

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

(Skripsi)

Oleh
ANGGA HENDRO PRIYONO



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2017**

ABSTRACT

THE DIFFERENCE OF KNOWLEDGE BEFORE AND AFTER THE EDUCATION OF EMERGENCY AND ANALYSIS OF SKILLS ON MANTAP AGENT IN MUNCA VILLAGE, PESAWARAN REGENCY, LAMPUNG

By

ANGGA HENDRO PRIYONO

Background: Munca Village is difficult 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 are 86,00; 83,33 and 85,71. Bivariate test resulted in p value=0,001 for each knowledge differences. Skill analysis showed 5 people (26,3%) were skillful, 11 people (57,9%) were average 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 5 people with skillful rate, 11 people were average 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, PESAWARAN, LAMPUNG

Oleh

ANGGA HENDRO PRIYONO

Latar belakang: Desa Munca memiliki akses yang sulit dan jauh dari pusat kesehatan. Hal ini dapat merugikan apabila terjadi suatu kasus kegawatdaruratan. Di Desa Munca terdapat agen MANTAP (Masyarakat Cepat Tanggap) yaitu sekelompok masyarakat yang mampu dalam penatalaksanaan 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 pada 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 *pretest* pengetahuan 1, 2 dan 3 sebesar 28,57; 33,3 dan 28,57. Nilai median *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 5 orang (26,3%) dikategorikan terampil, 11 orang (57,9%) cukup terampil dan 3 orang (15%) kurang terampil.

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

Kata kunci: kegawatdaruratan, keterampilan, pendidikan kesehatan, pengetahuan

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

Oleh

ANGGA HENDRO PRIYONO

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**

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

Nama Mahasiswa : Angga Hendro Priyono

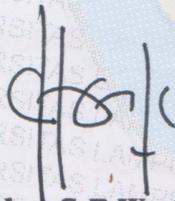
Nomor Pokok Mahasiswa : 1418011015

Program Studi : Pendidikan Dokter

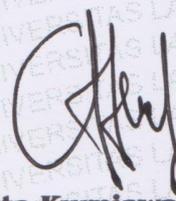
Fakultas : Kedokteran

MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing

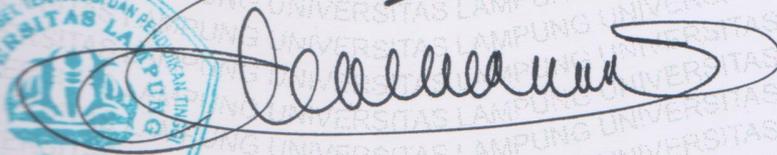


Dr. Dyah Wulan S.R.W., SKM., M.Kes.
NIP 19720628 199702 2 001



Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M.Kes.
NIP 19781009 200501 1 001

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.W., SKM., M.Kes.

Sekretaris : Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M.Kes.

**Penguji
Bukan Pembimbing : Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA.**

2. Dekan Fakultas Kedokteran



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

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : 26 September 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 sayasendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulisan lain dengan cara tidak sesuai tata etik ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah diserahkan sepenuhnya kepada universitas Lampung

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

Bandarlampung, 26 September 2017

Pembuat pernyataan,



ANGGA HENDRO PRIYONO

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Bandarlampung pada tanggal 6 September 1996, sebagai anak kedua dari Bapak Bambang Supriyono dan Ibu Susi Mugiarti.

Pendidikan Sekolah Dasar diselesaikan di SD Negeri 2 Rawa Laut Bandar Lampung pada tahun 2008, Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di SMP Negeri 1 Bandar Lampung pada tahun 2011, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) diselesaikan di SMAN 2 Bandar Lampung pada tahun 2014.

Tahun 2014, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur Seleksi Bersama Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SBMPTN).

Selama menjadi mahasiswa penulis aktif organisasi Forum Studi Islam (FSI) Ibnu Sina sebagai Sekretaris Umum tahun (2015- 2016), Badan Eksekutif Mahasiswa Fakultas Kedokteran (BEM-F) sebagai Staff Ahli Dinas Pendidikan dan Profesi (2015-2016), Lampung University Medical Research (LUNAR) sebagai anggota (2014-2016) serta Dewan Perwakilan Mahasiswa Fakultas Kedokteran (DPM-F) sebagai Sekretaris Umum (2016-2017).

*So which of the favors of your Lord
would you deny?*

*Dipersembahkan untuk mama, papa, mbah,
bapak, ibu, mas, mbak, abang, adik,
keluarga, sahabat dan teman-teman
sejawat*

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:

- Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M. Kes., Sp. PA., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dan selaku Penguji Utama pada Ujian Skripsi, terima kasih atas waktu, ilmu dan saran-saran yang telah banyak diberikan;
- 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. dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M.Kes. selaku Pembimbing kedua atas

kesediaannya untuk meluangkan waktu, memberikan nasihat, bimbingan, saran, dan kritik yang bermanfaat dalam proses penyelesaian skripsi ini;

- Direktorat Jendral Perguruan Tinggi (DIKTI) sebagai Badan penyelenggara Program Kreativitas Mahasiswa dan pemberi dana kegiatan;
- Seluruh staf dosen dan civitas akademika Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu, waktu, dan bimbingan yang telah diberikan dalam proses perkuliahan;
- Terimakasih teruntuk Papa (Bapak Iptu Bambang Supriyono) dan Mama (Ibu Susi Mugiarti, S.E.) 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 tersayang Capt. Tri Yulianto dan dr. Atmaningtyas Sri Rahayu, adik yang tidak dapat terkalahkan Aldo Falendra Priyono serta seluruh keluarga besar atas doa, dukungan, semangat, kerja kerasnya, kesabaran, keikhlasan, motivasi, kasih sayang, dan bahkan celaan-celaan yang sangat membangun dan selalu menjadi alasan saya untuk merintis dan berjuang sampai saat ini;
- Terimakasih kepada Mbah Tumirah, Mbah Slamet, Om Bagus, Bude Endang, Mbak Lina, Mas Tono, Bude Leli atas doa, perhatian, semangat, kesabaran, kasih sayang, dan dukungan yang selalu mengalir setiap saat.
- Keluarga Kecilku yang lain Datuk Sumadi, Ibu Arsiatun Indriana, Bapak Darno, Adik yang menggemaskan Raka Arda Wicaksono dan yang tidak kalah

paling disayang abangku Rizky Arif Prasetyo, terimakasih sudah melengkapi kebahagiaan di dunia. Terimakasih atas pengertian, kesabaran dan motivasi yang diberikan.

- Tim PKM MANTAP Kak Dara, Kak Fadel dan Kak Yulia yang bersama-sama dalam suka dan duka dalam pelaksanaan program hingga sampai ke PIMNAS-ku yang pertama, terimakasih sudah membantu mengukir sejarah yang indah;
- Keluarga Desa Munca yang senantiasa memberikan dukungan, doa, kerjasama dan kasih sayangnya kepada MANTAP Team;
- Sahabat – sahabat yang tergabung dalam Tim PKM BOM PASSION Achmad Agus P, M. Yogi Maryadi, Isma Fadlilatus Sa'diyah, dan tentu saja abangku lagi Rizky Arif Prasetyo, terimakasih atas Perjalanan yang indah bersama di PIMNAS-ku yang kedua, terimakasih juga atas kado Medali Perunggu di ulang tahunku yang ke 21, pada ajang PIMNAS ke 30 di Makassar tahun ini.
- Terimakasih kepada Saudara taksedarahku Cantik Manis Sekar Mentari, Claudia Clarasinta, Eva Aprilia, Maharani Sekarnignrum, Ni Made Ayu Linggayani Pasek, Anugerah Indah Sari, Zafira uswatun Hasanah dan Tak kalah penting si Ganteng Gusti Ngurah P. Pradnya Wisnu untuk bantuan, dukungan dan lawakannya dikala sedih maupun senang. Terimakasih untuk bantuan, dukungan dan motivasi yang kalian berikan; Teman-teman sejawat angkatan 2014 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 rekan-rekan organisasi LUNAR, DPM, FSI, BEM, Asisten Dosen Patologi Klinik (Ajeng, Dzulfiqar, Fernanda, Vermitia) dan 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, September 2017

Penulis

Angga Hendro Priyono

DAFTAR ISI

Halaman

DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	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 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Landasan Teori	7
2.1.1 Kegawatdaruratan	7
2.1.1.1 Kehilangan Kesadaran	8
2.1.1.2 Luka	13
2.1.1.3 Patah Tulang	16
2.1.1.4 Epistaksis atau Mimisan.....	20
2.1.2 Pengetahuan	21
2.1.2.1 Faktor Internal.....	22
2.1.2.2 Faktor Eksternal	22
2.1.3 Keterampilan.....	24
2.1.4 Pendidikan Kesehatan di bidang Kegawatdaruratan.....	25
2.1.5 Agen MANTAP (Masyarakat Cepat Tanggap)	31
2.2 Kerangka Teori.....	32
2.3 Kerangka Konsep	34
2.4 Hipotesis.....	34

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian.....	35
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	36
3.3 Populasi dan Sampel	36
3.3.1 Populasi.....	36
3.3.2 Sampel	36
3.4 Identifikasi Variabel Penelitian.....	38
3.5 Definisi Operasional.....	38
3.6 Pengumpulan Data	40
3.6.1 Langkah Kerja.....	40
3.6.2 Metode Pengumpulan Data.....	41
3.6.2.1 Instrumen Penelitian	41
3.6.2.2 Uji Validitas dan Reliabilitas	41
3.7 Pengolahan Data dan Analisis Data	44
3.7.1 Pengolahan Data	44
3.7.2 Analisis Data.....	45
3.8 Alur Penelitian.....	47
3.9 Etika Penelitian	48

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	49
4.2 Hasil	51
4.2.1 Data Karakteristik Responden.....	51
4.2.2 Analisis Univariat.....	53
4.2.2.1 Nilai Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan di bidang Kegawatdaruratan.....	53
4.2.2.2 Nilai Keterampilan Sesudah Pendidikan Kesehatan di bidang Kegawatdaruratan	57
4.2.3 Analisis Bivariat	59
4.2.3.1 Perbedaan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan Penatalaksanaan Awal Kasus Kegawatdaruratan Medis pada Agen MANTAP.....	59
4.3 Pembahasan	60
4.3.1 Data Karakteristik Responden.....	60
4.3.2 Analisis Univariat	61
4.3.2.1 Gambaran Pengetahuan Responden sebelum Dilakukan Pendidikan Kesehatan di bidang Kegawatdaruratan	61
4.3.2.2 Gambaran Pengetahuan Responden sesudah Dilakukan Pendidikan Kesehatan di bidang Kegawatdaruratan	62
4.3.2.3 Gambaran Keterampilan Responden sesudah Dilakukan Pendidikan Kesehatan di bidang Kegawatdaruratan.....	63
4.3.3 Analisis Bivariat	64
4.3.3.1 Perbedaan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan di bidang Kegawatdaruratan.....	64
4.4 Keterbatasan Penelitian	68

BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Simpulan.....	69
5.2 Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA	71

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Derajat fraktur terbuka	17
2. Definisi Operasional.....	38
3. Nilai <i>Cronbach Alpha</i>	43
4. Hasil perhitungan uji reliabilitas	43
5. Distribusi Frekuensi Karakteristik Karakteristik Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan Responden Agen MANTAP	51
6. Hasil Uji Normalitas Data Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan di bidang Kegawatdaruratan.....	53
7. Nilai <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> pengetahuan	54
8. Tingkat Pengetahuan Sebelum Pendidikan Pada Agen MANTAP	55
9. Tingkat Pengetahuan Setelah Pendidikan Pada Agen MANTAP	56
10. Tingkat Keterampilan Setelah Pendidikan Pada Agen MANTAP	58
11. Hasil Uji Analisis <i>Wilcoxon</i>	59

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	12
4. Klasifikasi Fraktur	18
5. Kerangka Teori	33
6. Kerangka Konsep	34
7. Pola Rancangan <i>One Group Pre-test</i> dan <i>Post-test Design</i>	35
8. Alur Penelitian	47

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 (Presiden Republik Indonesia, 2012).

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 lifesaving*) (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 selalu 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 (Prodeskel, 2015).

Di Desa Munca terdapat agen MANTAP (Masyarakat Cepat Tanggap) yaitu sekelompok masyarakat yang mampu dalam penanganan awal kasus kegawatdaruratan. Agen MANTAP diberikan pendidikan kesehatan berupa penanganan awal kasus kegawatdaruratan. Pendidikan Kesehatan yang diberikan pada agen MANTAP tersebut menyebabkan peneliti ingin

mengetahui lebih lanjut mengenai perbedaan pengetahuan dan melakukan analisis keterampilan penanganan awal kasus kegawatdaruratan medis sebelum dan sesudah pendidikan pada 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 keterampilan penatalaksanaan awal kasus kegawatdaruratan medis sesudah pendidikan kesehatan pada agen MANTAP?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui apakah pendidikan dapat mempengaruhi pengetahuan dan keterampilan agen MANTAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini yaitu sebagai berikut:

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

2. Mengetahui perbedaan keterampilan penatalaksanaan awal kasus kegawatdaruratan medis sebelum dan 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.

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 terpencil, 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

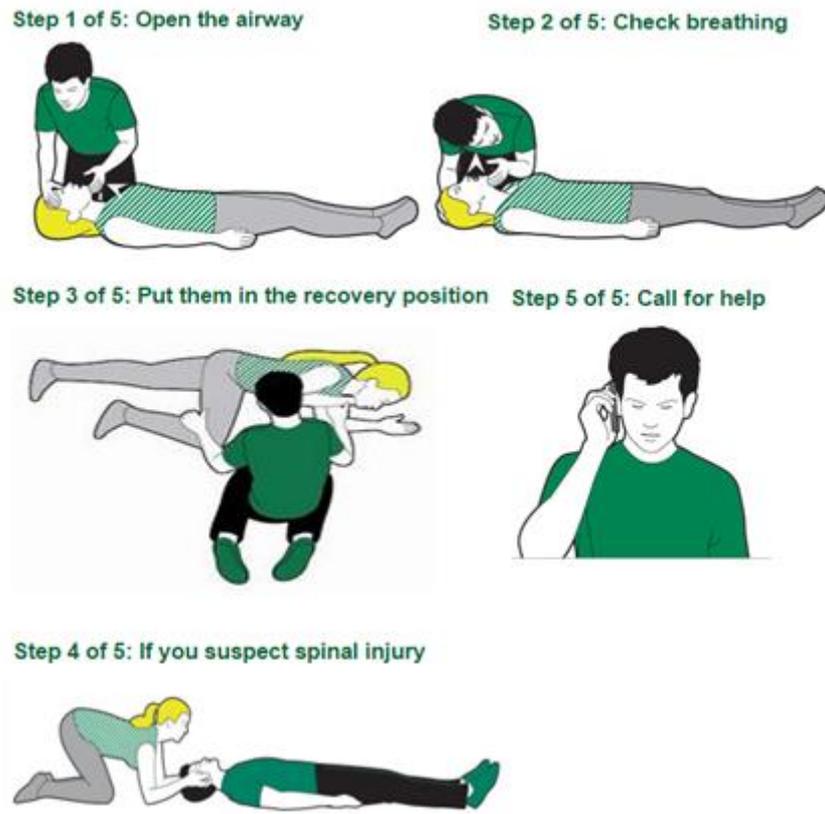
tulang, kehilangan kesadaran, dan epistaksis atau mimisan (Prodeskel, 2015).

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:

a. 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 cara *head 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)

b. 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)

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

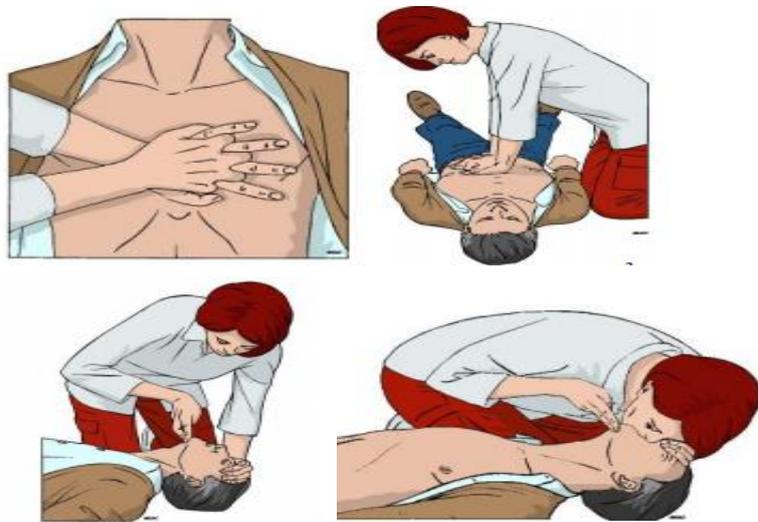
Tindakan yang dilakukan penolong pada tahap ini adalah DRABC (*Danger, Response, Airway, Breathing, Circulation*). *Danger* yaitu mengamankan lingkungan sekitar dan diri sendiri serta memperkenalkan diri pada orang sekitar. *Response* yaitu memastikan korban tidak responsif terhadap suara, tepukan, atau goncangan. 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).

- b. 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)

c. 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 (Koster, 2010). Penekanan dada atau RJP dilanjutkan setelah kejutan listrik diberikan (Berg *et al.*, 2010).

- d. Melakukan Bantuan Hidup Lanjut yang efektif
- e. 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 *povidon iodine* 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 dapat dilakukan penjahitan. Luka dapat 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:

a. 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).

b. Luka sengatan serangga

Luka gigit dapat disebabkan karena hewan liar, hewan piaraan, atau manusia. Luka gigitan 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).

c. 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:

- a. Fraktur berdasarkan hubungannya dengan dunia luar dibagi menjadi fraktur terbuka dan tertutup. Fraktur tertutup tidak berhubungan langsung dengan lingkungan luar. Fraktur

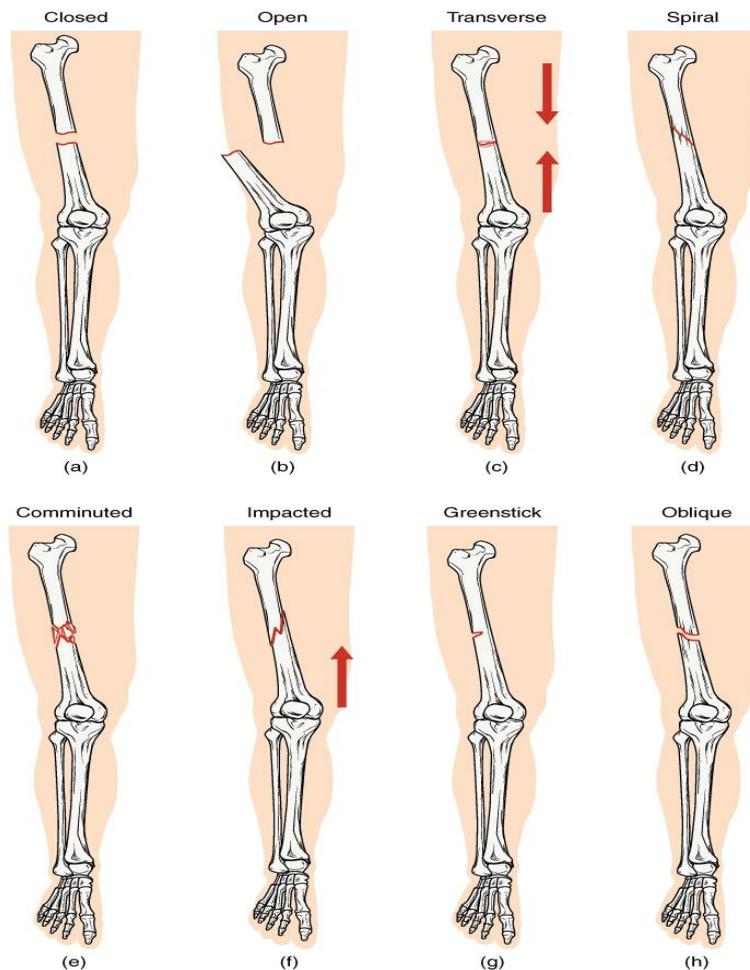
terbuka memungkinkan masuknya kuman kedalam luka.

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

- b. Fraktur menurut garis patahannya dibagi menjadi fraktur komplit dan inkomplit, *transversal* (melintang), *oblique* (miring), *spiral*, impaksi, avulsi, *greenstick*, longitudinal
- c. 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):

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

Langkah-langkah pemasangan bidai:

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

- f. 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.
- g. 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 faktor 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).

2.1.2.1 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.

2.1.2.2 Faktor eksternal

a. Lingkungan

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

- b. Sosial budaya
- c. Sistem sosial yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi sikap dalam menerima informasi.

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

- a. 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.
- b. 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.
- c. Aplikasi (*application*) yaitu kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.
- d. 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.

- e. Sintesis (syntesis) yaitu kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.
- f. 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, 2002). 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):

- a. Keterampilan mental, seperti analisa, membuat keputusan, menghitung, menghafal.
- b. Keterampilan fisik, seperti keterampilan yang berhubungan dengan pekerjaannya sendiri.
- c. 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 di Bidang Kegawatdaruratan

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.

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:

a. Kelompok besar

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

a.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.

a.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.

a.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 (Syaiful, 2008).

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):

b.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).

b.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.

b.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 aktifitas 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).

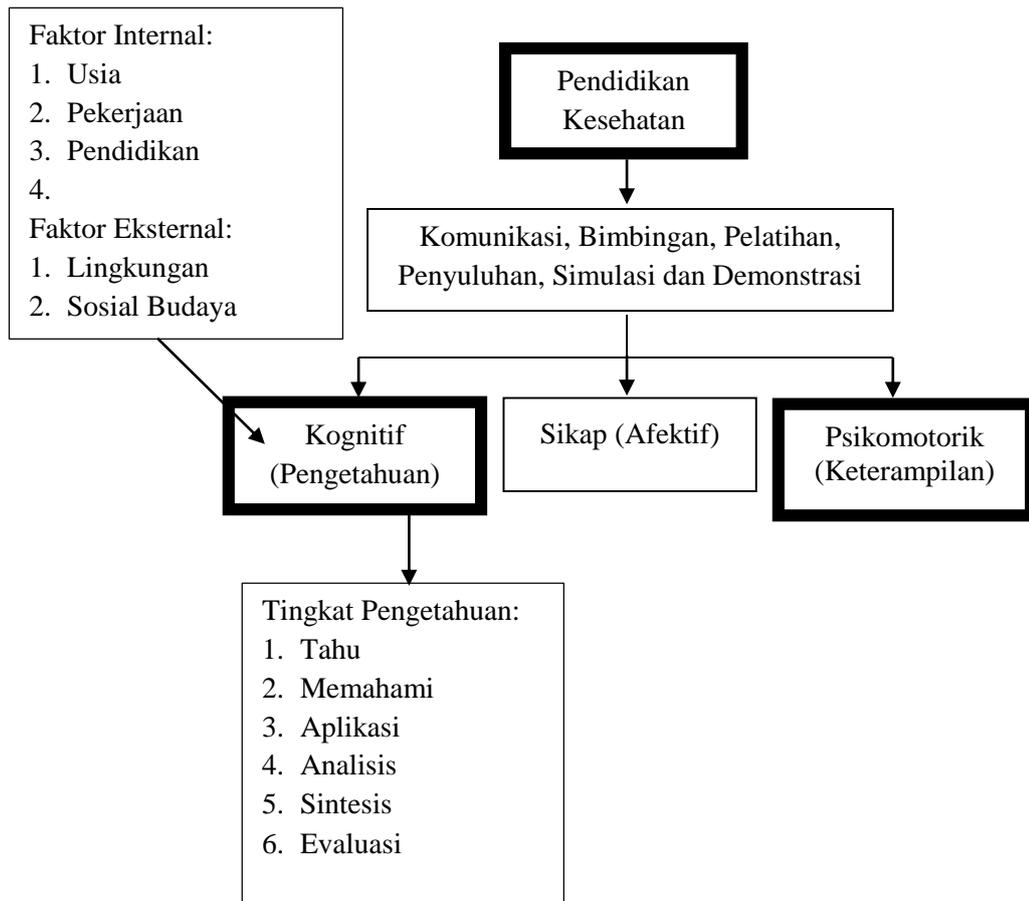
2.1.5 Agen MANTAP (Masyarakat Cepat Tanggap)

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 9 km. Faktor kedua adalah letak Desa Munca yang jauh dari pusat layanan kesehatan. Desa Munca hanya memiliki 2 posyandu dan 1 puskesmas pembantu dengan 1 orang bidan yang berkompetensi 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

Tingginya tingkat kejadian kegawatdaruratan medis merupakan masalah yang harus dihadapi oleh masyarakat di Desa Munca. Penatalaksanaan awal kejadian kegawatdaruratan medis sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup masyarakat yang mengalami kasus kegawatdaruratan medis. Diduga pendidikan kesehatan merupakan salah satu faktor yang paling berpengaruh secara signifikan terhadap penatalaksanaan awal kasus kegawatdaruratan. Dugaan ini didasarkan pada argumen bahwa pengetahuan yang terbentuk dari pendidikan kesehatan dengan mempertimbangkan semua faktor internal dan faktor eksternal merupakan suatu konsep yang dapat digunakan sebagai langkah awal dalam proses penanganan kasus kegawatdaruratan medis. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan yang diterapkan kepada agen MANTAP di Desa Munca dapat mempengaruhi proses penanganan awal kasus kegawatdaruratan medis.

Berdasarkan rekonstruksi sintesa yang dikemukakan maka kerangka teoritis dapat dikemukakan dengan gambar berikut:



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

Keterangan:



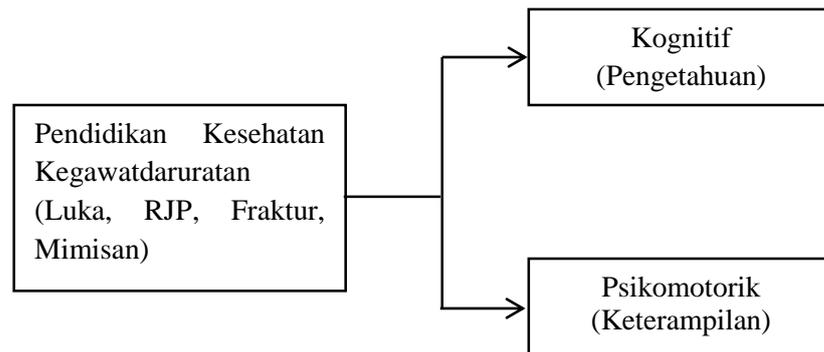
: Variabel yang diteliti



: 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

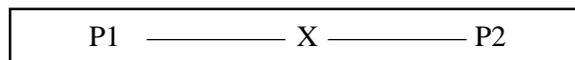
H0: Tidak terdapat perbedaan pengetahuan dalam penatalaksanaan awal kasus kegawatdaruratan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan di bidang kegawatdaruratan pada agen MANTAP.

H1: Terdapat perbedaan pengetahuan dalam penatalaksanaan awal kasus kegawatdaruratan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan di bidang kegawatdaruratan 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 Pre-test* dan *Post-test Design* (Arikunto, 2010).

Keterangan:

P1 : Pengetahuan dan perilaku pencegahan sebelum pemberian pendidikan kesehatan

X : Perlakuan (pendidikan kesehatan).

P2 : Pengetahuan dan perilaku pencegahan setelah pemberian pendidikan kesehatan.

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:

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

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

$$n = \frac{19}{1+19 (0,0025)}$$

$$n = \frac{19}{1+0,0475}$$

$$n = \frac{19}{1,0475}$$

$$n = 18,14$$

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 teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling* yaitu pengambilan sampel yang mencakup semua anggota populasi. Alasan ini dilakukan karena apabila jumlah populasi kurang dari 100, maka seluruhnya perlu dijadikan sampel (Sugiyono, 2011).

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

Definisi operasional dari penelitian ini antara lain sebagai berikut:

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 mengenai kegawatdaruratan dan penanganannya. MANTAP kasus medis	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 penanganan awal kasus kegawatdaruratan medis.	Kuesioner sesuai dengan 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:

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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.
- d. Setelah menentukan tanggal dan lokasi, maka dilakukanlah pelatihan. Pada hari setiap pelaksanaan pelatihan, agen MANTAP akan diberi lembar *pre-test* dan setelah dilakukan pelatihan akan diberikan lembar *post-test*. Pelatihan dilakukan tiga kali sesuai dengan rangkaian kegiatan program MANTAP.

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

3.6.2 Metode Pengumpulan Data

3.6.2.1 Instrumen Penelitian

Menggunakan daftar kuisisioner tentang tingkat pengetahuan diisi oleh responden sebelum dan setelah mengikuti pendidikan kesehatan. 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. Pendidikan dilakukan menggunakan *slide power point*.
- b. Pendidikan dilengkapi dengan alat bantu *leaflet* dan *booklet*.
- c. Alat peraga yang digunakan yaitu bidai, mitela, pinset, dan alat penatalaksanaan awal kegawatdaruratan lainnya.

3.6.2.2 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 akan dilakukan di wilayah Desa Munca sebanyak 19

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 pelatihan tiga seluruh soal yakni 7 soal dinyatakan valid. Untuk mengetahui r_{hitung} pada setiap soal 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.

Tabel 4. Hasil perhitungan uji reliabilitas

Variabel	<i>Cronbach's Alpha</i>	N of Items
A	0,735	7
B	0,784	9
C	0,735	7

Diketahui bahwa pada kuisioner pendidikan satu, pendidikan dua dan pendidikan tiga dikatakan tinggi.

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:

a. *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 kuesioner, menentukan ada atau tidaknya kuesioner yang sobek atau rusak.

b. *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

c. *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).

d. *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 analisa data, yaitu analisa univariat dan analisa bivariat.

a. Analisis Univariat

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

b. Analisis Bivariat

Analisa bivariat adalah analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dengan menggunakan uji statistik. 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 p dan diasumsikan normal. Jika nilainya di atas 0,05 maka distribusi data dinyatakan memenuhi

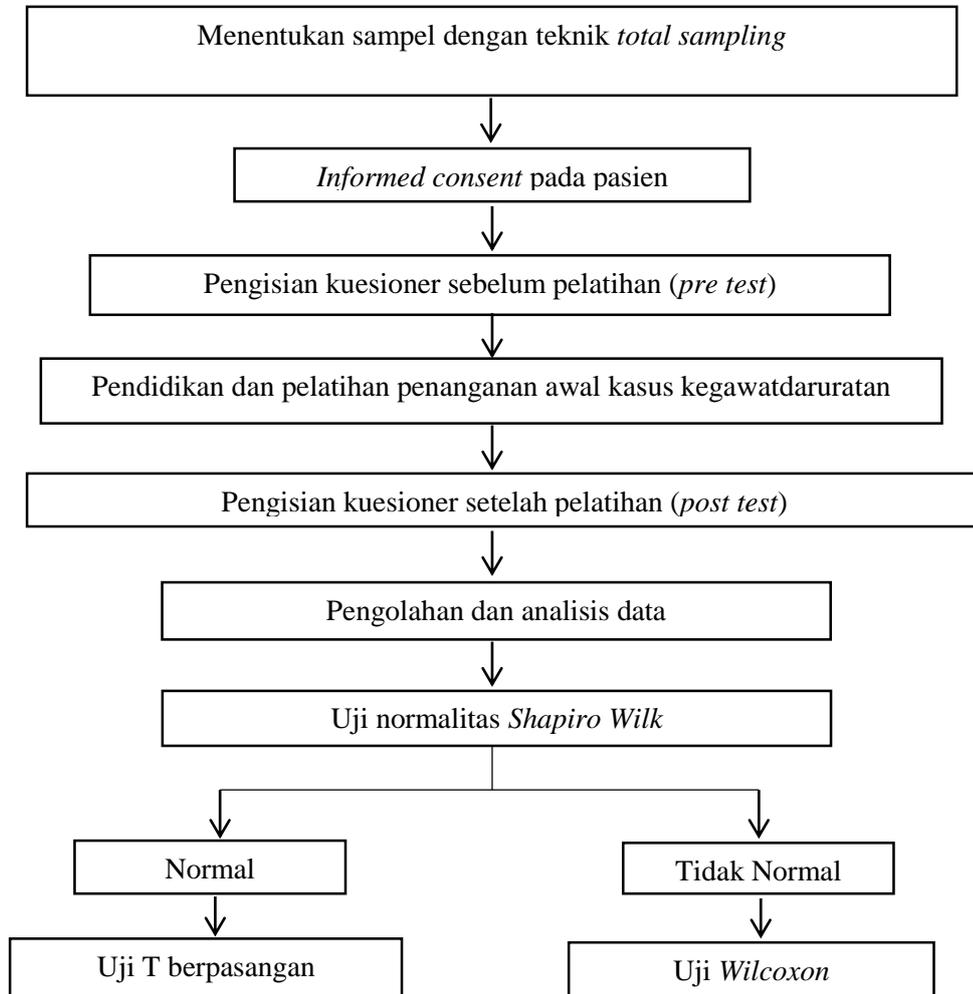
asumsi normalitas, dan jika nilainya di bawah 0,05 maka diinterpretasikan sebagai tidak normal (Dahlan, 2009).

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 $p \text{ value} > 0,05$ maka hasilnya tidak bermakna yang berarti H_0 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 3002/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 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. 2006. Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arikunto S. 2010. Prosedur penelitian: Suatu pendekatan praktik. (Edisi Revisi). Jakarta: Rineka Cipta.
- 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
- Dahlan SM. 2010. Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Direktorat Bina Pelayanan dan Keteknisian Medik. 2011. Standar Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. 2013. Anatomi berorientasi klinis. Edisi ke-5. Jilid ke-3. Erlangga; Jakarta.
- 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 Presiden Republik Indonesia. 2012. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Jakarta: Sekretariat Negara. Jakarta.
- Profil Desa dan Kelurahan Desa Munca 2015. Pemerintah Kabupaten Pesawaran. Pesawaran.
- Purnama DM, Fadel Muhammad, Yulia Cahya, Angga Hendro, Dyah Wulan. 2016. Mantap (Masyarakat Cepat Tanggap). Jimki. 4(2); 36-44.

- Ramaiah S. 2008. Health Solutions: First Aid. New Delhi: Sterling.
- Riwidikdo, H. 2009. Statistik Kesehatan. Yogyakarta: Mitra Cendekia Press
- Sjamsuhidajat R dan Jong DW. 2005. Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi ke-2. Jakarta: EGC.
- St. John Ambulance. 2015. First Aid Training. [diakses April 2016]. Tersedia dari: <http://www.sja.org.uk>.
- 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.