010).

3.8 Alur Penelitian



Gambar 8. Alur Penelitian

3.9 Etika Penelitian

Penelitian ini sudah mendapatkan persetujuan dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan Nomor Surat 497/UN26.8/DL/2017 , izin dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pesawaran, Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Pesawaran, Puskesmas Hanura, Kepala Desa Munca serta *informed consent* dari subjek penelitian.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Desa Munca terletak di Kecamatan Teluk Pandan, Kabupaten Pesawaran, Provinsi Lampung. Berdasarkan hasil data Profil Desa dan Kelurahan Pemberdayaan Masyarakat Desa kabupaten Pesawaran (2015), jumlah penduduk Desa Munca adalah 312 kepala keluarga atau sekitar 1.265 jiwa dan didominasi oleh pemuda usia produktif dan lansia dengan jumlah laki-laki berjumlah 628 jiwa dan perempuan berjumlah 637. Penduduk Desa Munca mayoritas beragama Islam, bersuku sunda dan memiliki tingkat pendidikan yang rendah. Mata pencaharian pokok penduduk di desa tersebut adalah petani yang menggarap tanah milik orang lain, penebang pohon, pemotong kayu, nelayan, buruh tani, buruh migran, pembantu rumah tangga, karyawan perusahaan swasta, guru serta para pejabat kelurahan, dengan penghasilan rata-rata tiga sampai lima juta rupiah pertahun.

Desa Munca terletak di sisi gunung terpencil dengan akses perjalanan yang sulit dan jauh dari jalan raya. Untuk menuju desa munca harus melewati tiga

kilometer jalan aspal dengan keadaan yang rusak, kemudian dilanjutkan dengan melewati tiga kilometer jalan makadam yang rusak, dan selanjutnya akan melewati tiga kilometer jalan tanah yang rusak hingga sampai ke Desa Munca dengan seluruh posisi perjalanan yang menanjak. Penduduk Desa Munca memiliki antusiasme yang besar terhadap ilmu pengetahuan serta memiliki tingkat kerjasama yang sangat baik. Hal ini dapat terlihat dari apresiasi masyarakat setempat terhadap kedatangan para mahasiswa dalam melaksanakan program mereka. Akan tetapi, Desa Munca kurang mendapatkan penyuluhan mengenai kesehatan, sehingga tingkat kesadaran atas kesehatan di Desa Munca cukup rendah. DesaMunca memiliki dua Posyandu dan satu Puskesmas Pembantu dengan satu orang bidan. Meskipun terdapat Puskesmas Pembantu, tetapi tidak ada dokter sebagai tenaga kesehatan yang berkompeten dalam menangani kasus kesehatan di Desa Munca.

Masyarakat Desa Munca harus pergi ke pusat kesehatan di Kecamatan Hanura dengan jarak sekitar tiga belas kilometer dari Desa Munca, apabila mengalami gangguan kesehatan. Kebanyakan dari penduduk di desa tersebut malas untuk pergi berobat, karena akses perjalanan yang cukup jauh dan sulit untuk ditempuh, sehingga masyarakat Desa Munca memilih untuk menahan rasa sakit yang dideritanya. Permasalahan ini sangat merugikan apabila terjadi kasus kegawatdaruratan seperti patah tulang dan luka-luka akibat kecelakaan kerja yang sering terjadi dan membutuhkan penanganan cepat dan tepat. Sehingga, dibentuklah agen MANTAP yang mampu dalam

penangan awal kasus kegawatdaruratan. Agen MANTAP diberi pendidikan kesehatan oleh tim pengabdian Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

4.2 Hasil

4.2.1 Data Karakteristik Responden

Penelitian dilakukan bersamaan dengan program pengabdian dari Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Penelitian ini dilakukan pada April-Mei 2016 di Balai Desa Munca, Kecamatan Teluk Pandan dengan jumlah responden sebanyak 19 orang yang merupakan jumlah keseluruhan agen MANTAP. Data penelitian ini didapatkan dari hasil penelitian langsung melalui pengisian kuesioner sebelum dan sesudah pelatihan. Dari hasil observasi didapatkan data meliputi karakteristik responden melalui usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Data karakteristik responden sebagai berikut:

1. Usia Responden

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Karakteristik Usia Responden Agen MANTAP (N=19)

Usia (tahun)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
17-25	6	31,6
26-35	8	42,1
36-45	5	26,3
Total	19	100

Pada tabel 5 diketahui bahwa responden terbanyak berusia 26-35 tahun dengan jumlah responden 8 orang (42,1%), berusia 17-25 dengan jumlah responden 6 orang (31,6%) dan berusia 36-45 berjumlah 5 orang (26,3%).

2. Jenis Kelamin

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Karakteristik Jenis Kelamin Responden Agen MANTAP (N=19)

Jenis Kelamin	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Laki-laki	4	21,1
Perempuan	15	78,9
Total	19	100

Pada tabel 6 diketahui bahwa populasi perempuan lebih dominan dibandingkan laki-laki. Terlihat pada tabel 6, sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 15 orang (78,9%) dan laki-laki 4 orang (21,1%).

3. Pendidikan

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Karakteristik Pendidikan Responden Agen MANTAP (N=19)

Pendidikan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
SMP	12	63,2
SMA	6	31,6
S1	1	5,3
Total	19	100

Pada tabel 7 diketahui bahwa tingkat pendidikan responden terbagi menjadi SMP, SMA dan S1. Responden terbanyak

berpendidikan terakhir tamat SMP 12 orang (63,2%), tamat SMA 6 orang (31,6%), tamat S1 1 orang (5,3%).

4. Pekerjaan

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Karakteristik Pekerjaan Responden Agen MANTAP (N=19)

Pekerjaan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Bekerja	7	36,8
Tidak Bekerja	12	63,2
Total	19	100

Pekerjaan responden dikategorikan menjadi bekerja dan tidak bekerja. Pada tabel 8 didapat hasil karakteristik pekerjaan responden tidak bekerja sebanyak 12 orang (63,2%) dan bekerja sebanyak (36,8%).

4.2.2 Analisis Univariat

4.2.2.1 Nilai Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan

Uji normalitas yang digunakan dalam analisis data adalah uji *Shapiro Wilk* karena sampel penelitian berjumlah 19 (kurang dari 50). Hasil uji normalitas meliputi pengetahuan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan. Data dikatakan terdistribusi normal apabila $p > 0,05$ (Dahlan, 2011).

Tabel 9. Hasil Uji Normalitas Data Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan

Variabel	Pendidikan	p value
<i>Pre-test</i> Pengetahuan	1	0,008
	2	0,007
	3	0,014
<i>Post-test</i> Pengetahuan	1	0,026
	2	0,003
	3	0,001

Berdasarkan tabel 9. Diketahui bahwa nilai *pre-test* dan *post-test* pengetahuan ($p < 0,05$), sehingga data tidak terdistribusi normal. Apabila data tidak terdistribusi normal maka dilakukan uji transformasi data (Dahlan, 2011). Pada hasil uji transformasi data kedalam Logaritma 10, didapatkan hasil data yang tidak normal ($p < 0,05$). Hasil data yang tidak normal tersebut dapat disebabkan karena data tidak homogen dan memiliki nilai yang ekstrem (Ghazali, 2011). Hasil perhitungan variabel pada tabel 10 dinyatakan dalam nilai median, nilai minimum dan nilai maksimum karena data terdistribusi tidak normal.

Tabel 10. Nilai *pre-test* dan *post-test* pengetahuan.

Variabel	Pendidikan	Median	Min	Max
<i>Pre-test</i> Pengetahuan	1	28,57	14,29	57,14
	2	33,33	16,67	66,67
	3	28,57	14,28	57,14
<i>Post-test</i> Pengetahuan	1	86,00	57,00	100
	2	83,33	16,67	100
	3	85,71	28,57	100

Terdapat tingkat pengetahuan seseorang yang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala kualitatif yaitu, baik (76%-100%), cukup (56%-75%) dan kurang (<56%) (Arikunto, 2006). Tingkat pengetahuan agen MANTAP sebelum pendidikan dapat dilihat pada tabel 11 dan setelah pendidikan dapat dilihat pada tabel 12.

Tabel 11. Tingkat Pengetahuan Sebelum Pendidikan Pada Agen MANTAP

Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
Pendidikan 1		
Baik	-	-
Cukup	4	21,1
Kurang	15	78,9
Pendidikan 2		
Baik	-	-
Cukup	2	10,5
Kurang	17	89,5
Pendidikan 3		
Baik	-	-
Cukup	4	21,1
Kurang	15	78,9

Berdasarkan tabel 11 dapat diketahui bahwa pada pelatihan 1 terdapat 15 orang (78,9%) berpengetahuan kurang dan 4 orang (21,1%) berpengetahuan cukup. Pada pelatihan 2 terdapat 17 orang (89,5%) berpengetahuan kurang dan 2 orang (10,5%) berpengetahuan kurang. Pada pelatihan 3 terdapat 15 orang (78,9%) berpengetahuan kurang dan 4 orang (21,1%) berpengetahuan cukup.

Tabel 12. Tingkat Pengetahuan Setelah Pendidikan Pada Agen MANTAP

Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
Pendidikan 1		
Baik	11	57,9
Cukup	8	42,1
Kurang	-	-
Pendidikan 2		
Baik	12	63,2
Cukup	2	10,5
Kurang	5	26,3
Pendidikan 3		
Baik	15	78,9
Cukup	2	10,5
Kurang	2	10,5

Berdasarkan tabel 12 dapat diketahui bahwa pada pelatihan 1 terdapat 11 orang (57,9%) berpengetahuan baik dan 8 orang (40%) berpengetahuan cukup. Pada pelatihan 2 terdapat 12 orang (63,2%) berpengetahuan baik, 2 orang (10,5%) berpengetahuan cukup dan 5 orang (26,3%) berpengetahuan kurang. Pada pelatihan 3 terdapat 15 orang (78,9%) berpengetahuan baik, 2 orang (10,5%) berpengetahuan cukup dan 2 orang (10,5%) berpengetahuan kurang.

4.2.2.2 Nilai Keterampilan Sesudah Pendidikan Kesehatan

Uji normalitas yang digunakan dalam analisis data adalah uji *Shapiro Wilk* karena sampel penelitian berjumlah 19 (kurang dari 50). Hasil uji normalitas meliputi keterampilan sesudah pendidikan kesehatan. Data dikatakan terdistribusi normal apabila $p > 0,05$ (Dahlan, 2011).

Berdasarkan analisis keterampilan setelah pendidikan kesehatan didapatkan bahwa nilai $p=0,96$ ($p>0,05$) yang dapat diartikan bahwa data terdistribusi normal. Sehingga hasil perhitungan variabel keterampilan dinyatakan dalam mean dan standar deviasi, nilai mean adalah 87,76 dan nilai standar deviasi adalah 6,81. Hasil analisis tersebut kemudian dimasukkan kedalam rumus untuk menginterpretasikan tingkat keterampilan pada setiap agen MANTAP. Rumus yang digunakan adalah:

1. Terampil : $(x) > \text{mean} + 1\text{SD}$
2. Cukup terampil : $\text{Mean} - 1\text{SD} \leq x \leq \text{mean} + 1\text{SD}$
3. Kurang terampil : $(x) < \text{mean} - 1\text{SD}$

(Riwidikdo, 2009)

Dengan demikian, kategori keterampilan dapat dalam penelitian ini didefinisikan sebagai berikut:

1. Terampil : $>94,57$
2. Cukup terampil : $80,95-94,57$
3. Kurang terampil : $<80,95$

Hasil interpretasi tingkat keterampilan agen MANTAP dapat dilihat pada tabel 13.

Tabel 13. Tingkat Keterampilan Setelah Pendidikan Pada Agen MANTAP

Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
Terampil	5	26,3
Cukup Terampil	11	57,9
Kurang Terampil	3	15,0

Berdasarkan tabel 13 dapat diketahui bahwa terdapat 5 orang (26,3%) yang terampil, 11 orang (57,9%) cukup terampil dan 3 orang (15%) kurang terampil dalam penatalaksanaan awal kasus kegawatdaruratan medis.

4.2.3 Analisis Bivariat

4.2.3.1 Perbedaan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Pendidikan

Kesehatan Tentang Penatalaksanaan Awal Kasus Kegawatdaruratan Medis pada Agen MANTAP

Pengukuran pengetahuan agen MANTAP sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan dilakukan untuk melihat peningkatan pengetahuan yang telah diberikan kepada agen MANTAP. Analisis yang digunakan apabila pada penelitian ini data terdistribusi normal adalah dengan menggunakan *t-test* berpasangan. Akan tetapi, saat dilakukan uji normalitas menggunakan *Shapiro wilk* data tidak terdistribusi normal, begitu juga setelah dilakukan transformasi data. Sehingga uji analisis yang digunakan adalah uji non-parametrik *Wilcoxon* (Dahlan, 2010). Hasil yang didapat setelah dilakukan uji

analisis data dengan menggunakan *Wilcoxon* dapat dilihat pada tabel 14.

Tabel 14. Hasil Uji Analisis *Wilcoxon*

Pendidikan	Median <i>Pre-test</i>	Median <i>Post-test</i>	<i>p value</i>
1	28,57	86,00	0,001*
2	33,33	83,33	0,001*
3	28,57	85,71	0,001*

Berdasarkan tabel 14, dapat dilihat bahwa terdapat perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan 1, diperoleh *p value* = 0,001 yang menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna. Pada pendidikan kesehatan 2 diperoleh *p value* = 0,001 yang menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan. Pada pendidikan kesehatan 2 diperoleh *p value* = 0,001 yang menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan.

4.3 Pembahasan

4.3.1 Data Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5 didapat bahwa responden terbanyak berusia 26-35 tahun dengan jumlah responden 8 orang (42,1%), berusia 17-25 dengan jumlah responden 6 orang (31,6%) dan berusia 36-45 berjumlah 5 orang (26,3%). Hal ini sesuai dengan syarat

usia produktif menurut Kementerian Kesehatan (2011) yaitu berusia 18-64 tahun. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Sunar (2012), bahwa usia sangat mempengaruhi produktivitas sehingga dapat mencapai tujuan suatu organisasi. Selain itu, usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia seseorang, maka akan semakin berkembang daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik (Notoatmodjo, 2003)

Pada tabel 6 diketahui bahwa populasi perempuan lebih dominan dibandingkan laki-laki. Terlihat pada tabel 6, sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 15 orang (78,9%) dan laki-laki 4 orang (21,1%). Berdasarkan analisis peneliti bahwa populasi perempuan lebih dominan dibandingkan laki-laki untuk mengikuti program pertemuan yang diadakan di daerah tersebut. Selain itu, mayoritas laki-laki di daerah tersebut bekerja dan sulit untuk menghadiri pertemuan kelompok.

Dari hasil penelitian, didapatkan tingkat pendidikan responden terbanyak yaitu tamat SMP 12 orang (63,2%), tamat SMA 6 orang (31,6%), tamat S1 1 orang (5,3%). Hasil nilai sebelum pendidikan kesehatan pada setiap pertemuan dikategorikan menjadi baik, cukup dan kurang. Kategori cukup didominasi oleh pendidikan tamat S1 dan tamat SMA sementara kategori kurang didominasi responden

berpendidikan tamat SMP. Belum terdapat nilai berkategori baik sebelum pendidikan kesehatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin besar pengetahuan dan semakin mudah mengembangkan pengetahuan dan teknologi yang berdampak pada peningkatan kesejahteraan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Pekerjaan responden dikategorikan menjadi bekerja dan tidak bekerja. Responden tidak bekerja sebanyak 12 orang (63,2%) dan bekerja sebanyak (36,8%). Responden penelitian didominasi responden tidak bekerja dibandingkan responden bekerja.

4.3.2 Analisis Univariat

4.3.2.1 Gambaran Pengetahuan Responden sebelum Dilakukan Pendidikan Kesehatan

Hasil analisis sebelum dilakukan pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan penanganan awal kegawatdaruratan didapatkan data pada pendidikan 1 yaitu 4 orang (21,1%) dalam kategori cukup dan 15 orang (78,9%) dalam kategori kurang. Pada pendidikan 2 diperoleh data yaitu 2 orang (10,5%) dalam kategori cukup, 17 orang (89,5%) dalam kategori kurang dan. Pada pendidikan 3 diperoleh data yaitu 4 orang (21,1%) dalam kategori cukup, 15 orang (78,9%) dalam kategori kurang. Hal ini dikarenakan kurangnya atau

belum didapatkan informasi mengenai penanganan awal kasus kegawatdaruratan. Sebuah informasi bisa didapatkan melalui media cetak, elektronik dan sosialisasi petugas kesehatan (Notoadmodjo, 2003).

4.3.2.2 Gambaran Pengetahuan Responden setelah Dilakukan Pendidikan Kesehatan

Hasil analisis setelah dilakukan pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan penanganan awal kegawatdaruratan didapatkan data pada pendidikan 1 yaitu 11 orang (57,9%) dalam kategori baik dan 8 orang (42,1%) dalam kategori cukup. Pada pendidikan 2 diperoleh data yaitu 12 orang (63,2%) dalam kategori baik, 2 orang (10,5%) dalam kategori cukup dan 5 orang (26,3%) dalam kategori kurang. Pada pendidikan 3 diperoleh data yaitu 15 orang (78,9%) dalam kategori baik, 2 orang (10,5%) dalam kategori cukup dan 2 orang (10,5%) dalam kategori kurang. Hal ini menunjukkan terdapat peningkatan yang signifikan terhadap pengetahuan masyarakat. Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu penciuman, penglihatan, pendengaran, perasaan dan perabaan. Sebagian besar penginderaan

diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan umumnya datang dari pengalaman dan informasi yang disampaikan guru, orang tua, teman, dan media massa (Notoatmodjo, 2003).

4.3.2.3 Gambaran Keterampilan Responden setelah Dilakukan Pendidikan Kesehatan

Hasil analisis setelah dilakukan pendidikan kesehatan terhadap keterampilan penanganan awal kegawatdaruratan didapatkan data yaitu 5 orang (26,3%) dikatakan terampil, 11 orang (57,9%) dikatakan cukup terampil dan 3 orang (15%) dikatakan kurang terampil berdasarkan kategori yang diperoleh dari rumus Riwidikdo (2009). Pada penelitian ini didapat kategori terampil bernilai $>94,57$; cukup terampil bernilai $80,95-94,57$; kurang terampil bernilai $<80,95$. Data ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan secara signifikan meningkatkan pengetahuan yang akhirnya berdampak pada keterampilan agen. Hal ini dikarenakan pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan sikap, dan keterampilan individu atau masyarakat di bidang kesehatan (Maulana, 2009).

4.3.3 Analisis Bivariat

4.3.3.1 Perbedaan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa terdapat peningkatan pengetahuan tentang penatalaksanaan awal kegawatdaruratan pada agen MANTAP sesudah diberikan intervensi dalam bentuk pendidikan kesehatan selama 2 bulan. Hasil analisis nilai median pengetahuan tentang penatalaksanaan awal kegawatdaruratan menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna ($P \text{ value} < 0,05$) antara sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan. Nilai median pengetahuan masyarakat sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan pertama mengenai luka berturut-turut adalah 28,57 menjadi 86,00. Nilai median pengetahuan masyarakat sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan kedua mengenai rjp dan fraktur berturut-turut adalah 33,33 menjadi 83,33. Nilai median pengetahuan masyarakat sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan ketiga mengenai mimisan berturut-turut adalah 28,57 menjadi 85,71. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Riyantini (2010) di Jakarta pada 15 responden didapatkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan yang bermakna antara sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan dengan median dari 9,87 menjadi

18,33. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Asih (2012) di Desa Sawahjoho Jawa Tengah pada 16 responden ($p=0,001$) dan Kapti (2013) di Malang pada 30 responden selama 2 bulan yang menunjukkan terdapat perbedaan pengetahuan antara sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan ($p= 0,001$).

Namun, penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Septiana (2014) tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi, bahwa tidak ada pengaruh terhadap rata-rata pengetahuan seseorang antara sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan ($p=0,683$). Terdapatnya perbedaan hasil penelitian dapat disebabkan karena penyaji materi adalah orang yang belum dikenal sasaran dengan baik. Menurut Notoatmodjo (2003) faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang terdiri dari faktor internal yaitu usia, pendidikan, pekerjaan dan faktor eksternal yaitu lingkungan dan sosial budaya.

Pada penelitian Septiana (2014) responden berasal dari golongan remaja yang merupakan siswa kelas VIII SMP. Sementara pada penelitian ini responden berusia 17 sampai 45 tahun yang termasuk golongan remaja akhir dan dewasa

dengan tingkat pendidikan terakhir lulus SMP. Semakin bertambah usia seseorang, maka daya tangkap dan pola pikirnya akan semakin baik (Notoatmodjo, 2003). Faktor lain yang mendukung adalah pendidikan agen MANTAP yang minimal lulus SMP akan mempermudah proses retensi informasi. Pekerjaan didominasi oleh responden yang tidak bekerja pada kedua penelitian ini. Faktor eksternal yang mempengaruhi yaitu lingkungan dan sosial budaya. Agen MANTAP memiliki keinginan untuk berkembang dan sikap yang terbuka terhadap informasi. Hal tersebut termasuk faktor sosial budaya yang mempengaruhi pengetahuan.

Proses pendidikan kesehatan menggunakan metode dan media sebagai alat bantu penyampaian pesan dan informasi kesehatan fungsinya adalah menanamkan pengetahuan, pendapat, konsep dan kebiasaan yang baru. (Notoatmodjo, 2012). Metode ceramah, simulasi dan demonstrasi dalam pendidikan kesehatan pada agen MANTAP mendukung penggambaran proses terjadinya peristiwa agar dapat lebih dipahami secara nyata, hal ini sesuai penelitian Sagala (2010). Metode ceramah memiliki kelebihan yaitu dapat diterapkan pada sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah hal ini sesuai dengan masyarakat desa Munca yang memiliki variasi dalam tingkat pendidikan. Selain itu, dalam

pembelajaran dilakukan demonstrasi mengenai cara pertolongan dari pertama korban ditemukan, prinsip stabilisasi, hingga perujukan.

Sesuai dengan penelitian Sagala, keuntungan dari metode demonstrasi adalah perhatian peserta didik dapat dipusatkan pada hal yang dianggap penting dan dapat menyamakan persepsi tindakan yang sebenarnya harus dilakukan. Demonstrasi juga dapat meminimalkan kesalahan dibanding hanya mendengarkan ceramah. Kelemahan metode demonstrasi yaitu perlunya alat-alat khusus untuk memperagakan materi, hal ini dapat dikurangi dengan penyediaan alat-alat penatalaksanaan awal kegawatdaruratan pada setiap pelatihan agen MANTAP. Metode demonstrasi ini dapat menanamkan ingatan jangka panjang dibandingkan metode pendidikan lainnya. Pada penelitian agen MANTAP didapatkan bahwa agen dapat mengingat perlakuan yang dibuktikan dengan peningkatan nilai pengetahuan pada saat *posttest*.

Metode ceramah dan demonstrasi yang dilakukan ditunjang dengan metode simulasi. Simulasi yang menyajikan gambaran situasi sesungguhnya dapat meningkatkan minat agen MANTAP untuk berpartisipasi, berpikir kritis dan aktif

dalam menganalisis penatalaksanaan awal kegawatdaruratan yang terjadi di desanya. Proses yang dilakukan pada akhir pelatihan agen MANTAP adalah simulasi kasus. Beberapa kasus seperti korban patah tulang, henti napas dan mimisan beserta alat peraganya disajikan kepada agen MANTAP. Agen secara aktif dan mandiri mencari solusi untuk melakukan pertolongan sesuai pengetahuannya.

Selain itu, dukungan media mempunyai arti yang sangat penting, sebab ketidakjelasan bahan yang akan disampaikan dapat dibantu dengan menghadirkan media sebagai perantara (Mubarak, 2006). Media yang digunakan dalam pendidikan agen MANTAP yaitu media audiovisual berupa video, media visual berupa *powerpoint*, *leaflet* dan *booklet*.

4.4 Keterbatasan

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan diantaranya adalah belum adanya penilaian keterampilan sebelum dilakukan pendidikan kesehatan. Hal ini disebabkan agen MANTAP belum memiliki kemampuan dasar dan pengalaman dalam melakukan penatalaksanaan awal kasus kegawatdaruratan medis dengan benar. Selain itu, materi pendidikan kesehatan masih belum bervariasi sehingga pengetahuan dan keterampilan agen masih terbatas hanya dalam lingkup pendidikan yang telah diajarkan.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Simpulan

Berdasarkan analisis yang telah dilakukan pada penelitian ini dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Terdapat perbedaan bermakna pengetahuan agen MANTAP sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan.
2. Keterampilan agen MANTAP setelah dilakukan pendidikan kesehatan dominan memiliki tingkat keterampilan cukup terampil yaitu sebanyak 11 orang (57,9%), terampil sebanyak 5 orang (26,3%) dan kurang terampil 3 orang (15%).

5.2. Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan maka peneliti memberikan saran sebagai berikut:

1. Penelitian ini berpotensi untuk diaplikasikan dalam bentuk pengabdian pada desa-desa lain yang memiliki latarbelakang yang mirip dengan Desa Munca.
2. Dapat dilakukan penilaian keterampilan sebelum pendidikan kesehatan, sehingga dapat melihat tingkat keterampilan.
3. Dapat dilakukan analisis lebih lanjut untuk melihat hubungan antara tingkat pengetahuan dan tingkat keterampilan.

DAFTAR PUSTAKA

- American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2012. First Aid, AED, and AED Standard, Sixth Edition. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- American College of Emergency Physicians. 2013. Emergency Medical Treatment and Labor (EMTALA). [diakses 30 Desember 2016]. Tersedia dari: www.acep.org/News-media-top-banner/EMTALA.
- Arikunto S. 2010. Prosedur penelitian : Suatu pendekatan praktik. (Edisi Revisi). Jakarta: Rineka Cipta.
- Arikunto S. 2006. Prodedur penelitian suatu pendekatan praktik. Jakarta: Rineka Cipta.
- Asih SHM, Sunarno RD dan Maretina N. 2012. Pengaruh pendidikan kesehatan tentang penatalaksanaan ISPA terhadap pengetahuan dan keterampilan ibu merawat balita ISPA di rumah. Jurnal stikes Ilmu Keperawatan [electronic journal] [diunduh 12 januari 2017]. Tersedia dari: <http://pmb.stikestelogorejo.ac.id>.
- Azwar S. 2007. Metode penelitian. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Berg RA, Hemphill R, Abella BS, Aufderheide TP, Cave DM, Hazinski MF, et al. 2010. Part 5: Adult Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. hlm. 685-705.
- Bloom BS. 2003. Pembelajaran Tematik Anak Usia Dini. Jakarta: Rineka Cipta

- Butterworth J, Mackey DC, Wasnick J, Morgan, Mikhail. 2013. *Clinical Anesthesiology*. Edisi ke-5. McGraw-Hill Medical
- Koster RW, Baubin MA, Bossaert LL, Caballero A, Cassan P, Castren M, et al. 2010. Adult basic life support and use of automated external defibrillator. *European resuscitation council guidelines for resuscitation*. hlm. 1277–92.
- Cross WW dan Swiontkowski MF. 2008. Treatment principles in the management of open fractures. *Indian Journal of Orthopaedics*. 42(4):377-86.
- Dahlan SM. 2010. *Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Dahlan SM. 2011. *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Edisi ke-5. Jakarta: Salemba Medika.
- Direktorat Bina Pelayanan dan Keteknisian Medik. 2011. *Standar Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Djamarah SB. 2008. *Psikologi Belajar* Jakarta: Rineka Cipta. hlm. 257-259.
- Dunnette. 2006. *Handbook of Industrial and Organizations Psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Ghazali I. 2011. *Aplikasi analisis multivariate dengan program SPSS*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Guilford JP. 1956. *Fundamental Statistic in Psychology And Education*. Edisi ke-3. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc.
- Gurning Y, Darwin K dan Misrawati. 2011. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Petugas Kesehatan IGD terhadap Tindakan Triage Berdasarkan Prioritas. *Studi Ilmu Keperawatan Univ*. 1(1):1–9.
- Hasibuan JJ dan Moedjiono. 2012. *Proses Belajar Mengajar*. Bandung: Rosda.

- Hazinski MF, Nolan JP, Aickin R, Bhanji F, Billi JE, Callaway CW, et al. 2015. Part 1: Executive Summary: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Circulation*. 132(16 Suppl 1):S2-39.
- Holzheimer RG dan Mannick JA. 2001. *Surgical Treatment: Evidence-Based and Problem-Oriented*. Munich: Zuckschwerdt.
- Humardani A. 2013. Hubungan Pengetahuan tentang Peran Perawat UGD dengan Sikap dalam Penanganan Pertolongan Pertama pada Pasien Gawat Darurat Kecelakaan Lalulintas. Ponorogo: Univ. Muhammadiyah Ponorogo.
- Irianto J. 2001. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Insan Cendikia.
- Jones dan Bartlett. 2012. *First Aid, AED, and AED Standard*. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Edisi ke-6. Sudbury: Learning.
- Justine TS. 2006. *Memahami aspek-aspek pengelolaan sumber daya manusia dalam organisasi*. Jakarta: Grasindo.
- Kapti RE, Rustina Y, Widyatuti W. 2013. Efektifitas audiovisual sebagai media penyuluhan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap ibu dalam tatalaksana balita dengan diare di dua rumah sakit kota Malang. *Jurnal Ilmu Keperawatan [Online Journal]* [diunduh 12 Januari 2017]. Tersedia dari: <http://jik.ub.ac.id>.
- Kemendes RI. 2011. *Promosi kesehatan di daerah bermasalah kesehatan. panduan bagi petugas kesehatan di puskesmas*. Jakarta [Online Journal] [diunduh 15 Mei 2016]. Tersedia dari: www.promosikesehatan.com.
- Machfoedz I dan Suryani E. 2007. *Pendidikan Kesehatan Bagian dari Promosi Kesehatan*. Yogyakarta. Fitramaya.
- Mangunkusumo E dan Wardani R. 2007. *Buku ajar ilmu kesehatan telinga hidung tenggorok kepala dan leher*. Jakarta: FKUI.
- Mantra IB. 2003. *Demografi Umum*. Edisi ke-2. Yogyakarta: Pustaka Belajar.

- Maulana HDJ. 2009. Promosi kesehatan. Jakarta: EGC
- Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. 2013. Anatomi berorientasi klinis. Edisi ke-5. Jilid ke-3. Erlangga; Jakarta.
- Mubarak WI, Chayatin, N. 2009. Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi. Jakarta : Salemba Medika.
- Muttaqin A. 2008. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo S. 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo S. 2005. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo S. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo S. 2012. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan, Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursana IM, Mahmud G, Budu. 2013. Pengaruh Simulasi Kedaruratan Medik Terhadap Kompetensi Petugas Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi Sulawesi Barat. *J Keperawatan Soedirman*. 8(3):155–62.
- Openstax College. 2013. Anatomy & Physiology. Texas: Rice University.
- Republik Indonesia. 1992. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Jakarta: Sekretariat Negara. Jakarta.
- Pemerintah Kabupaten Pesawaran. 2015. Profil Desa dan Kelurahan Desa Munca 2015. Pemerintah Kabupaten Pesawaran. Pesawaran.

- Purnama DM, Ikrom FM, Khasanah YC, Priyono AH, Wardani DW. 2016. Mantap (Masyarakat Cepat Tanggap). *Jimki*. 4(2);36-44.
- Ramaiah S. 2008. *Health Solutions: First Aid*. New Delhi: Sterling.
- Riyantini Y. 2010. Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Ibu serta Kejadian Hiperbilirubinemia pada Bayi Baru Lahir di RSAB Harapan Kita Jakarta [Tesis]. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Riwidikdo H. 2009. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendekia Press.
- Sagala S. 2010. *Konsep dan Makna Pembelajaran*. Bandung: Alfabeta. hlm. 215.
- Septiana. 2014. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi di SMP Islam Ruhama Ciputat. [Skripsi]. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Sjamsuhidajat R dan Jong DW. 2005. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi ke-2. Jakarta: EGC.
- St. John Ambulance. 2016. *First Aid Training*. [diakses April 2016]. Tersedia dari: <http://www.sja.org.uk>.
- Sudjana N. 2010. *Dasar-dasar Proses Belajar*. Bandung: Sinar Baru. hlm. 121.
- Sugiyono. 2011. *Metode penelitian pendidikan*. Bandung: Alfabeta.
- Sunar. 2012. Pengaruh Faktor Biografis (Usia, Masa Kerja, dan Gender) terhadap Produktivitas Karyawan (Studi Kasus PT Bank X). *J forum ilmiah*. 9(1);167-77.
- Syah M. 2008. *Psikologi Pendidikan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya
- Wahyudi B. 2002. *Manajemen sumber Daya Manusia*. Bandung: Sulita Bandung.

Winarsih. 2008. Hubungan Tingkat Pendidikan dan Lama Kerja Perawat dengan Kinerja Perawat di RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali. [Tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.