



**PENGARUH PEMBELAJARAN *SELF-DIRECTED VIDEO* TERHADA RETENSI
PENGETAHUAN DAN KETERAMPILAN RESUSITASI JANTUNG PARU
PADA KOMUNITAS RELAWAN PPMR DI KOTA MALANG**

TESIS

Oleh:

Apriyani

176070300111014

Dipertahankan didepan penguji

Pada tanggal : 19 Juni 2019

Dan dinyatakan memenuhi syarat

Menyetujui Komisi Pembimbing	
Ketua	Anggota
<u>Dr. dr. Retty Ratnawati, M.Sc</u> NIP. 195502011985032001	<u>Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep., M.Kep</u> NIP. 198108242015042001

Komisi Penguji	
Ketua	Anggota
<u>Dr. dr. Setyawati Soeharto, M.Kes</u> NIP. 195210271981032001	<u>Dr. Yulian Wiji Utami, S.Kp.,M.Kes</u> NIP. 197707222002122002

Mengetahui Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya	
<u>Dr. dr. Wisnu Barlianto, M.Si.Med, Sp.A(K)</u> NIP. 197307262005011008	

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam naskah TESIS ini tidak terdapat karya ilmiah yang

pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik disuatuwijaya Perguruan Tinggi, dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah tesis ini dapat dibuktikan terdapat unsur PLAGIASI, saya bersedia TESIS ini digugurkan dan gelar akademik yang telahwijaya saya peroleh (MAGISTER) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Malang,
Mahasiswa,

2019

Nama : Apriyani

NIM : 176070300111014

PS : Magister Keperawatan

Prog. : Pascasarjana

Fak. : Kedokteran UB



JUDUL TESIS

Pengaruh *self directed video* terhadap retensi tingkat pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan tindakan resusitasi jantung paru (RJP) pada komunitas relawan PPMR di Kota Malang.

Nama Mahasiswa

: Apriyani

NIM

: 176070300111014

Program Studi

: Magister Keperawatan

Peminatan

: Keperawatan Gawat Darurat

KOMISI PEMBIMBING

Ketua

: Dr. dr. Retty Ratnawati, M.Sc

Anggota

: Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep., M.Kep

TIM DOSEN PENGUJI

Dosen Penguji 1

: Dr. dr. Setyawati Soeharto, M.Kes

Dosen Penguji 2

: Dr. Yulian Wiji Utami, S.Kp., M.Kes

Tanggal Ujian

SK Penguji



KOMUNIKASI DAN PUBLIKASI ILMIAH

Apriyani, Retty Ratnawati, Ika Setyo Rini. Effects Of The Use Of Self-Directed

Video On Knowledge Of Malang City's Volunteer Communities In Conducting CPR Actions : Indian Journal of Public Health Research and Development Vol. 10, No 10 October 2019.

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT berkat rahmat dan kasih sayang-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul **“Pengaruh Pembelajaran Self-Directed Video Terhadap Retensi Pengetahuan dan Keterampilan Resusitasi Jantung Paru Pada Komunitas Relawan PPMR Di kota Malang”.**. Dengan selesaiannya tesis ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Nuhfil Hanani AR, MS selaku Rektor Universitas Brawijaya.
2. Dr. dr. Wisnu Barlianto, Msi.Med,Sp.A(K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran periode 2019-2024 yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melanjutkan pendidikan di Program Magister Keperawatan Universitas Brawijaya Malang.
3. Dr.dr. Sri Andarini,M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran periode 2014-2019 yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melanjutkan pendidikan di Program Magister Keperawatan Universitas Brawijaya Malang.
4. Dr. Ahsan, SKp.,M.Kes. selaku Kepala Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk menyelesaikan program pendidikan Magister Keperawatan.
5. Prof. Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

6. Dr.dr. Retty Ratnawati, M.Sc selaku pembimbing I yang telah bersedia menyelesaikan tesis ini.
7. Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing II yang juga telah bersedia membimbing, mengarahkan, dan memberi masukan kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
8. Dr.dr. Setyawati Soeharto, M.Kes selaku penguji I yang telah memberikan saran dan masukan dalam penyelesaian tesis ini.
9. Dr. Yulian Wiji Utami, S.Kp., M.Kes selaku penguji II yang juga telah memberikan saran dan masukan dalam penyelesaian tesis ini.
10. Pak Hadi Slamet selaku ketua PPMR (Paguyuban Persaudaraan Malangwijaya Raya) yang telah memberikan kesempatan dan membantu proses penyelesaian tesis ini.
11. Para dosen dan staf Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
12. Keluarga yang telah memberikan doa dan dukungan kepada penulis dalam penyelesaian tesis ini.
13. Semua rekan mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
14. Semua pihak yang telah membantu sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

Penulis sangat menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini masih banyak terdapat kekurangan dan kesalahan dikarenakan keterbatasan ilmu pengetahuan, pengalaman serta kekhilafan yang penulis miliki. Oleh karena itu dengan tangan terbuka penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak demi perbaikan penyusunan tesis ini.

Malang, 2019

Penulis

RINGKASAN

Apriyani, NIM 176070300111014, Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya Malang. Pengaruh Pembelajaran *Self-Directed Video* Terhadap Retensi Tingkat Pengetahuan Dan Keterampilan Resusitasi Jantung Paru Pada Komunitas Relawan PPMR Di Kota Malang. Komisi Pembimbing Ketua: Dr.dr. Retty Ratnawati, M.Sc Anggota: Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep., M.Kep

Kegawatdaruratan bisa terjadi dimana saja dan kapan saja. Upaya untuk mengatasi kegawatdaruratan pada saat penyelamatan jiwa atau *life saving* yaitu dengan mempertimbangkan waktu, dan nyawa korban yang menjadi tantangannya. Henti jantung (*cardiac arrest*) dan kasus kegawatdaruratan yang mengancam nyawa adalah masalah kesehatan global yang sangat penting, dimana penilaian awal yang cepat dan respon yang benar dan cepat dapat mencegah kematian atau kecacatan permanen. Henti jantung bisa terjadi disemua lokasi, baik yang bisa dianantisipasi (pada saat perawatan di ruang rawat intensif) ataupun yang tidak bisa dianantisipasi (diluar rumah sakit). *Out-of-Hospital Cardiac Arrest* (OHCA) adalah salah satu fokus permasalahan kesehatan dunia karena angka kejadianya yang cukup tinggi.

Berdasarkan jumlah tingginya angka kejadian OHCA yang mendapatkan tindakan *Cardiopulmonary Resuscitation* (CPR) oleh orang disekitar korban yaitu sebanyak 40,1% serta diperoleh angka keberlangsungan hidup korban yang diberikan tindakan RJP dilokasi kejadian sekitar 9,5%. Hal ini menunjukkan bahwa orang yang berada disekitar korban pada saat kejadian memiliki peranan penting untuk meningkatkan keberlangsungan hidup korban dengan henti jantung.

Salah satu cara yang bisa dilakukan untuk meningkatkan keberlangsungan hidup pada kasus henti jantung yaitu memperkuat 2 rantai pertama *chain of survival* yaitu meningkatkan jumlah penolong pada pasien henti jantung di luar rumah sakit melalui pemberian edukasi mengenai tindakan RJP pada *bystander*. Adapun edukasi yang dilakukan guna meningkatkan jumlah penolong pasien OHCA yaitu dengan menggunakan metode pembelajaran dengan media *self-directed video*. Kelebihan dari media *self-directed video* yaitu video dapat diputar berulang kali dimanapun dan kapanpun karena video tersebut dibagikan kepada peserta yang mengikuti pelatihan dan dari segi materi penyampaiannya lebih konsisten. *Self-directed video* menjadi salah satu yang mampu meningkatkan kemampuan dalam pertolongan pada korban dengan henti jantung. Akan tetapi ada penelitian yang menyatakan bahwa media *self-directed video* kurang efektif dibandingkan dengan metode biasa dalam meningkatkan pengetahuan.

Terjadinya peningkatan pengetahuan pada umumnya disertai juga dengan peningkatan kemampuan psikomotor untuk melakukan RJP. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan dalam penanganan korban henti jantung mampu

wijaya universitas Brawijaya universitas Brawijaya universitas Brawijaya universitas Brawijaya
awijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
ewijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
ewijaya memberikan dampak yang signifikan untuk meningkatkan keberhasilan hidup wijaya
ewijaya pada kasus henti jantung. Akan tetapi pelatihan RJP pada kenyataannya tidak wijaya
selalu diikuti oleh retensi kemampuan pada setiap individunya. Beberapa wijaya
penelitian yang lain juga menyebutkan bahwa kemampuan dalam melakukan tindakan RJP akan terus menurun seiring berjalannya waktu. Dengan adanya hasil penelitian yang kontradiktif serta masih belum adanya penelitian yang menyatakan bahwa *self-directed video* mampu meningkatkan retensi pengetahuan dan keterampilan sehingga perlu dilakukan penelitian dengan menggunakan *self-directed video*.

Tujuan penelitian ini yaitu Menganalisis pengaruh *self-directed video* terhadap retensi tingkat pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan tindakan resusitasi jantung paru (RJP) pada komunitas relawan PPMR di Kota Malang. Penelitian ini menggunakan desain *quasy experiment* dengan pendekatan *pretest-posttest*. Responden penelitian sebanyak 15 orang relawan. *Self-Directed video* yang digunakan oleh peneliti sudah sesuai dengan panduan AHA 2015. Video diberikan kepada responden memiliki berdurasi sekitar 7 menit. Instrumen penelitian berupa kuesioner dan lembar observasi. Analisis bivariat menggunakan uji *friedman post hoc wilcoxon* untuk melihat pengaruh *self-directed video* terhadap pengetahuan dan keterampilan sebelum, sesaat setelah intervensi, 1 minggu setelah intervensi dan 2 minggu setelah intervensi.

Hasil penelitian didapatkan bahwa pengetahuan dan keterampilan sesaat setelah intervensi, 1 minggu setelah intervensi, dan 2 minggu setelah intervensi terdapat kenaikan yang signifikan dibanding dengan sebelum intervensi. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hernández-Padilla *et al.*, (2015) menyatakan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan pada kelompok *student-directed group* yang menggunakan media teknologi pembelajaran dibandingkan dengan pembelajaran yang berfokus pada instruktur. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Benoit *et al.*, (2017) yang menyatakan bahwa terdapat peningkatan keterampilan pada kelompok yang diberikan video pendek terkait cara melakukan resusitasi jantung paru dengan benar. Responden dapat melakukan simulasi secara mandiri dengan melihat video yang diberikan.

Kesimpulannya adalah pengetahuan dan keterampilan sesaat setelah intervensi (P2 dan K2), 1 minggu setelah intervensi (P3 dan K3), dan 2 minggu setelah intervensi (P4 dan K4) terdapat kenaikan secara signifikan dibanding dengan sebelum intervensi (P1 dan K1). Akan tetapi tidak terdapat perbedaan pada pengukuran sesaat setelah intervensi, 1 minggu setelah intervensi dan 2 minggu setelah intervensi pada komunitas relawan di kota Malang. *Self-directed video* mampu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang menetap selama 2 minggu.

Saran untuk penelitian selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian dengan retensi pengetahuan, keterampilan maupun variabel lainnya dalam jangka waktu yang lama untuk mengukur kemampuan mengingat responden.

Apriyani, NIM 176070300111014, Master of Nursing Study Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University of Malang. The Effect of Self-Directed Video to Retention of Knowledge Level and Skill of Cardiac Resuscitation in PPMR Volunteer Community in Malang City. Chair Supervisory Commission: Dr.dr. Retty Ratnawati, M.Sc Member: Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep., M.Kep

Emergency can occur anywhere and anytime. Efforts to overcome emergencies when saving lives by considering the time and life of the victim which is the challenge. Cardiac arrest and life-threatening emergency cases are very important global health problems, where rapid initial assessments and correct and fast responses can prevent death or permanent disability. Cardiac arrest can occur in all locations, either those that can be anticipated (during intensive care) or that cannot be anticipated (outside the hospital). Out-of-Hospital Cardiac Arrest (OHCA) is one of the focuses of world health problems because the incidence rate is quite high.

Based on the number of high incidence of OHCA that get Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) action by people around the victim as much as 40.1% and obtained survival rates of victims who were given CPR actions in the location of approximately 9.5%. This data showed that people who are around the victim at the time of the incident have an important role to play in increasing the survival of the victim with cardiac arrest.

One of the ways that can be done to improve survival in cases of cardiac arrest is to strengthen the first two chains of survival, namely increasing the number of helpers in patients with cardiac arrest outside the hospital through providing education about CPR actions in the bystander. The education was carried out to increase the number of OHCA patients helpers, that is using learning methods with media self-directed videos. The advantages of self-directed media videos is that videos can be played repeatedly wherever and whenever because the video is shared to participants who take part in the training and in terms of material delivery is more consistent. Self-directed video is one of the ways that can improve ability in helping victims with cardiac arrest. However, there are

studies that state that media self-directed videos are less effective than ordinary methods of increasing knowledge. The increase in knowledge is generally accompanied by an increase in psychomotor abilities to do CPR. Increased knowledge and skills in the handling of victims of cardiac arrest can have a significant impact to increase the success of life in cases of cardiac arrest. However, CPR training in reality is not always followed by retention of abilities in each individual. Some other studies also state that the ability to carry out CPR actions will continue to decline over time. With the existence of contradictory research results and the lack of research that states that self-directed videos are able to increase the retention of knowledge and skills so research needs to be done by using self-directed videos.

The purpose of this study was to analyze the effect of self-directed video on the retention of the level of knowledge and skills in performing resuscitation measures (CPR) in the PPMR volunteer community in Malang City.

This study uses a quasy experiment design with the pretest-posttest approach. The research respondents were 15 volunteers. Self-Directed videos used by researchers are in accordance with the 2015 AHA guidelines. Videos given to respondents have a duration of about 7 minutes. The research instrument was questionnaire and observation sheet. Bivariate analysis using post hoc Wilcoxon friedman test to see the effect of self-directed video on knowledge and skills before, shortly after intervention, 1 week after intervention and 2 weeks after intervention.

The results showed that knowledge and skills shortly after the intervention, 1 week after the intervention, and 2 weeks after the intervention there was a significant increase compared to before the intervention. This research is in line with research conducted by Hernández-Padilla et al., (2015) stating that there is an increase in knowledge in a group of student-directed groups that use media learning technology compared to instructor-focused learning. This study was also in line with research conducted by Benoit et al., (2017) which states that there is an increase in skills in the group given a short video related to how to properly perform pulmonary heart resuscitation. Respondents can do the simulation independently by watching the video provided.

The conclusion was that knowledge and skills immediately after the intervention (P2 and K2), 1 week after intervention (P3 and K3), and 2 weeks after the intervention (P4 and K4) there was a significant increase compared to before the intervention (P1 and K1). However, there was no difference in the measurement immediately after the intervention, 1 week after the intervention and 2 weeks after intervention in the volunteer community in Malang. Self-directed videos were able to increase knowledge and skills that remain for 2 weeks.

Suggestions for further research are expected to be able to conduct research with the retention of knowledge, skills and other variables in the long term to measure the ability to remember respondents.



awijaya universitas Brawijaya universitas Brawijaya universitas Brawijaya universitas Brawijaya
awijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
awijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
awijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
awijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
awijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
PENGARUH PEMBELAJARAN SELF-DIRECTED VIDEO TERHADAP RETENSI TINGKAT PENGETAHUAN DAN KETERAMPILAN RESUSITASI JANTUNG PARU PADA KOMUNITAS RELAWAN PPMR DI KOTA MALANG

awijaya **Apriyani¹, Retty Ratnawati², Ika Setyo Rini³**

awijaya ¹Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

awijaya ^{2,3}Staf Pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

ABSTRAK

Cardiac arrest merupakan kondisi kegawatdaruratan kardiovaskular yang menjadikannya penyebab kematian tertinggi di dunia khususnya pada negara berkembang dan maju. Kejadian *out-of-hospital cardiac arrest* (OHCA) ditemukan oleh orang awam sehingga mereka mempunyai peranan yang penting terhadap *survival rate* pasien. *cardiac arrest* terutama dalam pelaksanaan RJP. Salah satu cara meningkatkan kemampuan orang awam dalam melakukan RJP yaitu dengan menggunakan media *self-directed video*. Akan tetapi ada penelitian yang menyatakan bahwa media *self-directed video* kurang efektif dibandingkan dengan metode biasa dalam meningkatkan pengetahuan. Dengan adanya hasil penelitian yang kontradiktif serta masih belum adanya penelitian yang menyatakan bahwa *self-directed video* mampu meningkatkan retensi pengetahuan dan keterampilan sehingga perlu dilakukan penelitian dengan menggunakan *self-directed video*. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa pengaruh *self-directed video* terhadap retensi tingkat pengetahuan dan keterampilan relawan dalam melakukan resusitasi jantung paru (RJP). Penelitian ini menggunakan desain *quasy experiment* dengan pendekatan *pretest-posttest*. Pengetahuan dan keterampilan diukur sebelum, sesudah, 1 minggu sesudah intervensi dan 2 minggu sesudah intervensi menggunakan kuesioner dan lembar observasi. Data dianalisis menggunakan Wilcoxon. Hasil penelitian didapatkan bahwa pengetahuan dan keterampilan sesaat setelah intervensi, 1 minggu setelah intervensi, dan 2 minggu setelah intervensi terdapat kenaikan yang signifikan dibanding dengan sebelum intervensi. *Self-directed video* mampu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang menetap selama 2 minggu.

Kata Kunci: Keterampilan, Pengetahuan, *Self-Directed Video*, Relawan

THE EFFECT OF SELF-DIRECTED VIDEO LEARNING ON RETENTION OF KNOWLEDGE LEVEL AND SKILLS OF CARDIO PULMO RESUSCITATION TO THE VOLUNTEER OF PPMR COMMUNITY IN MALANG CITY

Apriyani₁, Retty Ratnawati₂, Ika Setyo Rini₃

¹ Nursing Masters Study Program, Faculty of Medicine, University of Brawijaya

^{2*3} Teaching Staff of the Faculty of Medicine, University of Brawijaya

ABSTRACT

Cardiac arrest is a cardiovascular emergency which is the highest cause of death in the world, especially in developing and developed countries. The incidence of out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) is found by lay people so that they have an important role in the patient's survival rate of cardiac arrest, especially in the implementation of CPR. One way to improve the ability of lay people to do CPR is to use learning methods using media self-directed videos. However, there are studies that state that media self-directed videos are less effective than ordinary methods of increasing knowledge. With the existence of contradictory research results and the lack of research that states that self-directed videos are able to increase the retention of knowledge and skills so research needs to be done by using self-directed videos. This study aimed to analyze the effect of self-directed video on retention of the level of knowledge and skills of volunteers in conducting cardiac pulmonary resuscitation (CPR). This study used a quasi experiment design with the pretest-posttest approach. Knowledge and skills were measured before, after, 1 week after the intervention and 2 weeks after the intervention using questionnaires and observation sheets. Data were analyzed by using Wilcoxon.

The results showed that knowledge and skills immediately after the intervention, 1 week after the intervention, and 2 weeks after the intervention there was a significant increase compared to before the intervention. Self-directed videos are able to increase knowledge and skills that remain for 2 weeks.

Keywords: Knowledge, Self-Directed Video, Skills, Volunteers

DAFTAR ISI	
Halaman Judul	ii
Halaman Pengesahan	iii
Halaman Pernyataan Orisinalitas Tesis	iv
Identitas Tim Penguji	v
Pernyataan Publikasi Dan Komunikasi Ilmiah	v
Kata Pengantar	vi
Ringkasan	viii
Abstrak	xiii
Daftar Isi	xvii
Daftar Table	xvii
Daftar Gambar	xviii
Daftar Skema	xix
Daftar Lampiran	xx
Daftar singkatan	xxi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Tujuan Penelitian	7
1.3.1. Tujuan Umum	7
1.3.2. Tujuan Khusus	7
1.4. Manfaat Penelitian	8
1.4.1. Manfaat Teoritis	8
1.4.2. Manfaat Praktis	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Resusitasi Jantung Paru	9
2.1.1 Konsep Resusitasi Jantung Paru	9
2.1.2 Konsep <i>Out Hospital Cardiac Arrest</i> (OHCA)	14
2.1.3 Konsep <i>Bystander RJP</i>	23
2.1.4 <i>Self Direction Video</i>	24
2.2 Konsep retensi	26

BAB III METODE PENELITIAN	38
3.1. Kerangka Konsep	38
3.2. Hipotesa Penelitian	40
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	41
4.1 Desain Penelitian	41
4.2 Populasi dan Sampel	42
4.3 Variabel penelitian	43
4.4 Definisi Operasional	44
4.5 Waktu dan tempat Penelitian.....	46
4.6 Alat.....	46
4.7 Uji Validitas dan Reabilitas	48
4.8 Alur penelitian.....	50
4.9 Prosedur Pengumpulan Data	51
4.10 Pengolahan dan Analisa Data	52
4.11 Etika Penelitian.....	53
BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA	55
5.1 Analisa Univariat	55
5.2 Analisa Bivariat	57
BAB VI PEMBAHASAN	60
6.1 Pengaruh Self-directed Video Terhadap Pengetahuan Sebelum, Sesudah, 1 Minggu Sesudah dan 2 Minggu Sesudah Intervensi Pada Komunitas Relawan PPMR di Kota Malang	60
6.2 Pengaruh Self-directed Video Terhadap Keterampilan Sebelum, Sesudah, 1 Minggu Sesudah dan 2 Minggu Sesudah Intervensi Pada Komunitas Relawan PPMR di Kota Malang	64
6.3 Implikasi Penelitian	69
6.4 Keterbatasan	70
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	71
7.1 Kesimpulan	71
7.2 Saran	72
DAFTAR PUSTAKA	



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional	45
Tabel 5.1 Karakteristik responden berdasarkan umur, pengetahuan, keterampilan dan frekuensi pemutaran video	56
Tabel 5.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dan pengalaman menemukan kasus henti jantung	57
Tabel 5.3 Hasil Post Hoc Wilcoxon Pengaruh <i>Self-directed Video</i> Terhadap Pengetahuan Pada Komunitas Relawan PPMR di Kota Malang	58
Tabel 5.4 Hasil Post Hoc Wilcoxon Pengaruh <i>Self-directed Video</i> Terhadap Keterampilan Pada Komunitas Relawan PPMR di Kota Malang	59





Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian	37
Skema 3.1 Kerangka Konsep	38
DAFTAR SKEMA	
Halaman	



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Tesis

Lampiran 1. Lembar Kuesioner dan observasi

Lampiran 2. *Informed Consent*

Lampiran 3 Keterangan Laik Etik (*Ethical Clearance*)

Lampiran 4 Ijin Penelitian dari Lokasi Penelitian dan Selesai Melakukan Penelitian

Lampiran 5 Hasil Analisa Data

Lampiran 6 Surat Keterangan Bebas Plagiasi

Lampiran 7 Manuskrip

Lampiran 8 Keterangan Bebas Predator

Lampiran 9 *Letter of Acceptance* (LOA)

Lampiran 10 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 11 Lembar Konsultasi Pembimbing



DAFTAR SINGKATAN	
AED	: <i>Automated External Defibrillator</i>
AHA	: <i>American Heart Association</i>
ALS	: <i>advanced life support</i>
CPR	: <i>Cardiopulmonary Resuscitation</i>
DNR	: <i>do-not-resuscitation</i>
EMS	: <i>Emergency Medical Services</i>
ETT	: <i>Endo tracheal tube</i>
HIPGABI	: Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana Indonesia
OHCA	: <i>Out-of-Hospital Cardiac Arrest</i>
PEA	: <i>Pulseless Electrical Activity</i>
PPMR	: Paguyuban Persaudaraan Malang Raya
RJP	: Resusitasi Jantung Paru
SPGDT	: Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu
VF	: <i>Ventricular Fibrillation</i>
VT	: <i>Pulseless Ventricular Tachycardia</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kegawatdaruratan bisa terjadi dimana saja dan kapan saja. Upaya untuk mengatasi kegawatdaruratan pada saat penyelamatan jiwa atau *life saving* yaitu dengan mempertimbangkan waktu, dan nyawa korban yang menjadi tantangannya (Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana Indonesia, 2012).

Kejadian henti jantung merupakan suatu kondisi kegawatdaruratan dari penyakit jantung yang paling sering terjadi (A. Proclemer et al., 2012). Henti jantung (*cardiac arrest*) dan kasus kegawatdaruratan yang mengancam nyawa adalah masalah kesehatan global yang sangat penting, dimana penilaian awal yang cepat dan respon yang benar dan cepat dapat mencegah kematian atau kecacatan permanen (Lami et al., 2016). Kejadian henti jantung terjadi tidak hanya pada usia tua akan tetapi kejadian henti jantung terjadi juga pada usia muda (A. Proclemer et al., 2012).

Henti jantung terjadi pada saat jantung mengalami malfungsi serta berhenti berdenyut secara tiba-tiba yang disebabkan adanya gangguan atau masalah pada kelistrikan jantung (Abella Benjamin et al., 2008). Henti jantung bisa terjadi disemua lokasi, baik yang bisa dianantisipasi (pada saat perawatan di ruang rawat intensif) ataupun yang tidak bisa diantisipasi (diluar rumah sakit) (American Heart Association, 2017). *Out-of-Hospital Cardiac Arrest* (OHCA) adalah suatu kejadian henti jantung yang terjadi diluar rumah sakit (B. McNally et al., 2011). *Out-of-Hospital Cardiac Arrest* (OHCA) adalah salah satu fokus permasalahan kesehatan dunia karena angka kejadiannya yang cukup tinggi (Berdowski et al., 2010). Pasien dengan keadaan OHCA pada umumnya memiliki gambaran EKG

Lethal dengan ditandai dengan *Ventrikuler Takikardia* (VT), *Pulseless Electrical Activity* (PEA), *Ventrikuler Fibrilasi* (VF), dan *Asystole* (Berg et al., 2010).

Data menunjukkan bahwa 70% kasus OHCA terjadi di rumah dan hampir 90% orang yang mengalami OHCA meninggal dunia (AHA, 2017). Di Amerika

Serikat, kejadian OCHA tercatat hampir 360.000 atau dapat dikatakan hampir 1000 kasus per hari (Wissenberg et al., 2013). Indonesia mempunyai angka kejadian OHCA yang dapat diperkirakan mencapai 10.000 kasus per tahun atau terdapat 30 kejadian OHCA setiap hari (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

Tingginya angka kejadian OHCA yang mendapatkan tindakan *Cardiopulmonary Resuscitation* (CPR) atau Resusitasi Jantung Paru (RJP) oleh orang disekitar korban yaitu sebanyak 40,1% serta diperoleh angka keberlangsungan hidup korban yang diberikan tindakan RJP dilokasi kejadian sekitar 9,5% (AHA, 2014). Hal ini menunjukkan bahwa orang yang berada disekitar korban pada saat kejadian memiliki peranan penting untuk meningkatkan keberlangsungan hidup korban dengan henti jantung (Comilla Sasson et al., 2013).

Korban dengan henti jantung harus dilakukan pertolongan dalam kurun waktu di bawah 10 menit atau disebut *Golden Period* (waktu emas). Hal ini dikarenakan pada saat jantung berhenti memompa maka aliran darah tidak akan disalurkan ke seluruh tubuh termasuk ke otak. Otak merupakan organ yang paling cepat mengalami kerusakan. Jika otak tidak mendapatkan asupan oksigen dan glukosa lebih dari 10 menit maka otak akan mengalami kerusakan atau kematian permanen. Ketika hal itu terjadi maka tingkat keberlangsungan hidup korban akan menurun (Diana, 2010).

Kemampuan untuk bertahan hidup pada korban dengan henti jantungwijaya akan berkurang 7-10% pada setiap menitnya, sedangkan untuk menungguwijaya bantuan dan kedatangan anggota medis membutuhkan waktu yang tidakwijaya sebentar. Penderita dengan *Cardiac Arrest* harus dilakukan tindakan secarawijaya cepat, tepat oleh orang yang berada disekitar korban dengan melakukan tindakanwijaya pertolongan pertama (Wibrandt *et al.*, 2015). Tindakan RJP yang dilakukan akanwijaya memberikan kesempatan bertahan hidup 2 sampai 3 kali lipat. Sebaliknya,wijaya keterlambatan dalam melakukan tindakan RJP akanmenurunkan kesempatanwijaya hidup pada korban henti jantung (AHA, 2017).

Respon terhadap korban henti jantung yang efektif sangat membutuhkan tindakan yang terdiri dari 5 rantai keberlangsungan hidup (*Chain of Survival*) yaitu 1) akses awal atau menghubungi ambulan, 2) RJP, 3) tindakan defibrilasi, 4) memberikan tindakan bantuan hidup lanjut yang efektif dan 5) memberikan perawatan korban pasca henti jantung yang terintegrasi. Tindakan *Chain of Survival* memiliki tujuan yaitu untuk meningkatkan kemampuan dalam mengenaliwijaya adanya henti jantung serta meningkatkan ketepatan waktu dan kualitaswijaya pelayanan. Terdapat 3 rantai pertama *Chain of Survival* yang bergantung pada peran serta masyarakat yaitu akses awal atau menghubungi ambulan, RJP, dan tindakan defibrilasi jika tersedia (Graham *et al.*, 2015). Akan tetapi di Indonesia, peralatan defibrillator masih sangat terbatas tersedia ditempat umum, sehingga untuk meningkatkan keberlangsungan hidup pada kasus henti jantung yang perlu diperkuat adalah 2 rantai pertama keberlangsungan hidup yaitu menghubungiwijaya ambulan dan melakukan tindakan RJP.

Salah satu cara yang bisa dilakukan untuk memperkuat 2 rantai pertamawijaya *chain of survival* yaitu meningkatkan jumlah penolong pada pasien henti jantungwijaya di luar rumah sakit melalui pemberian edukasi mengenai tindakan RJP pada

bystander. Terjadinya peningkatan pada persentase jumlah bystander yang memperoleh pelatihan tentang tindakan RJP merupakan bagian integral semua strategi untuk meningkatkan respon komunitas pada kasus henti jantung diluar rumah sakit (Cave *et al.*, 2011).

Komunitas relawan merupakan komunitas yang lahir dari keinginan bersama untuk membantu sesama yang membutuhkan misalnya korban bencana alam, korban kecelakaan lalu lintas dan lain sebagainya. Relawan mempunyai peluang untuk menemui seseorang dengan henti jantung secara mendadak.

Komunitas relawan di kota Malang merupakan suatu komunitas yang terdiri dari

4 komunitas diantaranya yaitu *Public Safety Center* (PSC), *Ready Just Target*

(RJT), Patriot Kemanusiaan (PAKEM), Paguyuban Persaudaraan Malang Raya

(PPMR). Komunitas relawan PSC merupakan komunitas dibawah naungan

Dinkes kota Malang, RJT bekerjasama dengan PMI, dan untuk komunitas PAKEM

dan PPMR berdiri sendiri (mandiri). Komunitas relawan PPMR belum sepenuhnya

mendapatkan pelatihan dasar dikarenakan komunitas relawan ini setiap tahunnya

selalu menerima anggota baru, sehingga sebagian anggota relawan masih adanya

yang belum mendapatkan pembelajaran bantuan hidup dasar terutama

pembelajaran dalam menolong korban dengan henti jantung. Komunitas relawan

PPMR terdiri dari berbagai macam profesi diantaranya tenaga kesehatan, guru,

satpam, ibu rumah tangga, gojek online, dan profesi lainnya.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti pada

tanggal 6 Oktober 2018 pada komunitas relawan PPMR didapatkan informasi

bahwa komunitas relawan berjumlah 80 orang. Komunitas relawan PPMR selalu

mendapatkan pembelajaran atau pelatihan 3 kali dalam setahun. Komunitas

relawan PPMR selalu siap dalam melakukan pertolongan kepada yang

membutuhkan misalnya bencana alam, kecelakaan lalu lintas dan lainnya.

Melalui pembelajaran yang akan diberikan diharapkan mampu meningkatkan wajaya
komitmen dalam memberikan pertolongan pada kejadian nyata khususnya wajaya
bersedia menjadi relawan dalam kasus henti jantung.

Model pembelajaran *self-directed video* merupakan suatu pembelajaran
secara mandiri yang mampu memberdayakan masyarakat lewat tayangan video
serta arahan yang disampaikan pada video. Kelebihan dari media *self-directed*
video yaitu video dapat diputar berulang kali dimanapun dan kapanpun karena wajaya
video tersebut dibagikan kepada peserta yang mengikuti pelatihan dan dari segi wajaya
materi penyampaiannya lebih konsisten. *Self-directed video* menjadi salah satu wajaya
yang mampu meningkatkan kemampuan dalam pertolongan pada korban dengan
henti jantung dapat menjadi solusi dan inovasi dalam pelatihan RJP. Akan tetapi
ada penelitian Wibawa (2007) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan
antara metode demonstrasi dan metode pemutaran video. Kelompok metode
demonstrasi pada tingkat pengetahuan sebanyak 58,97% lebih tinggi
dibandingkan dengan kelompok pemutaran video sebanyak 24,19%. Dalam hal wajaya
ini metode demonstrasi lebih efektif dibandingkan dengan metode pemutaran wajaya
video dalam meningkatkan pengetahuan (Wibawa, 2007a).

Pengetahuan merupakan suatu aktivitas mental yang dikembangkan
melalui proses belajar dan disimpan dalam ingatan akan digali pada saat
dibutuhkan (Notoatmodjo, 2012). Berdasarkan penelitian Cokkinos (2012) yang
melibatkan orang awam bahwa pengetahuan responden meningkat setelah
dilakukannya pelatihan RJP (Cokkinos et al., 2012). Terjadinya peningkatan pada
pengetahuan pada umumnya disertai juga dengan peningkatan kemampuan wajaya
psikomotor untuk melakukan RJP. Psikomotor merupakan hasil belajar yang wajaya
muncul dalam bentuk keterampilan dan kemampuan bertindak (Notoatmodjo,
2012).

Peningkatan pengetahuan dan keterampilan dalam penanganan korbanwijaya henti jantung mampu memberikan dampak yang signifikan untuk meningkatkanwijaya keberhasilan hidup pada kasus henti jantung (Besma & Chick, 2011). Akan tetapiwijaya pelatihan RJP pada kenyataannya tidak selalu diikuti oleh retensi kemampuan pada setiap individunya. Beberapa penelitian yang lain juga menyebutkan bahwa kemampuan dalam melakukan tindakan RJP akan terus menurun seiring berjalannya waktu (Adekola *et al.*, 2013). Hal ini sejalan dengan penelitian Linda wijaya bahwa terdapat penurunan retensi pengetahuan dan keterampilan mahasiswa 1wijaya bulan setelah mengikuti pelatihan RJP, hal ini disebabkan oleh kurangwijaya terpaparnya dengan kasus pasien dengan henti jantung yang sangat membutuhkan tindakan RJP (Linda Widyarani, 2018). Pelatihan RJP dengan menggunakan media simulasi memerlukan kemampuan pengetahuan (kognitif) dan keterampilan (psikomotor). Pada umumnya pengetahuan harus mampu bertahan lebih lama sedangkan keterampilan menurun dengan cepat bahkanwijaya sejak 2 minggu setelah pelatihan diberikan (Jantti *et al.*, 2009). Berdasarkanwijaya hasil penelitian serupa menunjukkan bahwa keterampilan memburuk lebih cepatwijaya dari pengetahuan. Penurunan mulai teridentifikasi setelah 1 minggu setelah pelatihan dilakukan (Gloria, 2011).

Dengan mempertimbangkan masih terdapatnya hasil penelitian yang kontradiktif serta belum adanya penelitian yang menyatakan bahwa model pembelajaran *self-directed video* dapat meningkatkan retensi pengetahuan dan keterampilan sehingga perlu dilakukannya penelitian dengan menggunakan *self-directed video* untuk melihat pengetahuan dan keterampilan dalam melakukanwijaya tindakan resusitasi jantung paru.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Apakah terdapat pengaruh pembelajaran *self-directed video* terhadap retensi pengetahuan dan keterampilan resusitasi jantung paru (RJP) pada komunitas relawan PPMR di Kota Malang?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh pembelajaran *self-directed video* terhadap retensi pengetahuan dan keterampilan resusitasi jantung paru (RJP) pada komunitas relawan PPMR di Kota Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisa perubahan pengetahuan sebelum dan setelah intervensi (sesaat setelah intervensi, 1 minggu setelah intervensi, dan 2 minggu setelah pemberian pembelajaran dengan *self-directed video*) pada komunitas relawan PPMR di kota Malang.
2. Menganalisis perbedaan retensi pengetahuan sesaat setelah intrevensi, 1 minggu setelah intervensi dan 2 minggu setelah pemberian pembelajaran dengan *self-directed video* pada komunitas relawan PPMR di kota Malang.
3. Menganalisa perubahan keterampilan sebelum dan setelah intervensi (sesaat setelah intervensi, 1 minggu, dan 2 minggu setelah pemberian pembelajaran dengan *self-directed video*) pada komunitas relawan PPMR di kota Malang.

4. Menganalisis perbedaan retensi keterampilan sesaat setelah intrevensi, 1 minggu setelah intervensi dan 2 minggu setelah pemberian pembelajaran

Brawijay
Malang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Memberikan pengetahuan untuk penanganan dan pengetahuan terkait retensi pengetahuan dan keterampilan dengan menggunakan *self-directed* video pada korban dengan kondisi henti jantung pada komunitas relawan PPMR.

1.4.2 Manfaat Praktis

- 
 1. Metode pembelajaran dengan menggunakan *self-directed video* ini menjadikan relawan bisa meningkatkan frekuensi untuk mengulang pembelajaran.
 2. Memberikan pelatihan yang dapat meningkatkan kelangsungan hidup pada pasien dengan kondisi henti jantung.
 3. Memberikan peningkatan angka keselamatan (*survival rate*) pada pasien dengan henti jantung dengan peningkatan retensi pengetahuan dan kemampuan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Resusitasi Jantung Paru

2.1.1 Konsep Resusitasi Jantung Paru

2.1.1.1 Pengertian Resusitasi Jantung Paru

Resusitasi Jantung Paru dapat diartikan sebagai suatu bentuk tindakan pertama kali yang harus diberikan kepada korban dengan henti jantung dengan melakukan kompresi dada yang berkualitas tinggi dengan kecepatan, kedalaman yang tepat dan memberikan ventilasi yang adekuat guna mengembalikan denyut jantung penderita yang hilang (*American Heart Association*, 2015). Resusitasi jantung paru adalah sebuah fondasi utama yang diberikan guna menyelamatkan pasien dengan henti jantung. Resusitasi jantung paru merupakan serangkaian tindakan untuk menyelamatkan nyawa dan meningkatkan kualitas hidup pada pasien dengan henti jantung (Travers *et al.*, 2010).

Resusitasi jantung paru merupakan salah satu komponen dalam rangka kelangsungan hidup. Kelangsungan hidup merupakan tahapan yang bisa digunakan untuk meningkatkan keberhasilan pertolongan pada pasien dengan henti jantung. Terdapat beberapa tujuan antara lain; (1) RJP dilakukan untuk mencegah kerusakan otak dan kematian ketika seseorang mengalami henti jantung. Henti jantung bisa berhenti karena penyakit jantung, kecelakaan kendaraan, tenggelam atau tersedak. (2) RJP bisa menyokong jantung dan otak dengan oksigen sampai petugas kesehatan datang (Jones, 2016).

2.1.1.2 Indikasi Resusitasi Jantung Paru

Tindakan RJP harus dilakukan dengan segera dengan kondisi korban yang tidak sadarkan diri dan disertai juga dengan tanda *pulseless* (tidak ada nadi).

Tindakan RJP harus segera dilakukan sebelum irama diidentifikasi dan bisa dilanjutkan sampai defibrillator sudah terpasang. Kondisi aritmia memerlukan tindakan RJP secara segera diantaranya yaitu *Ventricular Fibrillation (VF)*, *Pulseless Electrical Activity (PEA)*, *Pulseless Ventricular Tachycardia (VT)*, *Pulseless Bradycardia* dan *asystole* (Bon et al., 2018).

2.1.1.3 Kontraindikasi Resusitasi Jantung Paru

Kontraindikasi dari tindakan RJP yaitu permintaan *do-not-resuscitation* (DNR) atau indikasi medis yang lainnya yang tidak bisa dilakukan tindakan RJP pada pasien dengan henti jantung. Serta dilihat dari kondisi medis korban yang tidak menunjukkan hasil tindakan RJP yang sia-sia (Bon et al., 2018).

2.1.1.4 Tahap-Tahap Melakukan Resusitasi Jantung Paru

Tahapan dari tindakan RJP yaitu *Circulasi, Airway, Breathing (CAB)* dengan rasio 30 kompresi : 2 ventilasi selama 5 siklus. Tindakan RJP harus dilakukan dengan segera oleh penolong guna meminimalisir terjadinya interupsi (American Heart Association, 2015). Adapun tahapan RJP menurut AHA yaitu

a. Kaji Danger

Sebelum melakukan tindakan, penolong harus mengamankan kondisi lingkungan sekitar, korban dan penolong sendiri.

b. Cek Respon

Apabila menemukan korban yang tidak sadarkan diri secara tiba-tiba, maka penolong harus memastikan korban mengalami henti jantung atau tidak dengan cara memeriksakan respon korban dengan memanggil atau menggoyang bahu korban dengan pelan. Apabila pasien tidak ada respon maka penolong harus mengaktifkan sistem tanggap darurat (SPGDT)

atau meminta kepada orang lain untuk menelepon petugas kesehatan yang terdekat serta penolong harus mengecek pernafasan korban sampai petugas kesehatan tiba di tempat kejadian. Cek nadi korban kurang dari 10 detik dan jika tidak terdeteksi maka lakukan kompresi dada.

c. *Chest Compression*

Tindakan kompresi dada bisa mengalirkan darah ke organ-organ vital dan dapat meningkatkan sirkulasi. Tindakan RJP yang berkualitas dapat dinilai berdasarkan :

1) Penempatan Tangan Yang Tepat Saat Kompresi (Correct Compression)

Hands Placement)

Penolong dituntut harus mampu mengidentifikasi letak penempatan tumit tangan pada area dada pasien. Penolong harus mampu meletakkan tumit tangan ditengah dada pasien (setengah bagian bawah dari sternum) dan satu tumit yang lainnya berada tepat diatas tangan pertama. Tindakan ini dilakukan untuk memastikan bahwa titik kompresi yang tepat mampu memberikan kompresi yang baik guna menghasilkan *cardiac output* yang cukup saat dilakukan CPR (Berg *et al.*, 2010).

2) Laju Kompresi Yang Cukup (*Adequate Rate*)

Laju kompresi diartikan sebagai frekuensi dari kompresi dada sepanjang satu rangkaian kompresi (Janntti & Hellena, 2010). Laju kompresi mudah untuk diukur dan dimodifikasi. *Guideline AHA* merekomendasikan laju kompresi minimal 100 x/menit (30 kompresi dalam 18 detik). Laju kompresi merupakan determinan penting dari kemungkinana ROSC dan hasil neurologis. Sebuah studi menyatakan bahwa laju kompresi >80 x/menit berpengaruh signifikan terhadap

ROSC. Pada studi lain menunjukkan bahwa laju kompresi antara 68-89 kompresi/menit mampu meningkatkan angka keselamatan setara dengan laju kompresi 120/menit. Namun dalam *guideline* menyebutkan bahwa laju kompresi 100x/menit merupakan jumlah yang cukup. (Berg et al., 2012)

3) Kedalaman Yang Cukup (Adequate Deep)

Kedalaman kompresi diartikan sebagai defleksi posterior maksimum dari sternum pada *recoil* normal dinding dada. Kompresi dada merupakan salah satu bagian terpenting dalam CPR kualitas tinggi. Kompresi dada dapat menghasilkan aliran darah kritis dan oksigen sebagai sumber energi bagi jantung dan otak. Kompresi dada pada setiap penekanan minimum berkedalaman 2 inci (50 milimeter) pada orang dewasa (*Meaney Peter et al., 2013*)

4) Recoil Dada Yang Sempurna (*Complete Chest Recoil*)

Recoil dada yang sempurna ketika pengkompresi melepaskan dinding dada secara penuh saat akhir kompresi. Kompresi dada yang tidak sempurna dapat muncul ketika seorang penolong menumpukan tumit tangannya di dada pasien sehingga mencegah dada mengembang secara maksimal. Bertumpunya penolong pada dada pasien menyebabkan menurunnya aliran darah ke jantung, menurunkan venous return dan cardiac output (Meaney Peter et al., 2013). Recoil

dada yang tidak sempurna merupakan masalah yang umumnya terjadi saat penolong mengalami kelelahan. Recoil dinding dada yang tidak sempurna selama CPR dihubungkan dengan peningkatan tekanan intrathorax sehingga secara signifikan berpengaruh terhadap

penurunan hemodinamik seperti penurunan perfusi koroner, cardiac index, aliran darah mikardial dan perfusi serebral (Berg *et al.*, 2010).

4) Gangguan Minimal (*Minimal Interruption*)

Pada saat melakukan CPR penolong harus sedapat mungkin mengurangi terjadinya gangguan pada saat terjadinya proses kompresi dan ventilasi. Gangguan dapat ditoleransi adalah tidak lebih dari 10 detik disetiap 2 menit siklus CPR. Proses ini menghasilkan *Chest Compression Fraction (CCF) > 90%* (Edelson *et al.*, 2011). CCF adalah proporsi waktu dari kompresi dada yang dilakukan selama penanganan henti jantung. Sumber interupsi pada umumnya berasal dari pemeriksaan nadi atau irama jantung, ventilasi, defibrilasi, intubasi, dan intravenous access (A. Travers *et al.*, 2010).

5) Hindari ventilasi yang berlebihan (*Avoid Excessive Ventilation*)

Ventilasi yang berlebihan tidak dianjurkan karena akan mengakibatkan dada terhalang untuk mengembang sehingga AHA (2010) merekomendasikan pemberian ventilasi dengan acuan sebagai berikut:

a) *Rescue Breathing* diberikan selama 10-12 x/menit atau 1x tiap 5-6 detik .

b) Berikan tidal volume yang cukup untuk menimbulkan pengembangan dinding dada yang terlihat (*visible chest rise*). Tidal

volume cukup berkisar antara 500-600 ml (6-7 ml/kg)

c) Gunakan rasio ventilasi kompresi 30:2

d. *Airway*
Penolong harus memastikan jalan nafas terbuka dan bersih yang dapat memungkinkan korban bernafas. Membersihkan jalan napas dengan menggunakan teknik jari silang (*Cross Finger*) untuk membuka mulut.

Penolong bisa membuka jalan napas dengan cara mengangkat dahit dan dagu korban secara perlahan (*head tilt and chin lift*); teknik ini tidak bisa dilakukan pada korban dengan trauma kepala atau leher dan teknik untuk membuka jalan nafas lainnya yaitu *jaw thrust*, teknik ini digunakan pada pasien dengan cedera servikal.

e. *Breathing*

Tujuannya yaitu untuk memastikan oksigen pada korban adekuat dan mengalir ke seluruh organ vital dengan baik. Nafas buatan diberikan 2 kali selama 5 siklus dengan volume 500-600 ml. Dengan cara lewat mulut (hidung korban ditutup kemudian penolong ambil nafas panjang dan segera tiupkan pada mulut korban dengan perlahan).

2.1.2 Konsep *Out Hospital Cardiac Arrest* (OHCA)

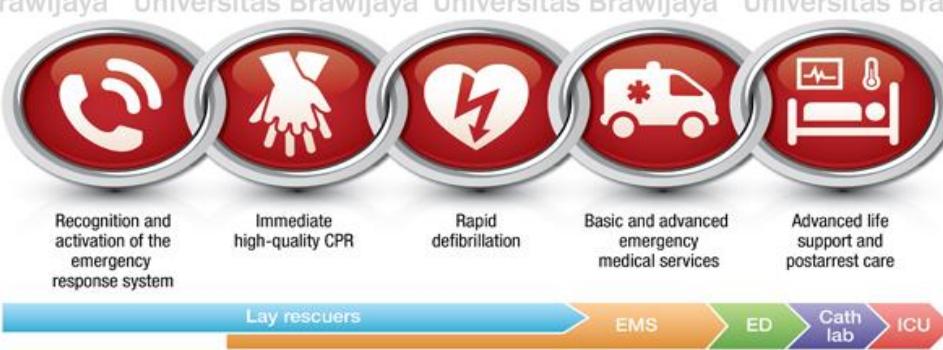
2.1.2.1 Pengertian *Out Hospital Cardiac arrest* (OHCA)

Henti jantung dapat diartikan sebagai suatu peristiwa berhentinya aktivitas mekanikal dari jantung yang ditandai dengan tidak ada respon dari pasien, hilangnya denyut nadi, dan berhenti bernafas (Jannti & Hellena, 2010). Henti jantung adalah suatu fenomena yang muncul ketika jantung kehilangan fungsi untuk memompa darah secara efektif dan bahkan tidak bisa lagi melakukan aktivitas sama sekali, fenomena ini ditandai dengan hilangnya denyut nadi (Tony Suharsono & Ningsih, 2008). Henti jantung (*cardiac arrest*) terjadi pada saat jantung berhenti berfungsi secara tiba-tiba dan berhenti berdenyut secara normal. *Out of hospital cardiac arrest* (OHCA) adalah suatu kejadian henti jantung yang terjadi diluar rumah sakit yang ditandai dengan tidak terdapatnya tanda-tanda sirkulasi (AHA, 2015).

Henti jantung terjadi secara tiba-tiba dimana penderita sendiri tidak menyadari kondisinya. Serangan jantung bermula dari nyeri ringan dan merasakan ketidaknyamanan di daerah dada. Gejala dari henti jantung yang paling umum yaitu perasaan tertindih berat berat, seperti diremas, merasakan sesak atau nyeri dibagian pertengahan dada dan disertai dengan perasaan tidak nyaman yang menyebar menuju bahu, leher, rahang bawah, dan menjalar ke bagian perut atas yang berlangsung lebih dari 20 menit. Pasien juga merasakan mual, sesak nafas lemah, dan pasien bisa langsung tidak sadarkan diri (Twijaya, Suharsono & Kartikawati, 2009). Tanda-tanda dari penyakit henti jantung ini sangatlah penting diperkenalkan kepada orang awam sebagai penolong pertama (*bystander*) (Berg *et al.*, 2010).

2.1.2.2 Penanganan OHCA

Tindakan resusitasi yang efektif dan efisien bergantung dari tindakan yang dilakukan secara terstruktur atau yang sering disebut *chain of survival* (Christenson *et al.*, 2007). Penatalaksanaan pada pasien OHCA yaitu dengan menggunakan prinsip *chain of survival*. Prinsip ini diawali dengan mengenali korban yang mengalami henti jantung, menghubungi ambulance (*early acces*), melakukan tindakan RJP (*early CPR*), pemberian defibrilasi dengan segera (*early defibrillation*), memberikan tindakan bantuan hidup lanjut yang efektif dan memberikan perawatan korban pasca henti jantung yang terintegrasi (*early advance care*) (Travers *et al.*, 2010).



Gambar 2.1 *Chain of survival OHCA* (Sumber: AHA, 2015)

1. Pengenalan dini (*Early Recognition*) henti jantung dan aktivasi pelayanan gawat darurat (*Activation of Emergency Medical Services / EMS*)

Pengenalan dini dari kejadian henti jantung pada orang dewasa berdasarkan pada pengkajian kesadaran (*Responsiveness*) dan hilangnya pola nafas yang normal (Field, Hazinski, et al., 2010). Apabila penolong atau tenaga medis mendapati pasien yang tiba-tiba jatuh dalam kondisi yang tidak sadarkan diri, tindakan pengenalan kesadaran harus segera dilakukan setelah memastikan bahwa kondisi lingkungan sekitar aman untuk pasien dan penolong. Pengenalan kesadaran dapat dilakukan dengan cara menggoyangkan lembut bahu pasien dan menanyakan "apakah anda baik-baik saja?" atau memberikan perintah sederhana (Australian Resuscitation Council, 2011). Pasien dengan henti jantung mungkin menunjukkan gejala awal berupa pola nafas yang tidak normal (gasping). Kebingungan dalam menentukan kondisi pasien akan menghambat proses pengaktifan pelayanan gawat darurat (*Activation of Emergency Medical Services / EMS*) dan inisiasi CPR yang mungkin berdampak langsung pada kemungkinan keselamatan pasien (Field, John, et al., 2010). Pada penolong orang awam, tidak disarankan untuk memeriksa denyut nadi, sedangkan

pada penolong tenaga kesehatan, pengecekan denyut nadi boleh dilakukan dengan rentang maksimal 10 detik (Berg *et al.*, 2010) berfokus pada peningkatan kewaspadaan penolong mengenali tanda yang tidak biasa pada pasien dengan henti jantung (Field, John, *et al.*, 2010). Segera setelah penolong mengenali tanda-tanda henti jantung, penolong harus segera mengaktifkan pelayanan gawat darurat (*Activation of Emergency Medical Services / EMS*) (Berg *et al.*, 2010). Penolong harus segera menghubungi 118 (atau nomor EMS terdekat) untuk meminta bantuan. Adapun informasi yang harus disampaikan antara lain: lokasi korban, nomor telepon yang dipakai, apa yang telah terjadi, jumlah korban, meminta ambulan segera dikirim dan tutup telefon hanya jika diminta oleh petugas (T Suharsono & Kartikawati, 2009).

Waktu merupakan komponen penting dalam penatalaksanaan henti jantung. Semakin cepat pengenalan tanda henti jantung dan aktivasi pelayanan gawat darurat dilakukan, maka kesempatan pasien bertahan hidup makin besar (T Suharsono & Kartikawati, 2009). Segera setelah menghubungi pelayanan gawat darurat, penolong harus mulai melakukan CPR.

2. Resusitasi jantung paru / CPR segera (Early CPR)

Resusitasi jantung paru merupakan prosedur darurat mendadak yang membutuhkan respon yang cepat dan efisien, dan membutuhkan personil khusus yang terlatih dalam menangani pasien dalam keadaan gawat darurat (Fanshan *et al.*, 2012). Resusitasi jantung paru yang berkualitas merupakan faktor kunci yang mempengaruhi kelangsungan

hidup pasien. RJP standar mampu menyediakan sebagian dari pasokan darah normal ke otak dan 10-20% dari aliran darah normal ke jantung (Ong & Marcus, 2012). RJP bertujuan untuk mempertahankan sirkulasi darah ke otak, jantung dan membuang kelebihan karbon dioksida pada paru. Aliran darah yang tersedia pada pasien henti jantung melalui prosedur RJP sangat diperlukan oleh otak guna menunjang kehidupan. Korban henti jantung memerlukan bantuan dalam mempertahankan jalan nafas, pernafasan dan sirkulasinya untuk mencegah pasien jatuh dalam kondisi yang lebih buruk. Idealnya prosedur ini harus segera dilakukan dalam 2 menit setelah adanya peristiwa henti jantung (T Suharsono & Kartikawati, 2009).

Resusitasi jantung paru harus dilakukan dengan tepat baik pelaksana dan metode pelaksanaannya. Pemeriksaan nadi karotis dapat dilakukan segera setelah aktivasi pelayanan gawat darurat dilakukan. Pemeriksaan nadi dilakukan pada nadi carotis. Jika nadi carotis tidak teraba atau pemeriksa tidak yakin terdapat nadi, maka tindakan RJP harus segera dilakukan. Metode RJP yang dilakukan dapat dibagi menjadi cara tradisional dan cara baru. Cara tradisional menekankan pada pemberian kompresi dan ventilasi (pemberian nafas buatan dengan disertai *maneuver head tilt chin lift* atau *jaw thrust*) 30:2. Sedangkan cara baru yaitu dengan prosedur *hands only CPR* yaitu dengan penekanan hanya memberikan kompresi dada secara terus menerus. Metode yang lebih baru ini disarankan dan lebih relevan diterapkan pada penolong berupa orang awam (Brady et al., 2011). Pemberian CPR harus dilakukan secara efektif dengan memperhatikan point penting berikut: kompresi yang efektif dengan penekanan yang kuat dan cepat (*Push hard and Push Fast*) yaitu dengan kompresi minimal dengan kedalam 2 inchi (5 cm) dan laju kompresi minimal 100x/menit. Penekanan

yang efektif harus disertai dengan rekoil dinding dada yang sempurna pada setiap jeda penekanan serta meminimalkan durasi dan frekuensi interupsi (maksimal 1 siklus (30:2) dalam 2 menit). Pemberian ventilasi juga harus diperhatikan. Dua ventilasi diberikan masing-masing selama 1 detik. Ventilasi yang diberikan sebanyak tidak volum umum (*visible chest rise*) dengan rasio kompresi ventilasi 30:2 (30 kompresi diikuti 2 ventilasi) sebanyak 5 siklus. Pemeriksaan ulang nadi dapat dilakukan setiap 5 siklus CPR (R. Berg *et al.*, 2010).

3. Defibrilasi segera (*Rapid defibrillation*)

Setelah mengaktifkan respon gawat darurat, penolong (jika sendirian) harus segera menjangkau AED (*Automated External Defibrillator*) yang tersedia dekat dan terjangkau dan kemudian segera kembali ke pasien dan memasang AED dan tetap mempertahankan RJP dengan kualitas tinggi. Jika dua penolong tersedia, maka satu penolong dapat menjangkau AED terdekat sementara seorang penolong lain tetap memberikan CPR dengan kualitas tinggi (R. Berg *et al.*, 2010).

AED atau defibrilator eksternal otomatis merupakan suatu perangkat

ringan, portabel yang memberikan kejutan listrik melalui dinding dada ke jantung. Shock dapat menghentikan ritme yang luar biasa dan memungkinkan irama normal mengambil alih kembali pada saat serangan jantung mendadak terjadi. Sebuah komputer dalam AED akan memeriksa jantung korban melalui elektroda perekat yang diletakkan pada dinding dada pasien. Satu elektroda akan ditempatkan pada dada kanan lateral dibawah tulang clavikula dan satu elektroda lain diletakkan pada sisi lateral aksila dada kiri pasien. Komputer secara otomatis akan

menganalisa apakah tindakan defibrilasi perlu dilakukan. AED akan menginstruksikan kepada penolong apakah defibrilasi dapat dilakukan atau tidak (AHA, 2015).

Penggunaan terapi elektrik defibrilasi dapat digunakan untuk menyelamatkan nyawa jika digunakan secara tepat. Penggunaan defibrillator mampu meningkatkan angka keselamatan hanya jika segera digunakan dalam hitungan menit. Defibrilasi merupakan terapi yang tepat pada kasus VT dan VF tanpa nadi namun bukan merupakan indikasi pada kasus PEA ataupun asystole (Brady *et al.*, 2011). Defibrilasi dapat diberikan diantara dua siklus CPR jika terdapat perintah bahwa gelombang yang muncul VT ataupun VF.

Integrasi AED dalam sistem ini sangatlah penting. Untuk memberikan pada pasien untuk selamat, AED harus tersedia segera setelah aktivasi EMS. Dalam sebuah penelitian didapatkan bahwa, ketika defibrilasi dilakukan dalam 1,5-3 menit setelah CPR dilakukan. Penundaan pemberian defibrilasi akan diikuti dengan penurunan harapan hidup pasien 7-10% (Tiwijaya & Kartikawati, 2009).

4. Perawatan lanjut yang efektif (*Effective Advanced Life Support / ALS*)

Bantuan hidup lanjut merupakan usaha yang dilakukan untuk menstabilkan kondisi pasien yang telah diresusitasi untuk melewati tahap kritis. Tahap ini meliputi penatalaksanaan jalan nafas lanjutan (pemasangan elektoda *Endotracheal Tube*) pemberian obat-obatan, cairan dan terapi elektrik sesuai dengan gambaran elektrokardiografi yang muncul (Tiwijaya & Kartikawati, 2009). Terapi elektrik harus segera dilakukan jika diindikasikan (gelombang VT dan VF tanpa nadi). Dosis pemberian yang

awijaya universitas Brawijaya universitas Brawijaya universitas Brawijaya universitas Brawijaya
awijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
awijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
awijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
awijaya dapat diberikan adalah 360 joule dengan mode monophasic atau 200 joule
awijaya pada mode biphasic (Brady *et al.*, 2011). Terapi ini diberikan dalam setting rumah sakit.
awijaya
awijaya ETT (*Endo tracheal tube*) merupakan pilihan ventilasi pertama
awijaya namun harus dilakukan oleh tenaga yang terlatih. Bag mask atau LMA
awijaya (*Laringeal Mask Airway*) lebih dipilih untuk digunakan jika tidak terdapat
awijaya personal yang mampu melakukan intubasi ETT (*Endo tracheal tube*).
awijaya Ventilasi dapat diberikan dengan frekuensi 6-8 kali permenit. Pemberian
awijaya ventilasi berlebihan yang tidak dapat menurunkan keefektifan
awijaya pengembangan paru dan kompresi dada yang diberikan (Australian
awijaya Resuscitation Council, 2011).

Akses intra vena juga harus segera diberikan pada pasien. Pemilihan jalur intravena umumnya akan lebih dipilih untuk mengurangi terjadinya interupsi kompresi dada dibandingkan dengan akses vena central. Pemasangan akses intravena bertujuan untuk memudahkan pemberian medikasi pada fase resusitasi. Jika akses vena perifer tidak segera tersedia dalam 2 menit, maka akses jalur *intra oseus* (OI) dapat dijadikan pilihan. Beberapa studi mengindikasikan bahwa pemberian obat-obatan melalui IO terbukti lebih efektif dan efisien (Australian Resuscitation Council, 2011).

5. Perawatan jantung lanjutan terintegrasi (*Integratrd post-cardiac care*)

Berdasarkan fenomena-fenomena sebelumnya AHA (2010), menyadari pentingnya peningkatan pelayanan sistematis multidisipliner harus segera dilakukan pada pasien yang mengalami ROSC (*Return Of Spontaneous Circulation*) dirumah sakit untuk meningkatkan kemungkinan keselamatan pasien. AHA merekomendasikan suatu tatalaksana yang

- komprehensif terstruktur terintegrasi secara multidisiplin yang disebut *Post Cardiac Arrest Care* yang bertujuan untuk:
1. Mengoptimalkan fungsi kardiopulmonal dan organ vital *post ROSC*
 2. Transport pasien kerumah sakit dengan pelayanan kritis yang memadai
 3. Identifikasi dan intervensi segera pada kasus ACS
 4. Terapi temperatur terkontrol untuk mengoptimalkan perbaikan neurologis
 5. Tindakan antisipatif, penatalaksanaan dan pencegahan disfungsi multiorgan.

Salah satu modalitas yang dapat digunakan pada tahap ini adalah

Therapeutic Hypothermia (McGlinch et al., 2011). Therapeutic Hypothermia

merupakan modalitas baru dalam penatalaksanaan pasien post resusitasi dan trauma kepala. Penurunan suhu tubuh secara perlahan sampai mendekati *Core Body Temperature* dengan rentang antara 84,6 F (32°C) sampai 93,2 F (34°C) pada pasien yang tidak sadar diharapkan mampu mempertahankan jumlah sel sehat dalam tubuh dan mencegah kerusakan lebih lanjut. Mekanisme ini terjadi melalui mekanisme penurunan metabolisme tubuh sehingga menurunkan kebutuhan energi dan oksigen jaringan (Horburger et al., 2012).

Berdasarkan penelitian, pada saat semua komponen telah diaplikasikan dengan baik, angka keselamatan korban dengan henti jantung di luar rumah sakit mampu meningkat sampai 50% yang disertai dengan saksi mata (R. Berg et al., 2010). Pasien dengan keadaan OHCA pada umumnya memiliki gambaran EKG

Lethal dengan ditandai dengan *Ventrikuler Takikardia (VT), Pulseless Electrical*

awijaya universitas Brawijaya universitas Brawijaya universitas Brawijaya universitas Brawijaya
awijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
awijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
awijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
awijaya *Activity (PEA), Ventrikuler Fibrilasi (VF), dan Asystole (R. Berg et al., 2010).* Akanwijaya
awijaya tetapi, pada umumnya angka keselamatan baik yang terjadi diluar rumah sakitwijaya
awijaya ataupun didalam rumah sakit dengan kasus VF (*ventrikuler fibrillation*) bervariasiwijaya
awijaya yaitu antara 5 – 50% (A. Travers et al., 2010).

1.1.3 Konsep *Bystander RJP*

1.1.3.1 Pengertian *Bystander RJP*

Bystander RJP merupakan siapa saja, baik keluarga, teman, ataupunwijaya
awijaya siapa saja yang bersedia melakukan pertolongan tindakan RJP dengan segerawijaya
awijaya memberikan respon dengan cepat terhadap korban dengan henti jantung dimanaawijaya
awijaya saja dan kapan saja (American Heart Association, 2015). *Bystander RJP* jugaawijaya
awijaya dapat diartikan sebagai seorang individu yang berada di suatu tempat untukawijaya
awijaya mengenali dan segera melakukan pertolongan langsung dengan melakukanawijaya
awijaya tindakan RJP pada korban henti jantung diluar rumah sakit (Mani et al., 2015).

1.1.3.2 Komunitas Relawan PPMR sebagai *Bystander RJP*

Komunitas relawan PPMR telah terbentuk sejak tahun 2007 dengan
anggota 2 orang. Komunitas relawan dalam 1 tahun mendapatkan pelatihan
pertolongan pertama sebanyak 3 kali. Komunitas relawan sering terlibat dalam
proses evakuasi korban baik kecelakaan lalu lintas bahkan korban bencana alam.

Komunitas relawan terdiri dari orang awam umum dan khusus yaitu ibu rumah
tangga, pengangguran, gojek online serta petugas kesehatan. Berdasarkanwijaya
awijaya Depkes tahun 2006 Orang awam sebagai penolong pertama dibagi menjadi 2wijaya
awijaya kelompok yaitu

1. Orang awam Umum
Seseorang atau sekelompok yang tidak memiliki peranan secara langsung dalam layanan publik. Misalnya ibu rumah tangga, pelajar, mahasiswa, pekerja tambang, petugas lepas pantai, dan lain-lain.

2. Orang awam khusus

Seseorang atau sekelompok orang yang memiliki peranan dalam memberikan pelayanan seperti polisi, tim SAR, Anggota PMR, sopir taksi, Satpam, anggota PMI, dan guru sekolah.

1.1.3.3 Peran *Bystander* RJP

Bystander RJP memiliki peran yang sangat penting guna mampu menjadi penolong bagi korban kasus henti jantung diluar rumah sakit (*American Heart Association*, 2015). Berdasarkan dari hasil penelitian menyatakan bahwa *bystander* RJP di komunitas mempunyai peran yang sangat penting dalam menyelamatkan nyawa korban henti jantung diluar rumah sakit dan juga menyarankan untuk jumlah *bystander* RJP yang terlatih di komunitas harus terus ditingkatkan guna menjamin tersedianya *bystander* RJP yang merata (Leong, 2011). Tindakan RJP yang dilakukan dengan cepat pada korban henti jantung dapat meningkatkan angka kelangsungan hidup sebanyak 2 sampai 3 kali lipat (*Hasselqvist-Ax et al.*, 2015). *Bystander* yang terlatih harus dapat memberikan respon dengan cepat dalam memberikan pertolongan pada korban henti jantung diluar rumah sakit (Lee et al., 2013).

2.1.3 *Self-directed video*

Self-directed video termasuk self instrumen kit yang menggunakan multimedia. Video biasa digunakan dengan tujuan yang berbeda-beda seperti

pada proses pembelajaran, pelatihan dan berbagai pengetahuan baik kepada dawijaya tenaga profesional maupun masyarakat umum. Penggunaan video sebagai alat instrument dalam pembelajaran sangat sesuai untuk pembelajaran yang bertujuan dalam pencapaian keterampilan dan pencapaian kompetensi klinik. Video juga merupakan alat yang sangat berguna untuk memberikan pengajaran dalam kegiatan pelatihan. Dengan menggunakan video akan meningkatkan perhatian lebih bagi peserta. Akan tetapi, durasi yang direkomendasikan dalam pemutaran video adalah tidak melebihi 15 menit. Dalam pembuatan video, harus memperhatikan konten yang akan ditampilkan. Tampilan dalam video harus menarik, mudah dipahami, dan mudah diingat oleh peserta serta mudah diakses. Sehingga harapannya dengan menggunakan video sebagai alat pembelajaran, maka pembelajaran akan berjalan lebih efektif. Penggunaan video memberikan kesempatan kepada siswa untuk meningkatkan pengetahuannya serta membantu proses belajarnya sehingga siswa akan lebih mampu menampilkan kemampuannya dalam melakukan sebuah tindakan (Salina et al., 2012).

Self-directed video dapat ditawarkan sebagai salah satu metode yang dapat digunakan untuk mensosialisasikan pelatihan RJP agar dapat digunakan secara lebih luas bukan hanya pada tenaga kesehatan, tetapi juga dapat digunakan dan dipelajari secara mandiri oleh masyarakat awam. *Self-directed* video termasuk dalam self-instruction kits yang bersifat repeated training.

Self-directed video memiliki beberapa kelebihan diantaranya mampu memberikan pesan yang bisa diterima lebih merata oleh peserta pelatihan, penggunaan video sangat bagus dalam menjelaskan suatu proses atau tahapan dalam pelatihan, menjadi solusi dalam keterbatasan ruang dan waktu selama pelatihan, lebih realistik dan bisa diulang atau berhenti sesuai kebutuhan, serta

dapat mempengaruhi sikap dan keterampilan peserta pelatihan (Rusman & Riyana, 2011). Metode ini juga disebut sebagai *self-study multimedia tutorials* karena dengan metode ini peserta pelatihan akan melihat langsung demonstrasi tindakan yang akan dipelajari secara mandiri dan langsung dipraktekkan berdasarkan panduan yang diberikan. Metode pembelajaran ini memiliki karakteristik yang lengkap dan sistematis dalam menjelaskan suatu prosedur tindakan dan sangat menarik yang disertai penggunaan media bergerak, interaktif serta dinamis yang akan memfokuskan perhatian peserta dalam memahami materi yang sedang dipahami (Dalal, 2014).

Pembelajaran dengan menggunakan *self-directed video* menyediakan suatu bentuk independent learning pada peserta dimana saja dan kapan saja selama teknologi pendukung tersedia. Faktor keberhasilan dalam pembelajaran ini dituntut untuk memiliki tanggung jawab yang tinggi dalam mencapai tujuan pembelajaran yang akan dicapai oleh peserta didik (Gandhi et al., 2015). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Beskind et al tahun 2016 yang menyatakan penggunaan video pendek dapat meningkatkan keterampilan responden dalam melakukan bantuan hidup dasar seperti memanggil bantuan dan menghubungi fasilitas kesehatan, melakukan kompresi dengan kecepatan dan kedalaman yang baik penggunaan AED yang tepat (Beskind et al., 2016).

2.2 Konsep Retensi

2.2.1 Pengertian Retensi

Retensi merupakan sebagai salah satu aspek dalam belajar, dimana tahapan proses evaluasi belajar bisa dilakukan lewat pengkajian mengenai bertambahnya pengetahuan dalam ingatan (Puspita & Deviyanti, 2012). Retensi

atau penyimpanan adalah kemampuan seseorang dalam mengingat kembali informasi, kejadian atau fakta yang telah dilewati sebelumnya dan menggunakan sebagai sumber informasi saat ini yang juga dipengaruhi oleh waktu (Elyawijaya Nusantari, 2015).

2.2.2 Tahap-Tahap Retensi

1. Pemasukan Pesan Dalam Ingatan
Proses yang paling mendasar dalam memperoleh pengetahuan yaitu perhatian. Perhatian secara umum dibagi menjadi 3 aktifitas yaitu kesadaran (*Consciousness*), seleksi (*selection*) dan pemberian kode (*encoding*). *Encoding* adalah bagian penting dari perhatian dimana informasi yang diterima oleh indera diartikan, diubah dan dimodifikasi sedemikian rupa berdasarkan pengetahuan lama yang telah dimiliki. Apabila informasi diperhatikan, maka informasi tersebut akan tersimpan dalam ingatan jangka pendek. Pemasukan pesan (*encoding*) bukan berarti informasi dimasukkan dalam ingatan saja, akan tetapi informasi tersebut dimasukkan dalam ingatan dalam bentuk tertentu atau kode misalnya dalam bentuk simbol huruf (Puspita, 2012).

2. Penyimpanan

Memori diartikan sebagai ingatan. Memori fungsi mental yang menangkap informasi dari stimulus, hal ini merupakan *storage system*, yakni sistem penyimpanan informasi dan pengetahuan yang terdapat didalam otak manusia. Setiap informasi yang diterima sebelum masuk dan diproses oleh subsistem akal pendek (*short term memory*) terlebih dahulu disimpan sesaat setelah selesai proses

3. Pengingatan Kembali

Mengingat dan lupa biasanya ditunjukkan dengan satu definisi saja yaitu retensi. Hal yang diingat adalah hal yang tidak dapat dilupakan, dan hal yang dilupakan adalah hal yang tidak diingat (tidak dapat diingat kembali). Retensi adalah suatu istilah yang menunjukkan kualitas atau kekuatan ingatan seseorang. *Retrieval* adalah pengeluaran kembali materi atau informasi dalam ingatan pada waktu yang diperlukan. Mengingat kembali suatu informasi lebih sulit daripada mencatatnya didalam memori. Dengan demikian, otak lebih banyak menyimpan daripada yang diingat kembali (Puspita, 2012).

2.2.3 Jenis-Jenis Retensi (Ingatan)

1. Memori Jangka Pendek

Memori jangka pendek berguna menampung informasi yang masuk ke pikiran. Rentang waktu maksimal untuk menyimpan informasi di memori sangat singkat yakni sekitar 15-30 detik dan akan terlupakan dalam waktu kurang dari 30 detik. Memori hanya berfungsi sebagai tempat penampungan sementara untuk informasi itu diolah. Kecuali banyak dilakukan pengulangan kemungkinan besar akan masuk ke memori jangka panjang (Yang *et al.*, 2019).

2. **Memori Jangka Panjang**
Memori jangka panjang adalah kemampuan dalam mempunyai label "penting" maka informasi akan disimpan di memori jangka panjang. Saat informasi ditulis, akan terjadi perubahan fisik. Perubahan fisik ini merupakan bagian dari otak yang merupakan perwujudan penyimpanan secara permanen (Yang et al., 2019).

1.2.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Retensi

1. Pemilihan Strategi Belajar Atau Model Pembelajaran

Berdasarkan hasil penelitian bahwa terdapat perbedaan yang signifikan retensi siswa yang belajar dengan pembelajaran kontekstual dibandingkan dengan pembelajaran secara langsung.

Retensi siswa yang diajarkan menggunakan metode pembelajaran kontekstual sebesar 77,69% lebih besar dari rata-rata nilai retensi siswa yang diajarkan menggunakan model pembelajaran langsung yaitu sebesar 74,44% (A. R. Lubis, 2010). Penelitian lain menyebutkan bahwa strategi belajar sebagai model pembelajaran

yakni *mind mapping* membuktikan dapat meningkatkan daya ingat (retensi). Strategi *mind mapping* membuat siswa berinteraksi dengan teman kelompok lain mengenai masalah yang dihadapi maupun meningkatkan aktifitas berpikir hingga dapat meningkatkan pemahaman. Hal ini dapat dibuktikan dari hasil retes yang dilakukan dalam selang waktu 2 minggu. Strategi *mind mapping* menunjukkan bahwa nilai retes adalah sebanyak 59,85% lebih tinggi dibandingkan

Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
pembelajaran yang hanya melalui ceramah dan diskusi dengan nilai
retensi 35,54% (Irwan, 2013). Berdasarkan penelitian diatas
menunjukkan bahwa model pembelajaran adalah salah satu faktor
yang mempengaruhi retensi.

2. Karakteristik Materi

Berdasarkan penelitian Taufik, 2012 menyatakan bahwa retensi dipengaruhi oleh karakteristik materi yakni tingkat kesukaran materi pada kategori kognitif tingkat tinggi atau rendah. Hasil yang didapat dari penelitian adalah penurunan retensi disiklus 1 (C1 mengetahui dan C2 memahami) sebesar 5,25% dan menurun di siklus 2 (C3 menerapkan, C4 menganalisis, bahkan C5 mengevaluasi) sebesar 6,41%. Terjadi penurunan disiklus 1 dan 2 adalah karakteristik materi yang berbeda. Hal ini menyebabkan turunnya retensi pada siklus 2 lebih besar dibandingkan turunnya retensi siklus 1 (Taufik, 2012).

3. Waktu Pelaksanaan Tes Retensi

Retensi adalah daya ingat yang tersisa, hal ini disebabkan oleh karena terjadinya peristiwa lupa, karena tes retensi dilaksanakan dalam selang waktu 2 minggu setelah tes evaluasi pertama. Pada

penelitian Nusantari tes retensi dilakukan 2 minggu setelah tes pertama dan dilakukan setelah pembelajaran. Sebelum tes retensi dilakukan proses belajar mengajar dikelas tetap berlangsung, sehingga materi yang baru diajarkan yang lebih diingat daripada materi yang telah diajarkan 2 minggu lalu. Sehingga hal ini turut berpengaruh pada hasil tes retensi karena akan lebih mengingat materi yang baru dipelajarinya (Nusantari, 2015). Semakin lama

Semakin lama

waktu antara latihan dan penerapan, semakin besar kemungkinan hilangnya suatu keterampilan (Smith *et al.*, 2008). Berdasarkan penelitian menyatakan bahwa terdapat perbedaan hasil belajar, retensi belajar selama 1 minggu dan retensi belajar selama 2 minggu. Pembelajaran dengan multimedia berbasis *mind mapping* memberikan pengaruh terhadap peningkatan hasil belajar sebesar 33,89%, retensi belajar selama 1 minggu sebesar 44,95%, dan retensi belajar selama 2 minggu sebesar 40,15% (Arisdea, 2013). Hal ini sesuai dengan pernyataan Syah (2010) bahwa lupa dapat terjadi karena gangguan konflik antara item-item informasi atau materi yang ada dalam sistem memori. Materi pembelajaran baru dapat membawa konflik dan gangguan terhadap pemanggilan kembali pelajaran lama yang telah lebih lama tersimpan dalam subsistem akal permanen. Peristiwa lupa merupakan hal yang biasa terjadi pada manusia (Taufik, 2012).

4. Faktor Internal Yang Mempengaruhi Retensi

a. Faktor Usia

Kebanyakan orang merasakan perubahan retensi saat mereka bertambah usia. Retensi aktif pada orang dewasa yang lebih tua cenderung menurun karena lobus depan otak merupakan bagian pertama yang melemah, sehingga orang yang sudah tua cenderung lupa terhadap sesuatu yang telah diketahuinya (Nusantari, 2015). Kecenderungan ini berkembang sebesar 12% pada usia 70-74 dan menjadi 40% pada usia 85-59 tahun.

b. Fisik
Berkurangnya pendengaran dan penglihatan dapat mempengaruhi fungsi retensi karena kedua penurunan tersebut menghambat penyerapan informasi secara efektif dan efisien, tanpa pendengaran dan penglihatan akan sulit seseorang

c. Makanan

Faktor makanan yang dikonsumsi. Pola makanan yang kaya buah dan sayuran dapat membantu melindungi otak dan mampu mempertahankan retensi seseorang. Pola makanan yang banyak mengandung vitamin untuk otak sangat dibutuhkan untuk meningkatkan retensi (Nusantari, 2015).

- d. Stres

Faktor Stres merupakan keadaan dimana seseorang tidak stabil, dalam stres yang kadarnya pas, stres positif justru akan membantu dalam peningkatan retensi, namun jika stres yang berlebih akan sangat menghambat. Hal ini disebabkan produksi hormon kortisol yang berlebih akan mengganggu kerja hipokampus (Bagian otak yang menangani proses penyimpanan informasi kedalam memori jangka panjang) (Nusantari, 2015).

2.3 Konsep Pengetahuan

2.3.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan suatu hasil dari ‘tahu’ dan ini dapat terjadi setelah seseorang melakukan suatu penginderaan terhadap objek tertentu. Pengetahuan yaitu suatu domain yang sangat penting guna terbentuknya

2.3.2 Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan dibagi menjadi beberapa tingkatan menurut Notoatmodjo (2012) yaitu:

1. Tahu
 2. Memahami
 3. Aplikasi
 4. Analisis
 5. Sintesa
- Tahu merupakan suatu bentuk dari hasil mengingat yang telah dilakukan oleh seseorang terhadap objek tertentu.
- Memahami merupakan suatu proses pengulangan tentang materi yang telah dipelajari dan dipahami sebelumnya dalam bentuk penjelasan secara detail mengenai objek yang telah dipelajari sebelumnya.
- Aplikasi merupakan proses tindakan suatu hal yang telah dipelajari sebelumnya sesuai kondisi yang nyata dilapangan.
- Analisis merupakan proses menjabarkan dan merincikan materi tersebut serta melakukan pendefinisian lanjutan dari komponen tersebut dan masih berkaitan satu sama lainnya.
- Sintesa merupakan proses pembentukan suatu konsep baru dari pecahanwijaya konsep lama yang dirancang ulang.

2.4 Konsep Keterampilan

2.4.1 Pengertian Keterampilan

Suatu kemampuan seseorang untuk melakukan suatu tindakan setelah didapat dari proses pembelajaran dan pelatihan yang telah dilakukan sebelumnya. Pada proses pembelajaran melibatkan anggota badan dan bantuan alat untuk mendukung proses kemampuan dalam melakukan suatu tindakan (Notoatmodjo, 2012).

2.4.2 Faktor Yang Mempengaruhi Keterampilan

Faktor-faktor yang mempengaruhi keterampilan (Widyatun, 2005) yaitu

a. Motivasi

Suatu bentuk dorongan yang membangkitkan keinginan dari dalam diri untuk melakukan suatu kegiatan. Motivasi yang dimiliki seseorang bisa mendorong seseorang untuk menguasai keterampilan yang ingin dikuasai.

b. Pengalaman

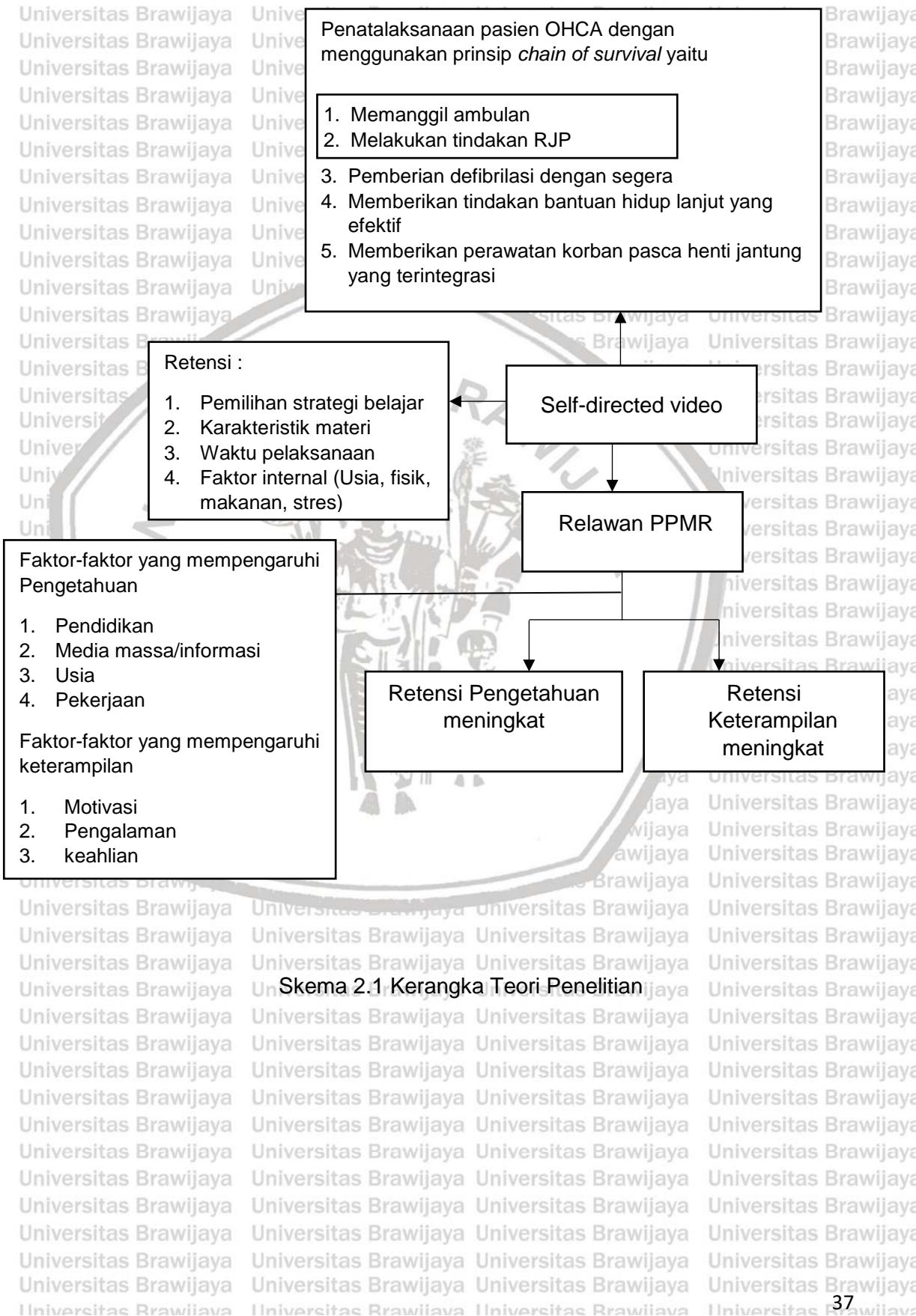
Suatu bentuk memori dari tindakan yang pernah dilakukan sebelumnya yang menjadi acuan untuk dapat meningkatkan kemampuan yang dimiliki dengan cara belajar dari tindakan yang pernah dilakukan dan melewati tahapan evaluasi.

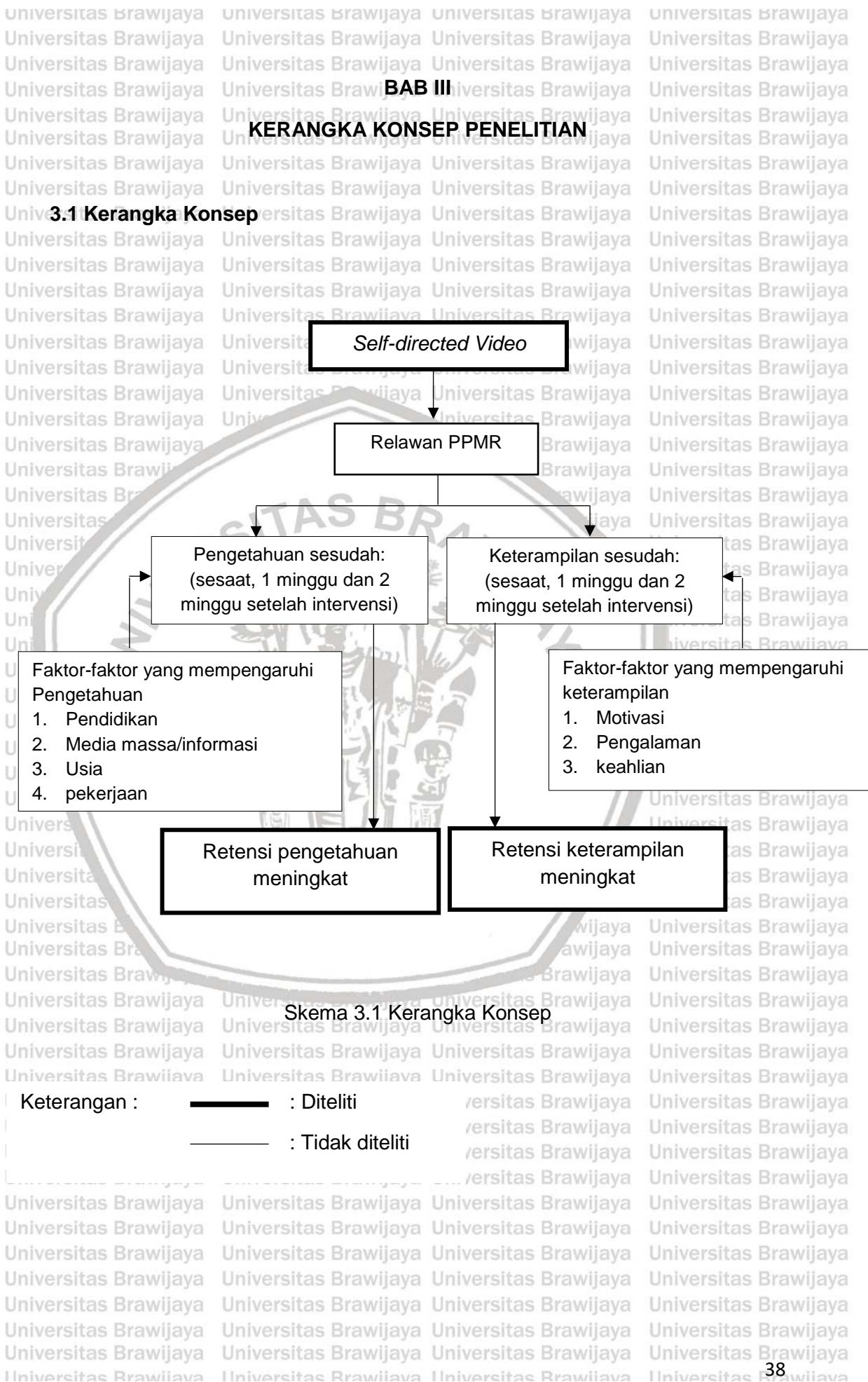
c. Keahlian

Suatu bentuk kemampuan yang dimiliki khusus oleh seseorang dalam melakukan tindakan yang membuat orang mampu untuk melakukan



2.5 Kerangka Teori Penelitian





Penjelasan kerangka konsep *chain of survival* yaitu meningkatkan jumlah penolong pada pasien henti jantung di luar rumah sakit melalui pemberian edukasi mengenai tindakan RJP pada *bystander* (D. M. Cave et al., 2011). Bystander RJP (komunitas relawan PPMR) merupakan siapa saja, baik keluarga, teman, ataupun siapa saja yang bersedia melakukan pertolongan tindakan RJP dengan segera memberikan respon dengan cepat terhadap korban dengan henti jantung dimana saja dan kapan saja (American Heart Association, 2015). Tindakan RJP merupakan salah satu komponen dalam rantai kelangsungan hidup. Kelangsungan hidup merupakan tahapan yang bisa digunakan untuk meningkatkan keberhasilan pertolongan pada pasien dengan henti jantung (AHA, 2011).

Adapun edukasi yang dilakukan guna meningkatkan jumlah penolong pasien OHCA yaitu dengan menggunakan pendekatan *self-directed video*. Metode pelatihan *self-directed video* merupakan suatu bentuk *independent learning* pada peserta pelatihan dan dapat dilakukan dimana saja dan kapan saja (Gandhi et al., 2015). *Self-directed video* mempunyai keunggulan dalam mencapai tujuan pembelajaran. Video yang digunakan dapat meningkatkan perhatian lebih pada peserta pelatihan dalam waktu tertentu (Dalal, 2014).

Setelah dilakukan pelatihan, peneliti akan melakukan pengukuran baik pada komponen pengetahuan dan keterampilan. Pengukuran dilakukan untuk menganalisa retensi pengetahuan dan keterampilan RJP. Pengukuran ini mempunyai tujuan untuk mendapatkan gambaran retensi pengetahuan dan keterampilan mengalami peningkatan.

3.2 Hipotesa Penelitian

Berdasarkan gambaran kerangka konseptual dapat hipotesa penelitian yaitu :

H1 : Terdapat pengaruh pembelajaran *self-directed video* terhadap retensi pengetahuan dan keterampilan resusitasi jantung paru pada komunitas relawan PPMR di Kota Malang.

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian merupakan jenis penelitian *experiment* dengan menggunakan desain *quasy experiment* dengan pendekatan *pre-test posttest without control group*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *self-directed video* terhadap retensi tingkat pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan tindakan resusitasi jantung paru pada komunitas relawan PPMR di Kota Malang. Adapun desain penelitian ini dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

Kelompok intervensi	Pretest	Perlakukan	Posttest		
	01	X	02	03	04
	P1	X	P2	P3	P4
	K1	X	K2	K3	K4

Keterangan :

X1 : *self-directed video*

P : Pengetahuan

K : Keterampilan

01 : Hasil pengukuran pengetahuan dan keterampilan sebelum diberikan intervensi berupa *self-directed video*.

02 : Hasil pengukuran pengetahuan dan keterampilan sesaat setelah diberikan intervensi berupa *self-directed video*.

03 : Hasil pengukuran pengetahuan dan keterampilan 1 minggu setelah diberikan intervensi berupa *self-directed video*.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini yaitu komunitas relawan PPMR kota Malang yang berjumlah 80 relawan.

4.2.2 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah total sampling. Semua sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan oleh peneliti.

4.2.3 Sampel

Sampel pada penelitian berjumlah 15 responden yang memenuhi syarat kriteria inklusi dan eksklusi..

Adapun kriteria dalam penelitian sampel berupa:

Kriteria Inklusi:

1. Relawan yang belum pernah ikut pelatihan RJP
2. Mempunyai handphone android
3. Bersedia menjadi responden

Kriteria Eksklusi

1. Sedang dalam kondisi sakit
2. Tidak melakukan seluruh proses pelatihan RJP

4.3 Variabel Penelitian

Adapun variabel independen pada penelitian adalah *self-directed video*. Untuk variabel dependen pada penelitian ini yaitu pengetahuan dan keterampilan.



4.4 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala	Hasil Ukur
1	Pembelajaran RJP menggunakan pembelajaran <i>self-directed video</i>	Serangkaian kegiatan tindakan RJP menggunakan metode pendekatan pembelajaran self-directed learning dengan media self-directed video yang kontennya sesuai dengan AHA 2015.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Responden mengikuti pembelajaran RJP dengan media pembelajaran menggunakan video. 2. Video modifikasi dari materi pelatihan yang dilakukan AHA,2015 yang disiapkan oleh peneliti yang telah mempunyai sertifikat AHA (Zulkifli, Anggun setyarini). 3. Durasi video ±7 menit. 4. Setelah dilakukan pretest, video terlebih dahulu dilihat secara bersama-sama, kemudian Sesaat setelah dilakukan posttest video dibagikan kepada seluruh responden lewat handphone android. 	Universitas Brawijaya	-	-	-

Definisi Operasional Lanjutan.....

No	Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala	Hasil Ukur
2	Retensi Pengetahuan	Kemampuan daya ingat / penyimpanan yang dimiliki oleh relawan terkait pertolongan pertama pada kasus henti jantung dengan melakukan tindakan resusitasi jantung paru.	<ol style="list-style-type: none"> Memahami definisi RJP, Kuesioner tanda dan gejala henti jantung Memahami tindakan AHA tahun 2015 dari <ol style="list-style-type: none"> Kaji kondisi berbahaya Cek respon Kompresi dada 	<ol style="list-style-type: none"> Sebelum diberikan video Sesudah diberikan video Sesudah 1 minggu diberikan video Sesudah 2 minggu diberikan video 		Interval	0-8
3	Retensi Keterampilan	Kemampuan yang dimiliki relawan dalam melakukan resusitasi jantung paru pada manekin atau phantom.	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan tindakan atau Lembar Observasi mendemonstrasikan berdasarkan alur RJP yang terdiri <ol style="list-style-type: none"> Kaji kondisi berbahaya Cek respon Kompresi dada Penilaian dilakukan oleh instruktur yang telah tersertifikasi oleh AHA. 	<ol style="list-style-type: none"> Sebelum diberikan video Sesudah diberikan video Sesudah 1 minggu diberikan video Sesudah 2 minggu diberikan video 		Interval	0-10

4.5 Waktu dan Tempat Penelitian

4.5.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada tanggal 24 Februari, 03 Maret dan 10 Maret 2019 kepada komunitas relawan PPMR di kota Malang.

4.5.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di kantor kecamatan Lowokwaru kota Malang dikarena kantor komunitas relawan PPMR sedang dalam proses perbaikan.

4.6 Alat

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah

1. *Self-directed video*

Video ini dilakukan oleh orang yang tersertifikasi AHA. Video pembelajaran Henti Jantung berdurasi \pm 7 menit. Setelah dilakukan pretest, video terlebih dahulu dilihat secara bersama-sama. Sesaat setelah dilakukan posttest video dibagikan kepada seluruh responden lewat handphone android.

Adapun konten dari video yang akan disampaikan kepada responden (relawan) yaitu:

a. Pengenalan Henti Jantung

Pengenalan tanda-tanda pada pasien henti jantung sangat penting bagi orang awam sebagai penolong pertama (*Bystander*). Orang awam yang bertindak sebagai penolong pertama sebelum petugas kesehatan datang harus dapat menentukan apakah korban mengalami henti jantung atau tidak.

- 1) Melihat kesadaran
- 2) Melihat pernafasan
- 3) Melihat nadi korban yang mengalami henti jantung.

Apabila 3 hal tersebut tidak ada, yaitu pasien tidak sadar, mengalami henti nafas, dan tidak denyut nadi, bisa dipastikan bahwa korban tersebut mengalami henti jantung.

b. Tindakan Pertolongan Pertama Pada Henti Jantung

Tahapan dari tindakan RJP yaitu *Circulasi, Airway, Breathing* (CAB) dengan rasio 30 kompresi : 2 ventilasi selama 5 siklus. Namun dalam konten video tahapan pertolongan yang dilakukan oleh penolong hanya melakukan tindakan pengkajian dan respon kegawatdaruratan serta tindakan kompresi. Tindakan ventilasi tidak diwajibkan dilakukan oleh penolong pertama selaku orang awam (AHA, 2015).

2. Pengukuran pengetahuan

Pengukuran pengetahuan responden tentang RJP dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini yaitu pertanyaan demografi responden yaitu umur, jenis kelamin serta kuesioner untuk mengetahui pengetahuan responden tentang tindakan RJP sebanyak 8 soal dengan nilai 1 jika menjawab benar dan nilai 0 jika menjawab salah.

3. Pengukuran keterampilan melakukan RJP

Pengukuran keterampilan melakukan RJP menggunakan lembar observasi yang menilai kemampuan responden dalam melakukan tindakan RJP pada manekin yang telah disediakan. Lembar observasi dinilai oleh instruktur

yang telah memiliki sertifikasi dari AHA. Lembar observasi dibuat berdasarkan panduan AHA 2015. Untuk lembar observasi terdiri dari 10 point dengan nilai 1 jika dilakukan dan nilai 0 jika tidak dilakukan.

4. Pengukuran retensi pengetahuan dan keterampilan melakukn RJP

Pengukuran retensi tingkat pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan RJP menggunakan kuesioner. Kuesioner ini diberikan bertujuan untuk mengetahui materi pelatihan dalam video yang diberikan dipelajari kembali atau tidak oleh responden dan mengetahui pelatihan apa saja yang kembali diikuti oleh responden setelah dilakukan pelatihan. Untuk lembar kuesioner terdiri dari 5 soal .

4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas

4.6.1 Uji Validitas

Alat ukur dikatakan nilainya valid ketika alat ukur dapat dengan tepat mengukur apa yang diukur melalui kevalidan dan kesahihan suatu instrumen yang digunakan untuk mengambil data. Validitas instrumen penelitian ini diuji menggunakan teknik korelasi *pearson product moment*, yaitu melihat nilai korelasi antara skor masing-masing variabel dengan skor totalnya (Wasis, 2008). Pada penelitian ini, hanya instrumen pengetahuan yang dilakukan uji validitas dan uji validitas dilakukan kepada 10 orang relawan PPMR yang tidak termasuk dalam responden penelitian. Instrumen pengetahuan dilakukan uji validitas sebelum dilaksanakannya proses penelitian. Setelah diketahui nilai r_{hitung} maka akan dilihat r tabel. Berdasarkan tingkat signifikansi 0,05, bila r_{hitung} lebih besar dari r tabel maka instrumen dinyatakan valid. Namun bila r_{hitung} lebih kecil dari r tabel maka instrumen

4.6.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas instrumen merupakan derajat ketetapan/keajekan atau konsistensi alat ukur yang digunakan. Instrumen yang reliabel, apabila digunakan untuk mengukur berkali-kali, akan menghasilkan data yang sama. Kriteria uji reliabilitas suatu konstruk variabel dikatakan baik jika memiliki nilai *Cronbach's Alpha* > 0,60 (Gumilar, 2008; Zuldafril, 2012).

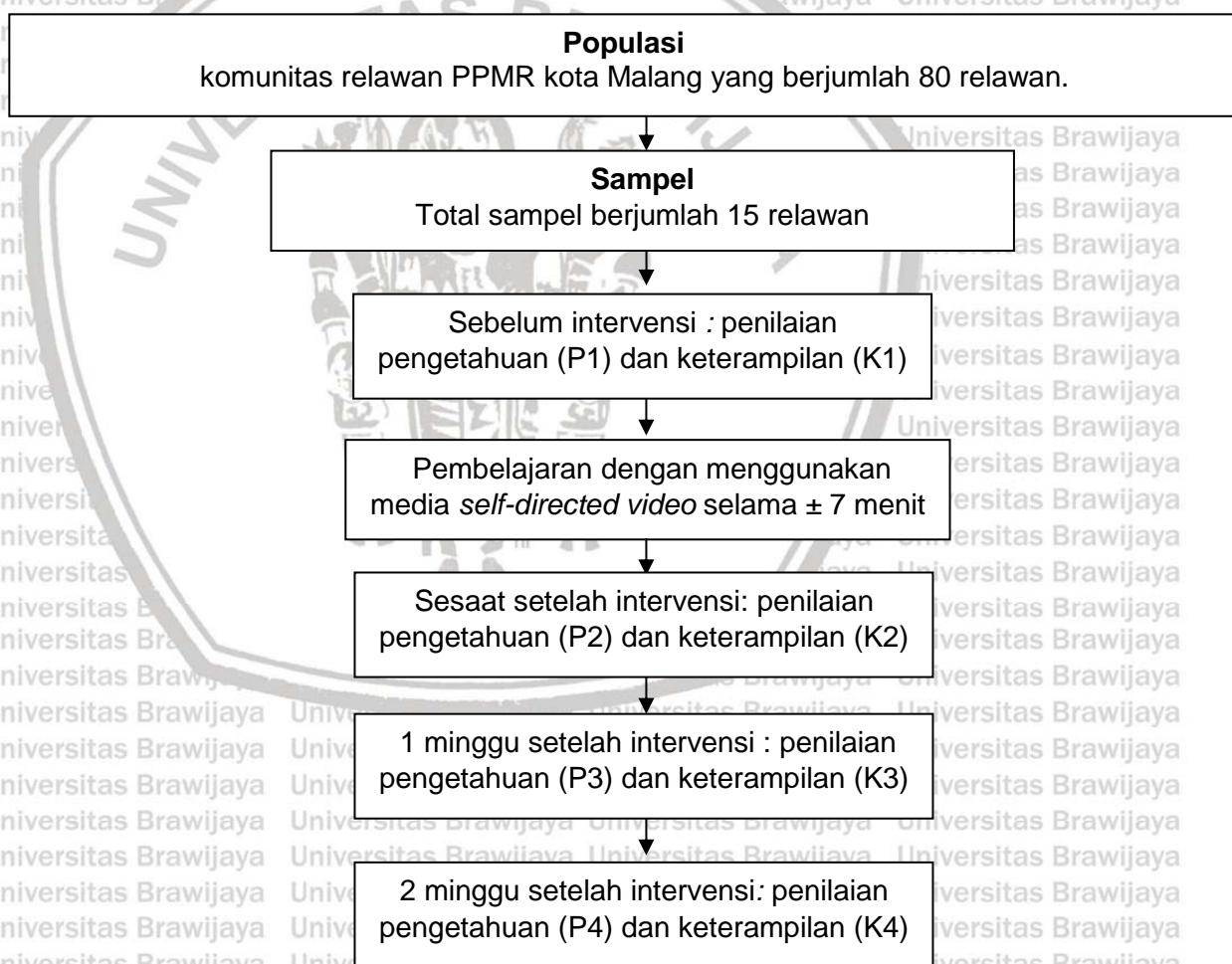
Pada penelitian ini, hanya instrumen pengetahuan yang dilakukan uji reliabilitas. Hasil reabilitas menunjukkan nilai *alpha chronbach* 0.889 yang menunjukkan instrumen ini reliabel.

4.7 Alur penelitian

1. Peneliti membuat proposal penelitian.
2. Peneliti mengurus proses perizinan pengambilan data dengan melakukan studi pendahuluan.
3. Peneliti melakukan konsultasi dengan pembimbing.
4. Peneliti mengikuti ujian proposal penelitian.
5. Peneliti mengurus perizinan untuk melakukan penelitian dan mengikuti uji kelayakan etik dengan komisi etik.
6. Peneliti memulai penelitian dengan menyebarkan kuesioner pengetahuan dan melakukan observasi keterampilan relawan sebelum diberikan intervensi.

7. Peneliti memberikan intervensi kepada responden penelitian dan menilai wajaya kembali pengetahuan melalui kuesioner dan keterampilan melalui wajaya observasi.
8. Peneliti menganalisa data yang sudah diperoleh dan membuat laporan hasil penelitian.
9. Peneliti mengikuti ujian seminar hasil penelitian.
10. Peneliti mengikuti sidang tertutup penelitian.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data



Gambar 4.1 Prosedur Pengumpulan Data

4.9 Pengolahan dan Analisa Data

4.9.1 Pengolahan Data

Setelah data terkumpul, kemudian dilakukan pengolahan data sebagai berikut (Notoadmodjo, 2012):

1. Editing

Hasil dari pengisian instrumen dan lembar observasi yang digunakan untuk penelitian harus dilakukan penyuntingan. Proses editing dilaksanakan dengan pengecekan dan perbaikan isian instrumen dan lembar observasi, apakah sudah lengkap atau belum diisi.

2. Coding

Data yang telah dinilai kemudian diberi kode numerik dalam bentuk angka serta diolah menggunakan program komputer.

3. Entry Data

Data yang sudah diberi kode, kemudian dimasukkan ke program komputer.

4. Cleaning

Data yang sudah dimasukkan ke dalam program komputer, kemudian dicocokkan serta diperiksa kembali apakah sudah sesuai atau tidak.

4.9.2 Analisa Data

1. Analisa Univariat

Pada penelitian ini, data univariatnya meliputi data demografi responden (usia, jenis kelamin, pengalaman dalam menolong korban jantung), data pengetahuan dan keterampilan.

2. Analisis Bivariat

Penelitian ini melihat apakah ada pengaruh pelatihan *self-directed video* terhadap retensi tingkat pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan tindakan resusitasi jantung paru pada komunitas relawan.

PPMR di kota Malang. Data pengetahuan dan keterampilan sebelum dan sesudah intervensi pada masing-masing kelompok dilakukan uji sebagai berikut:

a. Pengaruh *self-directed video* terhadap pengetahuan sebelum

intervensi (P1), sesaat setelah intervensi (P2), 1 minggu setelah intervensi (P3) dan 2 minggu setelah intervensi (P4) dilakukan uji Friedman post hoc wilcoxon.

b. Pengaruh *self-directed video* terhadap keterampilan sebelum intervensi (K1), sesaat setelah intervensi (K2), 1 minggu setelah intervensi (K3) dan 2 minggu setelah intervensi (K4) dilakukan uji *Friedman post hoc wilcoxon*.

4.10 Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapat surat layak etik dari komisi etik fakultas kedokteran Universitas Brawijaya dengan nomor 53/EC/KEPK-S2/02/2019.

a. Respect for person (menghormati, berkert dan menebat manusia)

Peneliti harus mempertimbangkan hak-hak responden untuk mendapatkan informasi yang terbuka dalam proses penelitian dan responden memiliki keterbatasan dalam menentukan pilihan serta bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian.

b. *Beneficence* (bermanfaat)

Penelitian ini memberikan manfaat kepada responden berupa peningkatan pengetahuan dan keterampilan terkait tindakan resusitasi jantung paru yang dapat dilakukan oleh komunitas relawan dalam menghadapi kasus *cardiac arrest* diluar rumah sakit. Dengan adanya peningkatan pengetahuan dan keterampilan responden, diharapkan dapat membantu menurunkan prevalensi kematian kasus *cardiac arrest* diluar rumah sakit.

c. *Non maleficence* (tidak merugikan)

Penelitian ini tidak terdapat bahaya fisik bagi responden. Penelitian ini juga tidak dilakukan pada responden yang dalam keadaan sakit. Penelitian ini juga tidak memberikan dampak psikologis bagi para responden. Pada penelitian ini peneliti berusaha menjaga dan memenuhi hak dan kewajiban responden.

d. *Justice*

Selama penelitian ini, peneliti akan memberlakukan sama dan tidak membeda-bedakan responden. Setiap responen akan diberikan penjelasan penelitian sebelum mendapat persetujuan dari responden untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian.

5.1 Analisa Univariat

5.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Pengetahuan, Keterampilan dan Frekuensi Pemutaran Video

Tabel 5.1 Karakteristik responden berdasarkan umur, pengetahuan, keterampilan dan frekuensi pemutaran video

Variabel	N	Mean	Median	Min-Max	SD
Usia (tahun)	15	35.33	32	18-52	14.68
Pengetahuan					
Pre = P1	15	2.13	2	1-4	0.83
Post = P2	15	5.73	6	5-7	0.594
Post 1 Minggu = P3	15	5.73	6	5-7	0.704
Post 2 Minggu = P4	15	5.80	6	5-7	0.676
Keterampilan					
Pre = K1	15	1.2	1	1-2	4.14
Post = K2	15	5.4	5	5-6	0.507
Post 1 Minggu = K3	15	5.2	5	5-6	0.414
Post 2 Minggu = K4	15	5.2	5	5-6	0.414
Frekuensi Pemutaran Video					
Post 1 Minggu	15	2.07	2	1-3	0.458
Post 2 Minggu	15	2.53	2	2-4	0.834

Sumber: Data Primer (2019)

Keterangan tabel:

- P1 = Sebelum intrevensi
- P2 = sesaat setelah intervensi
- P3 = 1 minggu setelah intervensi
- P4 = 2 minggu setelah intervensi

- K1 = Sebelum intrevensi
- K2 = sesaat setelah intervensi
- K3 = 1 minggu setelah intervensi
- K4 = 2 minggu setelah intervensi

Berdasarkan tabel 5.1, dapat diketahui bahwa usia responden yang

paling muda yaitu 18 tahun dan usia yang paling tua yaitu 52 tahun dengan rata-rata 35.33. Skor pengetahuan sebelum diberikan intervensi (P1) paling tinggi bernalil 4 dan paling rendah bernalil 1 dengan nilai rata-rata 2.13. Skor pengetahuan sesaat setelah diberikan intervensi (P2) paling tinggi bernalil 7 dan paling rendah bernalil 5 dengan nilai rata-rata 5.73. Skor pengetahuan 1 minggu setelah diberikan intervensi (P3) paling tinggi bernalil 7 dan paling

rendah bernali 5 dengan nilai rata-rata 5.73. Skor pengetahuan 2 mingguwijaya setelah diberikan intervensi (P4) paling tinggi bernali 7 dan paling rendahwijaya bernali 5 dengan nilai rata-rata 5.8. Skor keterampilan sebelum diberikan intervensi (K1) paling tinggi bernali 2 dan paling rendah bernali 1 dengan nilai rata-rata 1.2. Skor keterampilan sesaat setelah diberikan intervensi (K2) paling tinggi bernali 6 dan paling rendah bernali 5 dengan nilai rata-rata 5.4. Skor keterampilan 1wijaya minggu setelah diberikan intervensi (K3) paling tinggi bernali 6 dan palingwijaya rendah bernali 5 dengan nilai rata-rata 5.2. Skor keterampilan 2 mingguwijaya setelah diberikan intervensi (K4) paling tinggi bernali 6 dan paling rendah bernali 5 dengan nilai rata-rata 5.2.

Frekuensi pemutaran video oleh responden 1 minggu setelah intervensi paling tinggi berjumlah 3 kali pemutaran dan paling rendah berjumlah 1 kali pemutaran dengan rata-rata pemutaran video mencapai

2.07. Frekuensi pemutaran video oleh responden 2 minggu setelahwijaya intervensi paling tinggi berjumlah 4 kali pemutaran dan paling rendahwijaya berjumlah 2 kali pemutaran dengan rata-rata pemutaran video mencapai

2.53.

No	Variabel	Kategori	F	%
1	Jenis kelamin	Laki-laki	11	73.3
		Perempuan	4	26.7
2	Pengalaman menemukan kasus henti jantung	Pernah	2	13.3
		Tidak Pernah	13	86.7
3	Mengikuti pelatihan lain selama penelitian berlangsung	Ya	-	0%
		tidak	15	100%
4	Mempelajari atau mempraktekkan kembali materi yang diberikan	Ya	15	100%
		Tidak	0	0%
5	Tindakan yang dilakukan	Memutar kembali video	2	13.3%
		Mempraktekkan kembali secara individu	13	86.67%
		Mempraktekkan kembali secara kelompok	0	0%
		Lainnya	0	0%
6	Seberapa sering anda melakukan kegiatan mempelajari atau mempraktekkan kembali	Minggu 1		
		1. 1 kali	1	6%
		2. 2 kali	12	80%
		3. 3 kali	2	14%
		Minggu kedua		
		1. 2 kali	10	66.7%
		2. 3 kali	2	13.3%
		3. 4 kali	3	20%

Sumber: Data Primer (2019)

Berdasarkan tabel 5.2, dapat dijelaskan jenis kelamin responden yang paling dominan yaitu laki-laki dengan jumlah 11 orang. Respondennya dominannya tidak memiliki pengalaman menemukan kasus henti jantung dengan jumlah 13 orang. Responden mayoritasnya tidak mengikuti pelatihan lain selama penelitian ini berlangsung sebanyak 15 orang. Responden mayoritasnya mempelajari atau mempraktekkan kembali materi yang diberikan sebanyak 15 orang. Responden mayoritasnya mempraktekkan kembali video yang diberikan secara individu sebanyak 13 orang. Responden mayoritasnya 2 kali mempelajari kembali materi yang diberikan setelah 1 minggu intervensi sebanyak 12 orang. Responden

5.2 Analisa Bivariat

5.2.1 Pengaruh Self-directed Video Terhadap Pengetahuan Sebelum

Intervensi, Sesaat setelah Intervensi, 1 Minggu Setelah Intervensi dan

2 Minggu Setelah Intervensi Pada Komunitas Relawan PPMR di Kota Malang

Tabel 5.3 Hasil Post Hoc Wilcoxon Pengaruh Self-directed Video Terhadap Pengetahuan Pada Komunitas Relawan PPMR di Kota Malang

Perbandingan Pengetahuan	Delta	Nilai p
P1 vs P2	3.6	0.001
P1 vs P3	3.6	0.001
P1 vs P4	3.67	0.001
P2 vs P3	0	1.000
P2 vs P4	0.07	0.564
P3 vs P4	0.07	0.317

Sumber: Data Primer (2019)

Keterangan tabel:

P1 = Sebelum intervensi

P2 = sesaat setelah intervensi

P3 = 1 minggu setelah intervensi

P4 = 2 minggu setelah intervensi

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui setiap perbandingan pengetahuan dengan nilai $p = 0.001, 0.001, 0.001, 1.000, 0.564$ dan 0.317 sehingga bisa disimpulkan terdapat perubahan pengetahuan sebelum intervensi (P1) dengan sesaat setelah intervensi (P2), sebelum intervensi (P1) dengan 1 minggu setelah intervensi (P3) dan sebelum intervensi (P1) dengan 2 minggu setelah intervensi (P4). Adapun perubahan pengetahuan sebelum intervensi (P1) dengan sesaat setelah intervensi (P2) sebesar 3.6, sebelum intervensi (P1) dengan 1 minggu setelah intervensi (P3) sebesar 3.6 dan sebelum intervensi (P1) dengan 2 minggu

Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
 Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
 Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
 Universitas Brawijaya setelah intervensi (P4) sebesar 3.67. Untuk sesaat setelah intervensi (P2)
 Universitas Brawijaya dengan 1 minggu setelah intervensi (P3), sesaat setelah intervensi (P2)
 Universitas Brawijaya dengan 2 minggu setelah intervensi (P4) dan 1 minggu setelah intervensi
 Universitas Brawijaya (P3) dengan 2 minggu setelah intervensi (P4) tidak mengalami perubahan
 pengetahuan yang signifikan berdasarkan nilai p dan delta *mean*.

5.2.2 Pengaruh *Self-directed Video* Terhadap Keterampilan Sebelum Intervensi, Sesaat setelah Intervensi, 1 Minggu Setelah Intervensi dan 2 Minggu Setelah Intervensi Pada Komunitas Relawan PPMR di Kotamadya Malang

5.2.3 Tabel 5.4 Hasil Post Hoc Wilcoxon Pengaruh *Self-directed Video* Terhadap Keterampilan Pada Komunitas Relawan PPMR di Kota Malang

Perbandingan Keterampilan	Delta	Nilai p
K1 vs K2	4.2	0.001
K1 vs K3	4	0.000
K1 vs K4	4	0.000
K2 vs K3	-0.2	0.083
K2 vs K4	-0.2	0.083
K3 vs K4	0	1.000

Sumber: Data Primer (2019)

Keterangan tabel:

K1 = Sebelum intervensi

K2 = sesaat setelah intervensi

K3 = 1 minggu setelah intervensi

K4 = 2 minggu setelah intervensi

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui setiap perbandingan keterampilan dengan nilai p= 0.001, 0.000, 0.000, 0.083, 0.083 dan 1.000wijaya sehingga bisa disimpulkan ada perubahan keterampilan Sebelum intervensi (K1) dengan sesaat setelah intervensi (K2), Sebelum intervensi (K1) dengan 1 minggu setelah intervensi (K3) dan Sebelum intervensi (K1) dengan 2 minggu setelah intervensi (K4). Adapun perubahan pengetahuan Sebelum intervensi (K1) dengan sesaat setelah intervensi



(K2) sebesar 4,2, Sebelum intervensi (K1) dengan 1 minggu setelah intervensi (K3) sebesar 4 dan Sebelum intervensi (K1) dengan 2 minggu setelah intervensi (K4). Untuk sesaat setelah intervensi (K2) dengan 1 minggu setelah intervensi (K3), sesaat setelah intervensi (K2) dengan 2 minggu setelah intervensi (K4) dan 1 minggu setelah intervensi (K3) dengan 2 minggu setelah intervensi (K4) tidak mengalami perubahan keterampilan yang signifikan berdasarkan nilai p dan delta mean.

keterampilan yang signifikan berdasarkan nilai p dan delta mean.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Pengaruh *Self-directed Video* Terhadap Pengetahuan Sebelum,

Sesudah, 1 Minggu Sesudah dan 2 Minggu Sesudah Intervensi Pada

Komunitas Relawan PPMR di Kota Malang

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan sesaat setelah intervensi (P2) lebih tinggi dibanding dengan sebelum intervensi (P1). Hal ini menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan dari sebelum intervensi (P1) ke sesaat setelah intervensi (P2). Sedang pada 1 minggu setelah intervensi (P3) didapatkan pengetahuan yang sama dengan sesaat setelah intervensi (P2), dan pada 2 minggu setelah intervensi (P4) ada kenaikan pengetahuan dibanding sesaat setelah intervensi (P2) namun tidak signifikan. Jadi pada sesaat setelah intervensi (P2), 1 minggu setelah intervensi (P3), dan 2 minggu setelah intervensi (P4) terdapat kenaikan pengetahuan secara signifikan dibanding dengan sebelum intervensi (P1).

Sebelum diberikan intervensi (P1), rata-rata responden hanya dapat menjawab 2 pertanyaan yang benar terkait pengetahuan dimana responden tidak dapat menjawab pertanyaan terkait dengan pelaksanaan RJP yang benar. Akan tetapi sesaat setelah diberikan intervensi (P2), 1 minggu setelah intervensi (P3) dan 2 minggu setelah intervensi (P4) menggunakan *self-directed video*, rata-rata responden dapat menjawab 5 pertanyaan dengan benar. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan (sesaat setelah intervensi (P2), 1 minggu setelah intervensi (P3), 2 minggu setelah intervensi (P4)).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hernandez et al. (2015) menyatakan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan pada kelompok *student-directed group* yang menggunakan media teknologi pembelajaran dibandingkan dengan pembelajaran yang berfokus pada instruktur. Responden dapat mengetahui lebih banyak hal terkait pengetahuan tentang *basic life support* dengan menggunakan media teknologi (Hernandez et al., 2015). Peningkatan nilai pengetahuan responen terkait *basic life support* yang berbasis *self-directed video* tersebut dapat dijelaskan dengan pendekatan penggunaan teknologi yang mempengaruhi otak manusia. *Self-directed video* adalah salah satu media inovatif yang menggunakan teknologi dalam menunjang pembelajaran. Pada *self-directed video* terdapat gambar dan suara aktif yang memberikan efek *audio imaginary* pada otak manusia. Efek dari *audio imaginary* menyebabkan peningkatan kemampuan memori jangka panjang di otak serta mempermudah seseorang untuk mengingat hal yang dipelajari dari video tersebut (Granito & Chernobilsky, 2012). Peningkatan memori jangka panjang dipengaruhi oleh aktivasi korteks pre frontal pada otak manusia akibat adanya efek dari *audioimagineary* pada video tersebut. Peningkatan aktivasi ini akan memicu stimulasi kognitif dan memperkuat memori seseorang yang telah mempelajari suatu materi (Jancke et al., 2009).

Pembelajaran dengan menggunakan teknologi menyediakan proses pembelajaran yang terpusat pada individu (*learner-centered learning*) dan meningkatkan kemampuan kognitif sesuai dengan tujuan yang diinginkan sesuai dengan konten yang dipelajari. Proses pembelajaran ini dilaksanakan secara mandiri melalui perangkat penunjang pembelajaran yang dapat memutar video tersebut (Beskind et al., 2016; Contri et al., 2016).

Penilaian pengetahuan pada penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perubahan pengetahuan sesaat setelah intervensi (P2), 1 minggu setelah intervensi (P3) dan 2 minggu setelah intervensi (P4) dengan nilai $p > 0,05$. Pada pengetahuan sesaat setelah intervensi (P2) dan 1 minggu setelah intervensi (P3) tidak memiliki selisih pengetahuan atau bernilai 0. Untuk pengetahuan sesaat setelah intervensi (P2) dan 2 minggu setelah intervensi (P4) memiliki selisih 0.07. Untuk pengetahuan 1 minggu setelah intervensi (P3) dan 2 minggu setelah intervensi (P4) memiliki selisih 0.07. Hal ini menunjukkan bahwa sesaat setelah diberikan intervensi hingga 2 minggu setelah intervensi pengetahuan mampu bertahan (tetap), sehingga menunjukkan bahwa pendekatan pembelajaran ini efektif dalam mencegah terjadinya penurunan pengetahuan dalam rentang waktu 2 minggu setelah intervensi pada relawan PPMR Kota Malang. Retensi pengetahuan lebih dari 2 minggu belum jelas apakah masih bertahan atau mengalami penurunan, sehingga dibutuhkan penelitian lebih lanjut.

Berdasarkan penjelasan diatas terdapat penelitian yang selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Hernandez *et al.*, (2015) menyatakan bahwa terdapat retensi pengetahuan pada kelompok *student-directed group* yang menggunakan media teknologi pembelajaran pada waktu pengukuran sesudah dan 3 bulan sesudah intervensi (Hernandez *et al.*, 2015).

Adanya retensi pengetahuan setelah diberikan *self-directed video* berkaitan dengan kemampuan retensi responden. Retensi responden terhadap suatu pembelajaran dipengaruhi oleh pemilihan strategi pembelajaran atau pendekatan pembelajaran. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lubis *et al.*, (2010) bahwa terdapat perbedaan yang signifikan retensi siswa yang belajar dengan pembelajaran kontekstual

dibandingkan dengan pembelajaran secara langsung. Retensi siswa yang diajarkan menggunakan pendekatan pembelajaran kontekstual sebesar 77,69% lebih besar dari rata-rata nilai retensi siswa yang diajarkan menggunakan pendekatan pembelajaran langsung yaitu sebesar 74,44% (Lubis *et al.*, 2010).

Penelitian lain menyebutkan bahwa strategi belajar sebagai model pembelajaran yakni *mind mapping* dengan multimedia membuktikan dapat meningkatkan retensi (daya ingat). Strategi *mind mapping* membuat siswa berinteraksi dengan teman kelompok lain mengenai masalah yang dihadapi maupun meningkatkan aktifitas berpikir hingga dapat meningkatkan pemahaman. Hal ini dapat dibuktikan dari hasil retest yang dilakukan dalam selang waktu 2 minggu. Strategi *mind mapping* menunjukkan bahwa nilai retest adalah sebanyak 59,85% lebih tinggi dibandingkan pembelajaran yang hanya melalui ceramah dan diskusi dengan nilai retensi 35,54% (Irwan, 2013).

Kemampuan retensi seseorang juga berkaitan dengan frekuensi pemutaran video. Pada penelitian ini, rata-rata responden mempelajari dan mempraktekkan langsung memutar video yang diberikan dalam 1 minggu sebanyak 2 kali baik pada minggu pertama dan minggu kedua setelah intervensi. Pada penelitian ini, responden tidak mengikuti pelatihan apapun selain pelatihan yang diberikan oleh peneliti dalam jangka waktu 1 minggu dan 2 minggu setelah pelatihan. Sebanyak 13 orang responden mempraktekkan kembali materi yang diberikan secara individu dan 2 orang memutar kembali video yang diberikan. Hal ini menjelaskan bahwa responden sangat aktif dalam mengikuti pelatihan ini terbukti dengan tidak adanya pelatihan lain yang diikuti dan mencoba secara mandiri mengulang materi yang diberikan dalam minggu pertama dan minggu kedua penelitian.

Selaras dengan pernyataan di atas bahwa proses pembelajaran dengan *self-directed video* ini mempermudah responden untuk melakukan review kembali terhadap konten yang dipelajari dimanapun dan kapanpun selama menggunakan teknologi penunjang yang dapat memutar video tersebut (Akhtar *et al.*, 2013). Dengan melakukan review kembali konten yang ada di video, maka mempermudah responden mengingat materi yang sudah dipelajari sebelumnya. Selain itu, kemampuan mengingat juga dipengaruhi oleh faktor usia. Pada penelitian ini, rata-rata usia responden pada penelitian ini yaitu 35 tahun. Nusantari (2015) menyatakan kebanyakan orang merasakan perubahan retensi saat mereka bertambah usia. Retensi aktif pada orang dewasa yang lebih tua cenderung menurun karena lobus depan otak merupakan bagian pertama yang melemah, sehingga orang yang sudah tua cenderung lupa terhadap sesuatu yang telah diketahuinya. Kecenderungan ini berkembang sebesar 12% pada usia 70-74 dan menjadi 40% pada usia 85-59 tahun (Nusantari, 2015). Berdasarkan penelitian di atas, maka usia responden penelitian ini dalam rentang yang dapat mampu mengingat dengan baik.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan terdapat

peningkatan pengetahuan pada pengukuran sebelum intervensi (P1) dengan sesaat setelah intervensi (P2), sebelum intervensi (P1) dengan 1 minggu setelah intervensi (P3) dan sebelum intervensi (P1) dengan 2 minggu setelah intervensi (P4) pada komunitas relawan PPMR di kota Malang. Terdapat retensi pada pengukuran pengetahuan sesaat setelah intervensi (P2) dengan 1 minggu setelah intervensi (P3) dan sesaat setelah intervensi (P2) dengan 2 minggu setelah intervensi (P4) pada komunitas relawan PPMR di kota Malang.

6.2 Pengaruh *Self-directed Video* Terhadap Keterampilan Sebelum Intervensi, sesaat Setelah Intervensi, 1 Minggu Setelah Intervensi dan 2 Minggu Setelah Intervensi Pada Komunitas Relawan PPMR di Kota Malang

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penilaian keterampilan sesaat setelah intervensi (K2) lebih tinggi dibanding dengan sebelum intervensi (K1). Penilaian keterampilan 1 minggu setelah intervensi (K3) lebih tinggi dibanding dengan sebelum intervensi (K1), sedang pada 2 minggu setelah intervensi (K4) didapatkan keterampilan yang sama dengan 1 minggu setelah intervensi (K3). Jadi pada sesaat setelah intervensi (K2), 1 minggu setelah intervensi (K3), dan 2 minggu setelah intervensi (K4) terdapat kenaikan keterampilan secara signifikan dibanding dengan sebelum intervensi (K1).

Sebelum diberikan intervensi, rata-rata responden hanya dapat melakukan 1 tindakan yang benar terkait RJP dimana responden tidak mampu melaksanakan RJP yang benar terutama dalam melakukan RJP yang baik. Akan tetapi sesaat setelah diberikan intervensi (K2), 1 minggu setelah intervensi (K3) dan 2 minggu setelah intervensi (K4) menggunakan *self-directed video*, rata-rata responden dapat melakukan 5 tindakan RJP dengan benar. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat peningkatan keterampilan responden sebelum intervensi (K1) dibandingkan dengan setelah intervensi (sesaat setelah intervensi (K2), 1 minggu setelah intervensi (K3), 2 minggu setelah intervensi (K4)).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Benoit et al., (2017) yang menyatakan bahwa terdapat peningkatan keterampilan pada kelompok yang diberikan video pendek terkait cara melakukan resusitasi.

jantung paru dengan benar. Responden dapat melakukan simulasi secara mandiri dengan melihat video yang diberikan (Benoit *et al.*, 2017).

Hasil penelitian ini juga didukung oleh Beskind *et al* (2016) yang menyatakan penggunaan video pendek dapat meningkatkan keterampilan responden dalam melakukan bantuan hidup dasar seperti memanggil bantuan dan menghubungi fasilitas kesehatan, melakukan kompresi dengan kecepatan dan kedalaman yang baik penggunaan AED yang tepat (Beskind *et al.*, 2016).

Responden akan menonton terlebih dahulu video yang diberikan. Responden memperhatikan langkah-langkah melakukan bantuan hidup dasar yang didemonstrasikan pada video tersebut. Setelah responden memahami langkah-langkah tersebut, kemudian responden mencoba mempraktikkan secara langsung pada manekin yang telah disediakan sesuai dengan kasus yang diberikan untuk responden. Adanya demonstrasi di dalam video akan memberikan kemudahan responden mengamati dan mengulang kembali tindakan bantuan hidup dasar (Blewer *et al.*, 2016). Adanya video demonstrasi ini mampu memberikan stimulus kognitif yang baik untuk meningkatkan dorongan untuk belajar dan kemudian meningkatkan keterampilan responden yang dibuktikan dengan adanya peningkatan pada *posttest* (Jancke *et al.*, 2009).

Penelitian ini juga didukung oleh Raja & Nagasubramani (2018) yang askan proses pembelajaran dengan metode berbasis teknologi canggih meningkatkan aktivasi korteks prefrontal pada otak manusia. Kaitan aktivasi ini akan memicu stimulasi kognitif dan memperkuat seseorang yang telah mempelajari suatu materi. Selain itu,

itas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
itas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
itas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya Universitas Brawijaya
penggunaan teknologi modern dapat meningkatkan proses pembelajaran dan keterampilan yang dimiliki seseorang (Raja & C. Nagasubramani, 2018).
Penilaian keterampilan pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat penurunan skor keterampilan sesaat setelah intervensi (K2) dibandingkan dengan 1 minggu setelah intervensi (K3) dan 2 minggu setelah intervensi (K4) namun tidak signifikan. Untuk keterampilan 1 minggu setelah intervensi (K3) dan 2 minggu setelah intervensi (K4) tidak mengalami perubahan keterampilan yang signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa sesaat setelah diberikan intervensi hingga 2 minggu setelah intervensi keterampilan mampu bertahan (tetap), sehingga menunjukkan bahwa pendekatan pembelajaran ini efektif dalam mencegah terjadinya penurunan keterampilan dalam rentang waktu 2 minggu setelah intervensi pada relawan PPMR Kota Malang. Retensi keterampilan lebih dari 2 minggu belum jelas apakah masih bertahan atau mengalami penurunan, sehingga dibutuhkan penelitian lebih lanjut.

Berdasarkan penjelasan diatas terdapat penelitian yang selaras dengan hasil penelitian Kim *et al* t (2017) yang menyatakan tidak terdapat perubahan yang signifikan keterampilan dalam melakukan BLS sesudah intervensi dengan 3 bulan sesudah intervensi. Keterampilan melakukan BLS tidak mengalami perubahan terutama pada tindakan kompresi yang dilakukan oleh responden (Kim *et al.*, 2017). Penelitian lain juga menjelaskan bahwa tidak terdapat perubahan signifikan keterampilan dalam melakukan BLS sesudah dan 3 bulan sesudah intervensi terutama pada tindakan BLS untuk mengukur kedalaman kompresi, kecepatan kompresi, ketepatan posisi tangan saat kompresi dan pemberian oksigen (Hernandez *et al.*, 2015).

Akan tetapi terdapat penelitian yang menunjukkan adanya penurunanwijaya keterampilan responden dalam melakukan BLS sesudah intervensi, sesudahwijaya 12 minggu intervensi dan sesudah 18 minggu intervensi. Responden mengalami penurunan kemampuan BLS pada bagian memastikan keamanan pasien maupun penolong hingga proses melakukan resusitasi jantung paru (Saraç & Ok, 2010). Berbeda dengan hasil yang ditemukan pada penelitian Ahn, et al., (2011) yang menyatakan bahwa terdapat peningkatanwijaya keterampilan melakukan resusitasi jantung paru sesudah intervensi dan 3wijaya bulan sesudah intervensi. Adanya peningkatan keterampilan pada respondenwijaya pada bagian meminta bantuan, membuka jalan napas, mengecek pernapasan, memberikan bantuan napas, penempatan tangan yang diposisi tepat dan kecepatan kompresi (Ahn et al., 2011).

Keterampilan responden dalam melakukan bantuan hidup dasar sangat berkaitan dengan pengetahuan yang dimilikinya. Pada penelitian ini, terdapat peningkatan pengetahuan sebelum intervensi (P1) dengan sesaatwijaya setelah intervensi (P2), sebelum intervensi (P1) dengan 1 minggu setelahwijaya intervensi (P3) dan sebelum intervensi (P1) dengan 2 minggu setelahwijaya intervensi (P4) dimana peningkatan pengetahuan ini diikuti oleh peningkatan keterampilan responden sebelum intervensi (K1) dengan sesaat setelahwijaya intervensi (K2), sebelum intervensi (K1) dengan 1 minggu setelah intervensi (K3) dan sebelum intervensi (K1) dengan 2 minggu setelah intervensi (K4).

Akan tetapi perubahan antara pengukuran sesaat setelah intervensi, 1 mingguwijaya setelahwijaya intervensi dan 2 minggu setelah intervensi tidak mengalamiwijaya perubahan yang signifikan atau retensi baik pada pengetahuan maupunwijaya keterampilan.

Hernández-Padilla *et al.* (2015) menyatakan bahwa responden yang awalnya memiliki peningkatan pengetahuan sebelum dengan setelah diberikan intervensi (sesaat sesudah intervensi dan 3 bulan sesudah intervensi) juga mengalami peningkatan keterampilan. Namun, ketika dilakukan pengukuran sesudah dan 3 bulan sesudah intervensi, tidak terdapat perubahan yang signifikan pada pengetahuan serta keterampilannya (Hernandez *et al.*, 2015). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Partiprajak & Thongpo (2016) yang menyatakan bahwa terdapat peningkatan keterampilan responden dalam melakukan BLS sesudah intervensi dan 3 bulan sesudah intervensi namun terjadi penurunan pengetahuan responden pada pengukuran tersebut (Partiprajak & Thongpo, 2016). Hal ini menjelaskan bahwa keterampilan responden melakukan BLS tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan, melainkan ada faktor lain yang dapat mempengaruhi keterampilan seperti kepercayaan diri, sikap serta motivasi untuk melakukan BLS (Pei-Chuan Huang *et al.*, 2018).

Selain pengetahuan, jenis kelamin juga berpengaruh terhadap keterampilan responden. Pada penelitian ini, mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki dengan jumlah 11 orang (73.3%) dibandingkan dengan perempuan dengan jumlah 4 orang (26.7%). Penelitian sebelumnya menjelaskan jenis kelamin memiliki kaitan dengan keterampilan dalam melakukan kompresi dada lebih dalam dibandingkan dengan responden perempuan dimana laki-laki mampu melakukan kompresi lebih dalam dengan rasio 30 berbanding 2. Namun, responden wanita mampu melakukan kompresi dada lebih dalam ketika menggunakan rasio 15 berbanding 2 (Sayee & McCluskey, 2012).

Berdasarkan penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa keterampilan pada responden mengalami peningkatan setelah diberikan intervensi (sesaat setelah intervensi, 1 minggu setelah intervensi dan 2 minggu setelah intervensi). Terdapat retensi pada pengukuran keterampilan sesaat setelah intervensi, 1 minggu setelah intervensi dan 2 minggu setelah intervensi pada komunitas relawan PPMR di kota Malang. Hal ini menunjukkan bahwa metode ini dapat mencegah terjadinya penurunan keterampilan relawan PPMR Kota Malang.

6.3 Implikasi Penelitian

Pendekatan pembelajaran *self-directed learning* dengan media *self-directed video* merupakan suatu pendekatan yang dapat digunakan untuk mempelajari dalam melakukan bantuan hidup dasar. Metode ini mempunyai kelebihan dan mekanismenya sendiri dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan responden dalam melakukan bantuan hidup dasar.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa media *self-directed video* tidak menurunkan pengetahuan dan keterampilan responden dalam memberikan bantuan hidup dasar. Dengan dilakukannya pendekatan pembelajaran ini, diharapkan dapat menjadi bahan referensi bagi relawan untuk mempelajari bantuan hidup dasar untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan.

Hasil penelitian ini juga diharapkan kepada lembaga PPMR di kota Malang untuk tetap menerapkan metode ini dalam rangka mempertahankan pengetahuan dan keterampilan relawan memberikan bantuan hidup dasar.

6.4 Keterbatasan

Adapun keterbatasan pada penelitian ini yaitu

1. Peneliti tidak menentukan jumlah frekuensi menonton video pada proses penelitian karena peneliti menghargai etika penelitian *autonomy* responden yang memberikan kebebasan untuk menonton video dalam kurun waktu penelitian.



- BAB 7**
- KESIMPULAN DAN SARAN**
- 7.1 Kesimpulan**
1. Terdapat perubahan yang signifikan pada pengetahuan sebelum intervensi dengan sesaat setelah intervensi, sebelum intervensi dengan 1 minggu setelah intervensi, sebelum intervensi dengan 2 minggu setelah pemberian pembelajaran dengan *self-directed video* pada komunitas relawan PPMR di kota Malang
 2. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada pengetahuan sesaat setelah intervensi, 1 minggu setelah intervensi dan 2 minggu setelah pemberian pembelajaran dengan *self-directed video* pada komunitas relawan PPMR di kota Malang.
 3. Terdapat perubahan yang signifikan pada keterampilan sebelum intervensi dengan sesaat setelah intervensi, sebelum intervensi dengan 1 minggu setelah intervensi, sebelum intervensi dengan 2 minggu setelah pemberian pembelajaran dengan *self-directed video* pada komunitas relawan PPMR di kota Malang
 4. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada keterampilan sesaat setelah intervensi, 1 minggu setelah intervensi dan 2 minggu setelah pemberian pembelajaran dengan *self-directed video* pada komunitas relawan PPMR di kota Malang

7.2 Saran

1. Keperawatan

Perawat dalam memberikan pembelajaran serta pelatihan di berbagai masyarakat hendaknya menggunakan media *self-directed video* untuk mempertahankan retensi pengetahuan dan keterampilan.

2. Lembaga PPMR

Komunitas relawan PPMR dapat melakukan pembelajaran untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan menggunakan *self-directed video*.

3. Peneliti selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan *self-directed video* untuk jangka waktu yang lebih lama sehingga retensi pengetahuan dan keterampilan masih diketahui.



- DAFTAR PUSTAKA**
- Abella Benjamin, S., Aufderheide Tom, P., Eigel, Brian, Hickey Robert, W., Longstreth, W. T., Nadkarni, Vinay, Nichol, Graham Sayre Michael, R., Sommargren Claire, E, Hazinski Mary, Fran. (2008). Reducing Barriers for Implementation of Bystander-Initiated Cardiopulmonary Resuscitation. *Circulation*, 117(5), 704-709. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.188486
- Adekola, OO, Menkiti, DI, & Desalu, I. (2013). How much do we Remember after CPR Training?—Experience from a Sub-Saharan Teaching Hospital. *Analg Resusc: Curr Res S1*. of, 4, 5-6.
- Ahn, Ji Yun, Cho, Gyu Chong, Shon, You Dong, Park, Seung Min, & Kang, Ku Hyun. (2011). Effect of a reminder video using a mobile phone on the retention of CPR and AED skills in lay responders. *Resuscitation*, 82(12), 1543-1547. doi: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.08.029>
- Akhtar, Naheed, Field, Richard A., Davies, Robin P., & Perkins, Gavin D. (2012). Video-based CPR training – the importance of quality assurance. *Resuscitation*, 83(7), e158-e159. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.03.006
- Akhtar, Naheed, Nishisaki, Akira, & Perkins, Gavin D. (2013). Look, listen and practice. How do you learn? *Resuscitation*, 84(1), 11-12. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.10.003
- American Heart Association, AHA. (2011). Importance and implementation of training in cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillation in school : a science advisory from the american hearth association. *AHA Journals*, 123(6).
- American Heart Association, AHA. (2014). Cardiac Arrest Statistic. *American Heart Association, Inc.*
- American Heart Association, AHA. (2015). Highlights of the 2015 american heart association guidelines update for cpr and ecc. USA: American Heart Association.
- American Heart Association, AHA. (2015). Part 9; post-cardiac arrest care: for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care..
- American Heart Association, AHA. (2017). CPR Facts and Starts
- Arisdea. (2013). Pengaruh Multimedia Berbasis Mind Mapping Terhadap Hasil dan Retensi Belajar Siswa Pada Materi Hidrokarbon. *Jurnal Untan*
- Australian Resuscitation Council. (2011). *Advanced Live support level 2 Australia: ARC*
- Benoit, Justin L., Vogege, Jennifer, Hart, Kimberly W., Lindsell, Christopher J., & McMullan, Jason T. (2017). Passive ultra-brief video training improves performance of compression-only cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*, 115, 116-119. doi:<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.04.008>
- Berdowski, J., Berg, R. A., Tijssen, J. G., & Koster, R. W. (2010). Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation*, 81(11), 1479-1487. doi:10.1016/j.resuscitation.2010.08.006
- Berg RA, Hemphill R, Abella, B. S., Aufderheide, T. P., Cave, D. M., Hazinski, M. F, Lerner, E. B., Rea, T. D., Sayre, M. R., Swor, R. A. (2010). Part 5: adult basic life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 122(18 Suppl 3), S685-705. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970939

- Beskind, Daniel L., Stoltz, Uwe, Thiede, Rebecca, Hoyer, Riley, Burns, Whitney, Brown, Jeffrey, Ludgate, M., Tiutan, T., Shane, R., McMorrow, D., Pleasants, M., Panchal, Ashish R. (2016). Viewing a brief chest compression-only CPR video improves bystander CPR performance and responsiveness in high school students: A cluster randomized trial. *Resuscitation*, 104, 28-33. doi:<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.03.022>
- Besma, Glaa, & Chick. (2011). *Trained nurse location meodel for in-hospital cardiac arrest survival, the bussiness school of the word, INSEAD* .
- Blewer, A. L., Putt, M. E., Becker, L. B., Riegel, B. J., Li, J., Leary, M., Shea, J. A., Kirkpatrick, J. N., Berg, R. A., Nadkarni, V. M., Groeneveld, P. W., Abella, B.S., Group*, Chip Study. (2016). Video-Only Cardiopulmonary Resuscitation Education for High-Risk Families Before Hospital Discharge: A Multicenter Pragmatic Trial. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 9(6), 740-748. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.116.002493
- Bon, Catharine A , Berzon, Baruch, Schechter, Joshua, Sovari, Ali A, Windle, Mary L, Bechtel, Kirsten A, Andrew K Chang., Benjamin S Abella., Alena Lira., Richard H Sinert., Sugerman, Noah T. (2018). *Cardiopulmonary Resuscitation (CPR). Drugs & Diseases; Clinical Procedures*.
- Brady, William, Montaleone, Peter, Sochor, O'Connor, Mark and, & Robbert. (2011). *Resuscitation Skill and Technique*. Elsevier
- Cave, Aufderheide, T. P., Beeson, J., Ellison, A., Gregory, A., Hazinski, M. F., Hiratzka, L. F., Lurie, K. G., Morrison, L. J., Mosesso, V. N., Jr., Nadkarni, V., Potts, J., Samson, R. A., Sayre, M. R., Schexnayder, S. M., (2011). Importance and implementation of training in cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillation in schools: a science advisory from the American Heart Association. *Circulation*, 123(6), 691-706. doi: 10.1161/CIR.0b013e31820b5328
- Christenson, Jim, Nafziger, sarah, compton, scoot, vijayaraghavan, kris , Slater., brian., Ledingham., robbert., powel., judy and McBurnie, Ann. (2007). The effect of time on CPR and automated external defibrillator skills in the public access defibrillation trial. *Resuscitation*. 74, 52-62.
- Cokkinos, Philip, Nikolaou, Nikolaos, Kapadohos, Theodoros, Doulaptis, Constantinos, Tompoulidis, Dimitrios, Trikilis, John, & Tasouli, Androniki. (2012). Layperson trainees improve their resuscitation knowledge and confidence of providing bystander CPR in ERC-accredited BLS/AED courses. *Resuscitation*, 83, e110. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.08.285
- Contri, Enrico, Baggiani, Marta, Bonomo, Maria Concetta, Tonani, Michela, Fichtner, Ferdinando Emilio, Cornara, Stefano, & Baldi, Enrico. (2016). Video-based compression-only CPR teaching: A feasible and effective way to spread CPR in secondary schools. *Resuscitation*, 106, e60. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.07.143
- Dalal, Medha. (2014a). Impact of Multi-Media Tutorials in a Computer Science Laboratory Course--An Empirical Study. *Electronic Journal of e-Learning*, 12(4), 366-374.
- Diana, C. (2010). Bantuan ventilasi pada kegawatdarurat: Simposium kegawatdarurat Medis dan P2KB IDI. Jakarta.
- Edelson, Peres, Walsh, & Deborah. (2011). The science of CPR: Identifying the factors key to improved patient outcomes.
- Fanshan, Meng, Lin, Zhao, Wenqing, Liu, Chunlei, Lu, Yongqiang, Liu, & Naiyi, Li. (2012). Function pf standard CPR training on performance qualities of

medical volunteers for Mt. Taishan International Mounting festival. *BMC Emergency Medicine* 2013; 13.

Field, Hazinski, M. F., Sayre, M. R., Chameides, L., Schexnayder, S. M., Hemphill, R., Samson, R. A., Kattwinkel, J., Berg, R. A., Bhanji, F., Cave, D. M., Jauch, E. C., Kudenchuk, P. J., Neumar, R. W., Peberdy, M. A., Perlman, J. M., Sinz, E., Travers, A. H., Berg, M. D., Billi, J. E., Eigel, B., Hickey, R. W., Kleinman, M. E., Link, M. S., Morrison, L. J., O'Connor, R. E., Shuster, M., Callaway, C. W., Cucchiara, B., Ferguson, J. D., Rea, T. D., Vandenhoeck, T. L. (2010). Part 1: executive summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 122 (18 Suppl 3), S640-656. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970889

Field, John, Hazinski, Mf, Mary, MR, Sayre, Michael, & (2010). *Part 1 : Executive summary: 2010 american Heart association Guidelines for Cardiopulmonary resuscitation and Emergency Cardiovascular care Circulation 2010:* .

Gandhi, Sailaxmi, Mythili, D, & Thirumoorthy, A. (2015). Nursing students' perceptions about traditional and innovative teaching strategies- a pilot study. *Journal of Krishna Institute of Medical Sciences* 2015; 1(1).

Gloria, F. K. (2011). 42 Acquisition and Retention of Knowledge and Skills in Basic Life Support Among Emergency Medicine Residents. *Annals of Emergency Medicine*, 58(4), S191-S192. doi: 10.1016/j.annemergmed.2011.06.067

Graham, R., McCoy, M. A., & Schultz, A. M. (2015). Strategies to Improve Cardiac Arrest Survival: A Time to Act. Washington (DC).

Granito, Mark, & Chernobilsky, Ellina. (2012). *The Effect of Technology on a Student's Motivation and Knowledge Retention.*

Gumilar. (2008). Modul praktikum metode riset untuk bisnis & manajemen: Program studi manajemen S1 Fakultas Bisnis & Manajemen. Bandung: Universitas Widyatama.

Hasselqvist-Ax, Ingela, Riva, Gabriel, Herlitz, Johan, Rosenqvist, Mårten, Hollenberg, Jacob, Nordberg, Per, Ringh, Mattias., Jonsson, Martin., Axelsson, Christer., Lindqvist, Jonny, Karlsson, Thomas, Svensson, Leif. (2015). Early Cardiopulmonary Resuscitation in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *New England Journal of Medicine*, 372(24), 2307-2315. doi: 10.1056/NEJMoa1405796

Hernández-Padilla, José Manuel, Suthers, Fiona, Granero-Molina, José, & Fernández-Sola, Cayetano. (2015). Effects of two retraining strategies on nursing students' acquisition and retention of BLS/AED skills: A cluster randomised trial. *Resuscitation*, 93, 27-34. doi: https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.05.008

Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana Indonesia, Hippabi. (2012). *Kumpulan materi pelatihan emergency nursing.* . Jakarta: .

Horburger, Testori, C., Sterz, F., Herkner, H., Krizanac, D., Uray, T., Schober, A., Stockl, M., Stratal, P., Weiser, C., Wallmuller, C., Holzer, M. (2012). Mild therapeutic hypothermia improves outcomes compared with normothermia in cardiac-arrest patients--a retrospective chart review. *Crit Care Med*, 40(8), 2315-2319. doi: 10.1097/CCM.0b013e31825333cf

Irwan, M. (2013). *Psikologi Pendidikan* Yogyakarta: Ar-Ruus Media

- Jäncke, Lutz, Cheetham, Marcus, & Baumgartner, Thomas. (2009). Virtual reality and the role of the prefrontal cortex in adults and children. *Frontiers in Neuroscience*, 3(1).
- Jantti, H., Silfvast, T., Turpeinen, A., Paakkonen, H., & Uusaro, A. (2009). Nationwide survey of resuscitation education in Finland. *Resuscitation*, 80(9), 1043-1046. doi: 10.1016/j.resuscitation.2009.05.027
- Jones, S.A (2016). *Panduan klinis; BLS, ACLS, dan PALS* Jakarta Erlangga.
- Kim, Young Joon, Cho, Youngsuk, Cho, Gyu Chong, Ji, Hyun Kyung, Han, Song Yi, & Lee, Jin Hyuck. (2017). Retention of cardiopulmonary resuscitation skills after hands-only training versus conventional training in novices: a randomized controlled trial. *Clin Exp Emerg Med*, 4(2), 88-93. doi: 10.15441/ceem.16.175
- Lami, M., Nair, P., & Gadhvi, K. (2016). Improving basic life support training for medical students. *Adv Med Educ Pract*, 7, 241-242. doi: 10.2147/AMEP.S102111
- Lee, M. J., Hwang, S. O., Cha, K. C., Cho, G. C., Yang, H. J., & Rho, T. H. (2013). Influence of nationwide policy on citizens' awareness and willingness to perform bystander cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*, 84(7), 889-894. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.01.009
- Leong. (2011). Bystander CPR and survival. *Singapore Med J*, 52(8), 573-575.
- Lubis, A, Ridayani, Manurung, & Binari. (2010). Pengaruh model dan media pembelajaran terhadap hasil belajar dan retensi siswa pada pembelajaran biologi di SMP Swasta Muhammadiyah Serbelawan.
- Mani, Annadurai, K., & Danasekaran, R. (2015). Bystander cardiopulmonary resuscitation in out of hospital cardiac arrest: need of the hour. *Afr Health Sci*, 15(1), 307-309. doi: 10.4314/ahs.v15i1.43
- McGlinch, Brian, P, Wghite, & Roger, D. (2011). *Cardipulmonary Resuscitation: Basic and Advanced life support Elsevier mosby*.
- McNally, B., Robb, R., Mehta, M., Vellano, K., Valderrama, A. L., Yoon, P. W., Sasson, C., Crouch, A., Perez, A. B., Merritt, R., Kellermann, A. Centers for Disease, Control Prevention. (2011). Out-of-hospital cardiac arrest surveillance --- Cardiac Arrest Registry to Enhance Survival (CARES) United States, October 1, 2005--December 31, 2010. *MMWR Surveill Summ*, 60(8), 1-19.
- Meaney Peter, A., Bobrow Bentley, J., Mancini Mary, E., Christenson, Jim, de Caen Allan, R., Bhanji, Farhan, Abella Benjamin, S., Kleinman Monica, E. Edelson Dana, P. Berg Robert, A. Aufderheide Tom, P. Menon, Venu Leary, Marion. (2013). Cardiopulmonary Resuscitation Quality: Improving Cardiac Resuscitation Outcomes Both Inside and Outside the Hospital. *Circulation*, 128(4), 417-435. doi: 10.1161/CIR.0b013e31829d8654
- Mubarak, W , & Chayatin, N (2009). Ilmu kesehatan masyarakat teori dan aplikasi jakarta: salemba medika.
- Notoatmodjo, S. (2012). Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. (2012). promosi kesehatan dan prilaku kesehatan. jakarta: Rineka Cipta.
- Nusantari, Elya. (2015). Kajian Faktor Yang Mempengaruhi Retensi Siswa Smawijaya (Analisis Hasil Penelitian Eksperimen Dan Ptk). Karya ilmiah
- Ong, M, & Marcus. (2012). Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan jakarta Salemba Medika
- Partiprajak, Suphamas, & Thongpo, Pichaya. (2016). Retention of basic life support knowledge, self-efficacy and chest compression performance in

- Thai undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 16(1), 235-241. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nep.2015.08.012>

Pei-Chuan Huang, Edward, Chiang, Wen-Chu, Hsieh, Ming-Ju, Wang, Hui-Chih, Yang, Chih-Wei, Lu, Tsung-Chien, Wang, C. H., Chong, K. M., Lin, C. H., Kuo, C. W., Sun, J. T., Lin, J. J., Yang, M. CHuei-Ming Ma, Matthew. (2018). Public knowledge, attitudes and willingness regarding bystander cardiopulmonary resuscitation: A nationwide survey in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.07.018>

Proclemer, A., Dobrea, D., Pison, L., Lip, G. Y., Svendsen, J. H., Lundqvist, C. B., & Scientific Initiative Committee-European Heart Rhythm, Association. (2012). Current practice in out-of-hospital cardiac arrest management: a European heart rhythm association EP network survey. *Europace*, 14(8), 1195-1198. doi: 10.1093/europace/eus232

Puspita, Ikha Deviyanti. (2012). Retensi Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Pasca Pelatihan Gizi Seimbang pada Siswa Kelas 5 dan 6 di Sekolah Dasar Terpilih Kota Depok. Tesis.

Raja, R., & C. Nagasubramani, P. (2018). *Impact of modern technology in education* (Vol. 3).

Rivai, Vetzhal, & basri. (2009). Performance Appraisal: system yang tepat untuk menilai kinerja karyawan dan meningkatkan daya saing perusahaan,. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada

Rusman, Deni Kurniawan, & Riyana, Cepi. (2011). Pembelajaran Berbasis Teknologi Informasi dan Komunikasi. Jakarta: Rajawali Pers.

Salina, L., Ruffinengo, C., Garrino, L., Massariello, P., Charrier, L., Martin, B., Favale, M. S., Dimonte, V. (2012). Effectiveness of an educational video as an instrument to refresh and reinforce the learning of a nursing technique: a randomized controlled trial. *Perspect Med Educ*, 1(2), 67-75. doi: 10.1007/s40037-012-0013-4

Sadeqhi, R., sedaqhat, M., & Sha Ahmadi, F. (2014). Comparison of the effect of an blended lecture teaching methods on student learning and satisfaction.J. Adv med Educ Prof., 2 (4), 146-150.

Saraç, Leyla, & Ok, Ahmet. (2010). The effects of different instructional methods on students' acquisition and retention of cardiopulmonary resuscitation skills. *Resuscitation*, 81(5), 555-561. doi: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.08.030>

Sasson, Comilla, Meischke, Hendrika, Abella, Benjamin S., Berg, Robert A., Bobrow, Bentley J., Chan, Paul S., Root Elisabeth, Dowling, Heisler, Michele Levy Jerrold, H., Link, Mark, Masoudi, Frederick Ong, Marcus Sayre Michael, R. Rumsfeld John, S. Rea, Thomas D. (2013). Increasing Cardiopulmonary Resuscitation Provision in Communities With Low Bystander Cardiopulmonary Resuscitation Rates. *Circulation*, 127(12), 1342-1350. doi: doi:10.1161/CIR.0b013e318288b4dd

Sayee, N., & McCluskey, D. (2012). Factors influencing performance of cardiopulmonary resuscitation (CPR) by Foundation Year 1 hospital doctors. *Ulster Med J*, 81(1), 14-18. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23536733>

Smith, K. K., Gilcreast, D., & Pierce, K. (2008). Evaluation of staff's retention of ACLS and BLS skills. *Resuscitation*, 78(1), 59-65. doi: 10.1016/j.resuscitation.2008.02.007

- Soo Choi, H., Lee, D. h., kim, C. w., kim, s. e., & oh, j. h. (2015). Peer-assisted learning to train high-school students to perform basic life-support. *World Emerg Med.* doi:10.5847/wjem.j.1920-8642.2015.03.004
- Suharsono, Tony, & Ningsih, Dewi Kartika. (2008). Penatalaksanaan henti jantung diluar rumah sakit: Malang: umm press.
- Taufik, R. (2012). Peranan pertanyaan terhadap kekuatan retensi dalam pembelajaran sains pada siswa SMU. *Jurnal pendidikan dan budaya.*
- Travers, Rea, T. D., Bobrow, B. J., Edelson, D. P., Berg, R. A., Sayre, M. R., Berg, M. D., Chameides, L., O'Connor, R. E, Swor, R. A. (2010). Part 4: CPR overview: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation,* 122 (18 Suppl 3), S676-684. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970913
- Wasis. (2008). Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat. Jakarta: EGC.
- Wibawa, Cahya. (2007). Perbedaan efektifitas metode demonstrasi dengan pemutaran video Tentang pemberantasan dbd terhadap peningkatan pengetahuan dan Sikap anak sd di kecamatan wedarijasa kabupaten pati. *The Indonesian Journal of Health Promotion (Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia)*, 2(2), 115-129.
- Wibrandt, I., Norsted, K., Schmidt, H., & Schierbeck, J. (2015). Predictors for outcome among cardiac arrest patients: the importance of initial cardiac arrest rhythm versus time to return of spontaneous circulation, a retrospective cohort study. *BMC Emerg Med*, 15, 3. doi: 10.1186/s12873-015-0028-3
- Widyarani, Linda. (2018). Analisis Pengaruh Pelatihan Resusitasi Jantung Paru Dewasa terhadap Retensi Pengetahuan dan Ketampilan RJP pada Mahasiswa Keperawatan di Yogyakarta. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 12(3), 143-149.
- Widyatun. (2005). *Ilmu prilaku* Jakarta: Rineka Cipta.
- Wissenberg, M., Lippert, F. K., Folke, F., Weeke, P., Hansen, C. M., Christensen, E. F., Jans, H., Hansen, P. A., Lang-Jensen, T., Olesen, J. B., Lindhardsen, J., Fosbol, E. L., Nielsen, S. L., Gislason, G. H., Kober, L., Torp-Pedersen, C. (2013). Association of national initiatives to improve cardiac arrest management with rates of bystander intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA*, 310(13), 1377-1384. doi: 10.1001/jama.2013.278483
- Yang, Jing, Biros, David, & Hass, Michael. (2019). Knowledge Retention in Information Assurance Training: A Case Study of Security Awareness Training in University Environment.
- Zuldafril. (2012). Penelitian kuantitatif. Yogyakarta: Media Prakasa.

Lampiran 1

Lembar Kuesioner dan observasi

KUESIONER PENGETAHUAN TENTANG RESUSITASI JANTUNG PARU

A. DATA DEMOGRAFI

Jawablah pertanyaan berikut!

1. Usia : _____ tahun

2. Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (* coret yang tidak perlu)

3. Apakah anda pernah mendapatkan pelatihan tentang Cardiopulmonary

Resuscitation (RJP) sebelumnya?

a. Belum pernah

b. Pernah

4. Apakah anda pernah menemukan orang yang sedang mengalami henti jantung?

a. Belum pernah

b. Pernah

5. Apabila pernah menemukan orang yang mengalami henti jantung apakah yang anda lakukan? (apabila tidak pernah lewati saja)

a. Memanggil ambulan

b. Meminta bantuan masyarakat sekitar

c. Tidak melakukan apa-apa

6. Apakah anda memiliki anggota keluarga (termasuk kerabat) yang menderita penyakit jantung?

a. Ya

b. Tidak

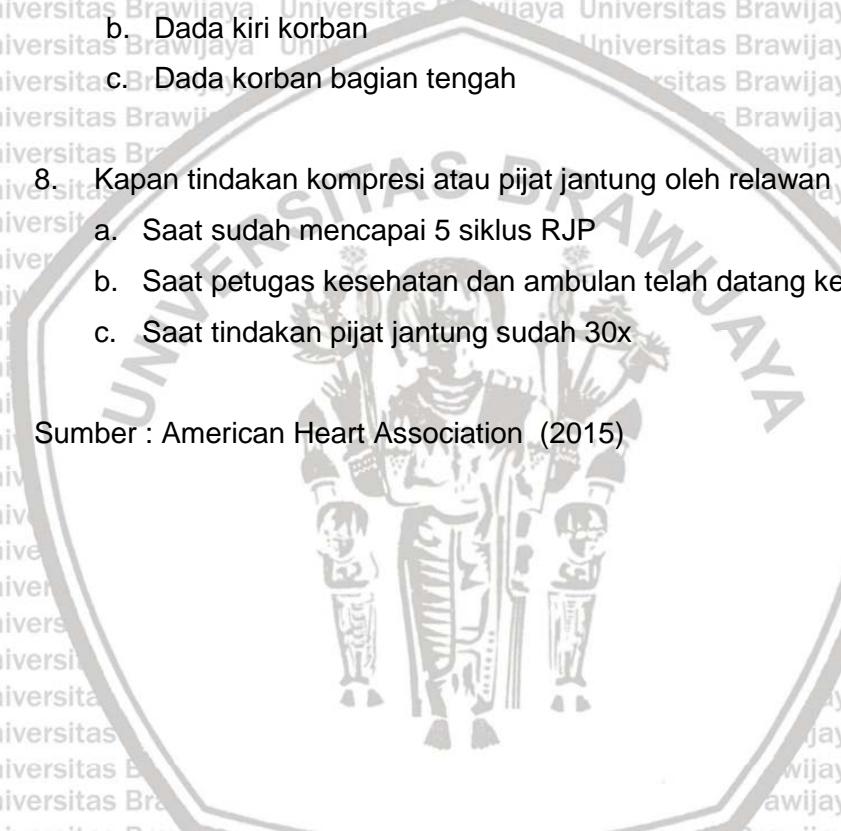
B. KUESIONER PENGETAHUAN

Jawablah pertanyaan dibawah ini

1. Menurut anda resusitasi jantung paru (RJP) adalah
 - a. Rangkaian tindakan dimana seseorang melakukan pertolongan pertama sebagai upaya untuk menolong korban yang kecelakaan
 - b. Rangkaian tindakan dimana seseorang melakukan pijat jantung dan nafas buatan untuk menolong korban yang mengalami henti jantung
 - c. Rangkaian tindakan dimana seseorang menolong seseorang yang tiba-tiba pingsan seperti memberikan minyak angin
2. Apa tanda-tanda yang dapat diamati oleh penolong pada pasien yang diduga mengalami henti jantung?
 - a. Korban tampak berkeringat dan mengeluh kepalanya pusing
 - b. Korban tampak pucat dan mengeluh nyeri dada
 - c. Korban tampak tidak berespon, tampak tidak bernafas
3. Apa yang anda lakukan pada saat melihat seseorang tidak sadarkan diri dan tidak bernafas?
 - a. Segera menghubungi bantuan atau ambulan
 - b. Membawa korban ke rumah sakit
 - c. Segera melakukan pijat jantung 30 kali
4. Menurut anda, waktu yang tepat untuk melakukan pengkajian keamanan lingkungan sekitar dan menyatakan lingkungan sekitar aman sebelum memberikan pertolongan adalah
 - a. Saat pertama kali menemukan pasien
 - b. Setelah menghubungi pelayanan gawat darurat
 - c. Setelah mengkaji pernafasan dan nadi korban
5. Menurut anda, tindakan yang dapat dilakukan untuk mengkaji respon tingkat kesadaran pasien yang diduga mengalami henti jantung
 - a. Berteriak keras di dekat telinga korban sampai korban terbangun
 - b. Menggoyangkan bahu korban dan menanyakan "bapak/ibu, apakah anda baik-baik saja?"

- c. Menekan pangkal kuku jari korban dengan ujung jari tangan penolong
6. Kepada siapakah anda menghubungi dan meminta bantuan?
- Polisi
 - Call center pelayanan gawat darurat
 - Keluarga korban
7. Lokasi kompresi dada pada korban henti jantung adalah pada
- Dada kanan korban
 - Dada kiri korban
 - Dada korban bagian tengah
8. Kapan tindakan kompresi atau pijat jantung oleh relawan RJP dihentikan?
- Saat sudah mencapai 5 siklus RJP
 - Saat petugas kesehatan dan ambulan telah datang ke lokasi
 - Saat tindakan pijat jantung sudah 30x

Sumber : American Heart Association (2015)



**LEMBAR OBSERVASI
KETERAMPILAN RESUSITASI JANTUNG PARU**

Tanggal test

Nama (Inisial)

Usia

Jenis Kelamin

</div

Kuesioner Retensi Tingkat Pengetahuan Dan Keterampilan Dalam Melakukan Tindakan Resusitasi Jantung Paru (Rjp) Pada Komunitas relawan Di Kota Malang

Tanggal test

Nama (Inisial)

Usia

Jenis Kelamin

</div

Lampiran 2

Informed Consent

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya Apriyani Jurusan Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan ini meminta Bapak/Ibu/Sdr untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul "**Pengaruh Pembelajaran Self-Directed Video Terhadap Retensi Pengetahuan Dan Keterampilan Resusitasi Jantung Paru Pada Komunitas Relawan Ppmr Di Kota Malang**"
2. Tujuan penelitian ini adalah :
Menganalisis pengaruh pembelajaran *self-directed video* terhadap retensi pengetahuan dan keterampilan resusitasi jantung paru (RJP) pada komunitas relawan PPMR di Kota Malang.
3. Manfaat Penelitian ini adalah:
Memberikan kesempatan dalam mengembangkan ilmu pengetahuan melalui pembelajaran yang berhubungan dengan pemberian high quality RJP yang terkait retensi pengetahuan dan keterampilan pada pasien dengan kondisi henti jantung pada komunitas relawan PPMR dengan menggunakan metode *self-directed video*.
4. Penelitian ini akan berlangsung selama 2 minggu dengan bahan penelitian berupa kuesioner dan lembar observasi keterampilan, yang akan diambil dengan cara mengikuti pelatihan dan mengisi lembar kuesioner serta lembar observasi.
5. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Sdr peroleh dengan keikutsertaan Bapak/Ibu/Sdr adalah menambah wawasan dalam menjalankan tugas sebagai relawan.
Manfaat langsung yang Bapak/Ibu/Sdr peroleh menambah pengetahuan dalam menjalankan tugas sebagai relawan dalam menghadapi kasus dengan henti jantung.
Manfaat tidak langsung yang dapat diperoleh memberikan membangun kepedulian terhadap keselamatan hidup masyarakat.
6. Ketidaknyamanan/resiko yang mungkin muncul yaitu waktu pelatihan dengan intensitas pertemuan 3 kali.
7. Pada penelitian ini, prosedur pemilihan subjek yaitu berdasarkan kriteria yaitu: relawan yang belum pernah ikut pelatihan RJP, mempunyai handphone android, bersedia menjadi responden.

Mengingat Bapak/Ibu/Sdr. memenuhi kriteria tersebut maka peneliti meminta kesediaan Bapak/Ibu/Sdr. untuk mengikuti penelitian ini setelah penjelasan penelitian ini diberikan.

8. Prosedur pemilihan sampel adalah menggunakan teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah total sampling. Semua sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan oleh peneliti. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi Bapak/Ibu/Sdr tidak perlu khawatir karena tidak ada resiko dalam prosedur ini dan juga identitas Bapak/Ibu/Sdr akan kami jaga kerahasiannya.
 9. Setelah Bapak/Ibu/Sdr menyatakan kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini maka peneliti memastikan Bapak/Ibu/Sdr dalam keadaan sehat.
 10. Sebelum pengisian kuisioner, peneliti akan menerangkan cara mengisi kuisioner kepada Bapak/Ibu/Sdr dengan cara memilih jawaban sesuai dengan pengalaman yang Bapak/Ibu/Sdr alami dengan menggunakan tinta hitam.
 11. Sebelum pengisian kuisioner peneliti akan memberikan penjelasan mengenai topik penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian, waktu penelitian, proses penelitian dan penilaian.
 12. Selama mengisi kuisioner, diperkenankan bagi Bapak/Ibu/Sdr untuk menanyakan apabila ada yang belum dipahami dari isi kuisioner.
 13. Setelah mengisi kuisioner, Bapak/Ibu/Sdr dapat melakukan tukar pengalaman dan tanya jawab dengan peneliti seputar pembelajaran yang diadakan.
 14. Bapak/Ibu/Sdr dapat memberikan umpan balik dan saran kepada peneliti terkait dengan proses pengambilan data dengan kuisioner baik selama maupun setelah proses pengisian kuisioner secara langsung pada peneliti.
 15. Peneliti akan memberikan waktu 5 menit pada Bapak/Ibu/Sdr untuk menyatakan dapat berpartisipasi / tidak dalam penelitian ini secara sukarela, sebelum proses wawancara mendalam dilakukan.
 16. Seandainya Bapak/Ibu/Sdr tidak menyetujui cara ini maka Bapak/Ibu/Sdr dapat memilih cara lain atau Bapak/Ibu/Sdr boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali.
 17. Jika Bapak/Ibu/Sdr menyatakan bersedia menjadi responden namun disaat penelitian berlangsung Bapak/Ibu/Sdr ingin berhenti maka Bapak/Ibu/Sdr dapat menyatakan mengundurkan diri atau tidak melanjutkan ikut dalam

penelitian ini. Tidak akan ada sanksi yang diberikan kepada Bapak/Ibu/Sdr terkait hal ini.

18. Nama dan jati diri Bapak/Ibu/Sdr akan tetap dirahasiakan, sehingga diharapkan Bapak/Ibu/Sdr tidak merasa khawatir dan dapat mengisi kuesioner sesuai kenyataan dan pengalaman Bapak/Ibu/Sdr yang sebenarnya.

19. Jika Bapak/Ibu/Sdr merasakan ketidaknyamanan atau dampak karena mengikuti penelitian ini, maka Bapak/Ibu/Sdr dapat menghubungi peneliti yaitu Apriyani.

20. Perlu Bapak/Ibu/Sdr ketahui bahwa penelitian ini telah mendapatkan persetujuan kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya sehingga Bapak/Ibu/Sdr tidak perlu khawatir karena penelitian ini akan dijalankan dengan menerapkan prinsip etik penelitian yang berlaku.

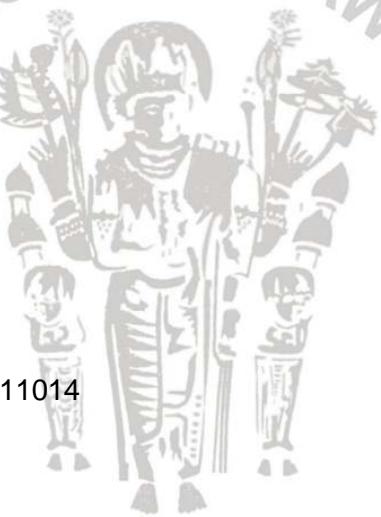
21. Hasil penelitian ini kelak akan dipublikasikan namun tidak terdapat identitas Bapak/Ibu/Sdr dalam publikasi tersebut sesuai dengan prinsip etik yang diterapkan.

22. Peneliti akan bertanggung jawab secara penuh terhadap kerahasiaan data yang Bapak/Ibu/Sdr berikan dengan menyimpan data hasil penelitian yang hanya dapat diakses oleh peneliti.

23. Jika Bapak/Ibu/Sdr bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini maka peneliti akan memberikan tanda terima kasih berupa botol minum dan handuk dengan total kisaran harga Rp 50.000, yang dapat digunakan partisipan untuk keperluan sehari-hari.

Peneliti Utama

(Apriyani)

Apriyani	Peneliti	(.....)	Yang membuat pernyataan	Malang, 2019
NIM. 176070300111014				(.....) Saksi I
Saksi I				Saksi II
(.....)				(.....)

Pernyataan Persetujuan untuk Berpartisipasi dalam Penelitian

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan dan telah dijelaskan oleh peneliti.
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul "pengaruh pembelajaran *self-directed video* terhadap retensi pengetahuan dan keterampilan resusitasi jantung paru (RJP) pada komunitas relawan PPMR di Kota Malang".

**Lampiran 3****Keterangan Laik Etik (*Ethical Clearance*)**

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia

Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755

http://www.fk.ub.ac.id

e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

NOTA DINAS

Nomor 43 /UN10.F08.12.21/2019

Yth : Ketua Komisi Etika Penelitian Kesehatan FKUB
 Dari : KPS Magister Keperawatan
 Derajat : amat segera
 Sifat : rahasia
 Hal : Persetujuan Keterangan Kelaikan Etik (*Ethical Clearance*)

Sehubungan dengan Studi Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang, khususnya dalam rangka tugas-tugas akademik / penyelesaian bagi mahasiswa yang tersebut di bawah ini :

Nama	:	Apriyani
NIM	:	176070300111014
Program Studi	:	Magister Keperawatan
Alamat Mahasiswa	:	JL. Mayjen Panjaitan Gg. 17 A No. 122 Kec. Klojen Malang
JudulTesis	:	Pengaruh Self Directed Video Terhadap Retensi Tingkat Pengetahuan dan Keterampilan Dalam Melakukan Tindakan RJP pada Komunitas Relawan PPMR di Kota Malang

Dengan ini kami mohon bantuan agar mahasiswa tersebut dibuatkan Surat Keterangan Kelaikan Etik (*Ethical Clearance*) sepanjang mahasiswa kami memenuhi ketentuan yang berlaku .

atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapan terima kasih.

06 Februari 2019

KPS Magister Keperawatan

Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes
NIP. 197702262003122001





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

FAKULTAS KEDOKTERAN

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia

Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 168; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755

<http://www.fk.ub.ac.id>

e-mail : kep.fk@ub.ac.id

KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(“ETHICAL CLEARANCE”)

No. 53 / EC / KEPK – S2 / 02 / 2019

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL

: Pengaruh Video Swa Putar terhadap Daya Ingat Tingkat Pengetahuan dan Keterampilan dalam Melakukan Tindakan Resusitasi Jantung Paru (RJP) pada Komunitas Relawan PPMR di Kota Malang.

PENELITI UTAMA

: Apriyani

UNIT / LEMBAGA

: S2 Keperawatan - Fakultas Kedokteran - Universitas Brawijaya Malang.

TEMPAT PENELITIAN

: Paguyuban Persaudaraan Malang Raya.

DINYATAKAN LAIK ETIK.



Prof. Dr. dr. Moch. Istiadjid ES, SpS, SpBS(K), SH, M.Hum, Dr(Hk)
NIPK. 20180246051611001

Catatan :

Keterangan Laik Etik Ini Berlaku 1 (Satu) Tahun Sejak Tanggal Dikeluarkan Pada Akhir Penelitian, Laporan Hasil Pelaksanaan Penelitian Wajib Diserahkan Kepada KEPK-FKUB Dalam Bentuk Soft Copy. Jika Ada Perubahan Protokol Dan / Atau Perpanjangan Penelitian, Harus Mengajukan Kembali Permohonan Kajian Etik Penelitian (Amandemen Protokol).



Lampiran 4

Ijin Penelitian dari Lokasi Penelitian dan Selesai Melakukan Penelitian

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia

Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755

<http://www.fk.ub.ac.id>

e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

Nomor : 1381 /UN10.F08.01/PP/2019
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

11 FEB 2019

Yth. Ketua Komunitas Paguyuban Persaudaraan Malang Raya (PPMR)

Sehubungan dengan penyelesaian Tesis mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan FKUB yang tersebut di bawah ini :

Nama Mahasiswa : Apriyani
NIM : 176070300111014
Judul Penelitian : Pengaruh Self Directed Video Terhadap Retensi Tingkat Pengetahuan dan Keterampilan Dalam Melakukan Tindakan RJP pada Komunitas Relawan PPMR di Kota Malang

Dengan ini kami mohon agar mahasiswa tersebut diberikan ijin penelitian di wilayah kerja Saudara sepanjang mahasiswa memenuhi ketentuan yang berlaku.

atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih



Dr. dr. Wisnu Barianto, M.Si.Med, SpA(K)
NIP 197307262005011008

Hal : Keterangan Izin Penelitian

20 Maret 2019

Kepada Yth:

Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya

Di Tempat

Dengan Hormat,

Menanggapi surat No. 1381/UN10.F08.01/PP/2019 pada tanggal 11 Februari 2019
perihal permohonan ijin penelitian pada mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan
FK UB yang tersebut di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Apriyani

NIM : 176070300111014

Judul Penelitian : Pengaruh *Self-Direction Video* terhadap retensi tingkat
pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan tindakan RJP
pada komunitas Relawan PPMR di Kota Malang

Dengan ini kami menyampaikan bahwa mahasiswa tersebut telah diizinkan melakukan
penelitian pada anggota relawan di Malang yaitu Paguyuban Persaudaraan Malang Raya
(PPMR) pada tanggal 24 Februari, 03 maret dan 10 maret 2019.

Demikian yang dapat kami sampaikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.
Atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih

Ketua PPMR



13 Maret 2019

13 Maret 2019

Hal : Keterangan Telah Melakukan Penelitian

Kepada Yth:
Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya
Di Tempat

Dengan Hormat,

Menanggapi surat No. 1381/UN10.F08.01/PP/2019 pada tanggal 11 Februari 2019 perihal permohonan ijin penelitian pada mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan FK UB yang tersebut di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Apriyani
NIM : 176070300111014
Judul Penelitian : Pengaruh *Self-Directed Video* terhadap retensi tingkat pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan tindakan RJP pada komunitas Relawan PPMR di Kota Malang

Dengan ini kami menyampaikan bahwa mahasiswa tersebut telah selesai melakukan penelitian yang dilakukan pada 15 orang anggota relawan di Malang yaitu Paguyuban Persaudaraan Malang Raya (PPMR) pada tanggal 24 Februari, 03 maret dan 10 maret 2019.

Demikian yang dapat kami sampaikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.
Atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih

Ketua PPMR



Lampiran 5

Hasil Analisa Data

LAMPIRAN ANALISA DATA

A. Univariat

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Umur responden	Mean	36.20	3.791
	95% Confidence Interval	Lower Bound	28.07
	for Mean	Upper Bound	44.33
	5% Trimmed Mean		35.61
	Median		32.00
	Variance		215.600
	Std. Deviation		14.683
	Minimum		18
	Maximum		65
	Range		47
	Interquartile Range		29
	Skewness	.473	.580
	Kurtosis	-.936	1.121
Pengetahuan sebelum intervensi	Mean	2.13	.215
	95% Confidence Interval	Lower Bound	1.67
	for Mean	Upper Bound	2.60
	5% Trimmed Mean		2.09
	Median		2.00
	Variance		.695
	Std. Deviation		.834
	Minimum		1
	Maximum		4
	Range		3
	Interquartile Range		1
	Skewness	.579	.580
	Kurtosis	.502	1.121
Pengetahuan sesudah intervensi	Mean	5.73	.153
	95% Confidence Interval	Lower Bound	5.40
	for Mean	Upper Bound	6.06

	5% Trimmed Mean	5.70	
	Median	6.00	
	Variance	.352	
	Std. Deviation	.594	
	Minimum	5	
	Maximum	7	
	Range	2	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	.091	.580
	Kurtosis	-.171	1.121
Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi	Mean	5.73	.182
	95% Confidence Interval		
	for Mean	Lower Bound	5.34
		Upper Bound	6.12
	5% Trimmed Mean	5.70	
	Median	6.00	
	Variance	.495	
	Std. Deviation	.704	
	Minimum	5	
	Maximum	7	
	Range	2	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	.433	.580
	Kurtosis	-.669	1.121
Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi	Mean	5.80	.175
	95% Confidence Interval		
	for Mean	Lower Bound	5.43
		Upper Bound	6.17
	5% Trimmed Mean	5.78	
	Median	6.00	
	Variance	.457	
	Std. Deviation	.676	
	Minimum	5	
	Maximum	7	
	Range	2	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	.256	.580
	Kurtosis	-.505	1.121
Mean		1.20	.107

Keterampilan sebelum intervensi	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	.97
		Upper Bound	1.43
	5% Trimmed Mean		1.17
	Median		1.00
	Variance		.171
	Std. Deviation		.414
	Minimum		1
	Maximum		2
	Range		1
	Interquartile Range		0
	Skewness		1.672 .580
	Kurtosis		.897 1.121
Keterampilan sesudah intervensi	Mean	5.40	.131
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.12
		Upper Bound	5.68
	5% Trimmed Mean		5.39
	Median		5.00
	Variance		.257
	Std. Deviation		.507
	Minimum		5
	Maximum		6
	Range		1
	Interquartile Range		1
	Skewness		.455 .580
	Kurtosis		-2.094 1.121
Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi	Mean	5.20	.107
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.97
		Upper Bound	5.43
	5% Trimmed Mean		5.17
	Median		5.00
	Variance		.171
	Std. Deviation		.414
	Minimum		5
	Maximum		6
	Range		1
	Interquartile Range		0
	Skewness		1.672 .580

	Kurtosis	.897	1.121
Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi	Mean	5.20	.107
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	4.97 5.43
	5% Trimmed Mean		5.17
	Median		5.00
	Variance		.171
	Std. Deviation		.414
	Minimum		5
	Maximum		6
	Range		1
	Interquartile Range		0
	Skewness		1.672
	Kurtosis		.897
Frekuensi pemutaran video di minggu pertama	Mean	2.07	.118
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	1.81 2.32
	5% Trimmed Mean		2.07
	Median		2.00
	Variance		.210
	Std. Deviation		.458
	Minimum		1
	Maximum		3
	Range		2
	Interquartile Range		0
	Skewness		.351
	Kurtosis		3.271
Frekuensi pemutaran video pada minggu kedua	Mean	2.53	.215
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	2.07 3.00
	5% Trimmed Mean		2.48
	Median		2.00
	Variance		.695
	Std. Deviation		.834
	Minimum		2
	Maximum		4
	Range		2

	Interquartile Range	1	
	Skewness	1.159	.580
	Kurtosis	-.408	1.121

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Umur responden	.186	15	.171	.919	15	.183
Pengetahuan sebelum intervensi	.297	15	.001	.860	15	.024
Pengetahuan sesudah intervensi	.340	15	.000	.758	15	.001
Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi	.251	15	.012	.798	15	.003
Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi	.283	15	.002	.801	15	.004
Keterampilan sebelum intervensi	.485	15	.000	.499	15	.000
Keterampilan sesudah intervensi	.385	15	.000	.630	15	.000
Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi	.485	15	.000	.499	15	.000
Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi	.485	15	.000	.499	15	.000
Frekuensi pemutaran video di minggu pertama	.425	15	.000	.631	15	.000
Frekuensi pemutaran video pada minggu kedua	.405	15	.000	.649	15	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	11	73.3	73.3	73.3
	Perempuan	4	26.7	26.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

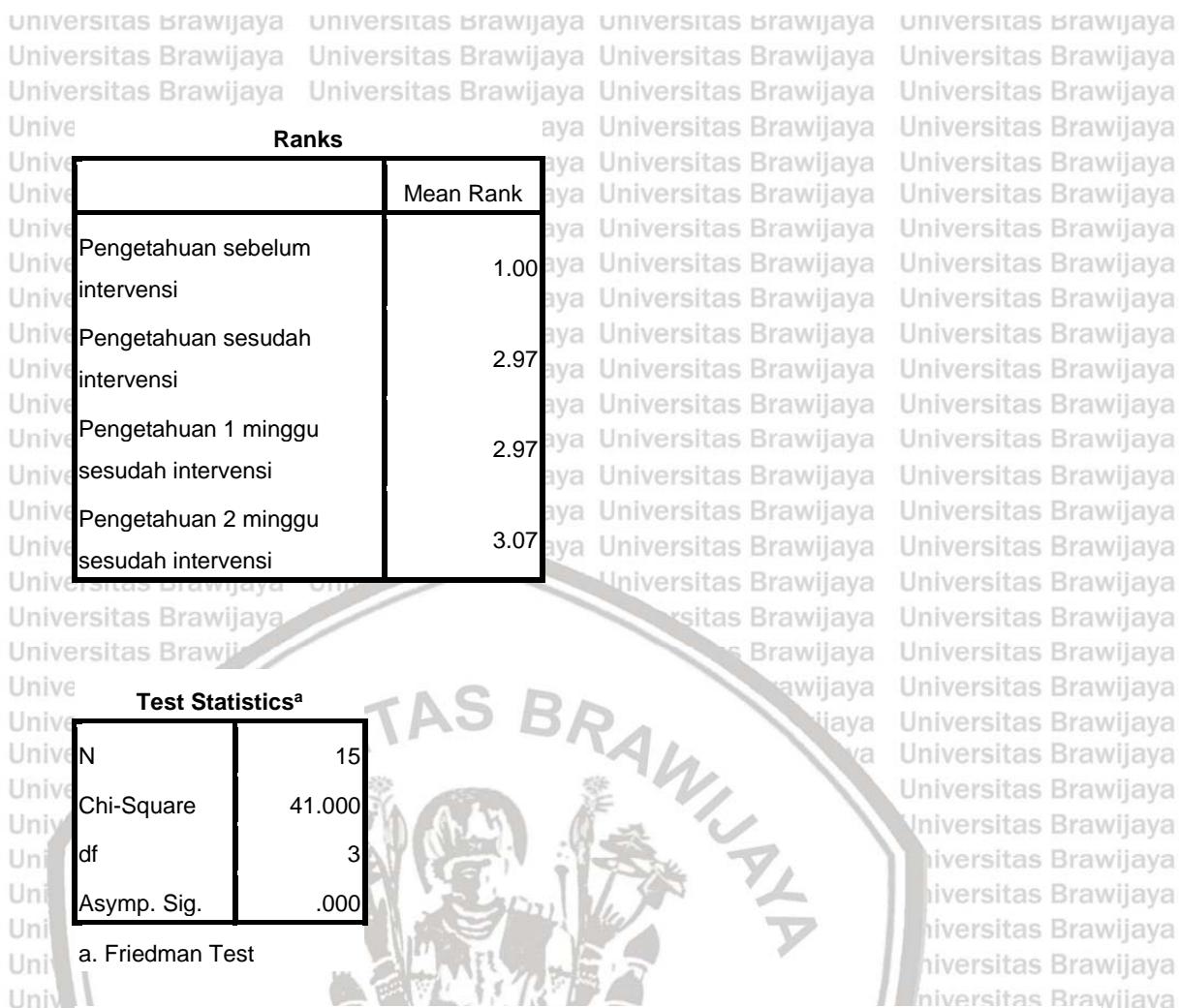
Pengalaman responden menemukan kasus henti jantung

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah	2	13.3	13.3	13.3
	Tidak pernah	13	86.7	86.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

B. Bivariat

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pengetahuan sebelum intervensi	15	2.13	.834	1	4
Pengetahuan sesudah intervensi	15	5.73	.594	5	7
Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi	15	5.73	.704	5	7
Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi	15	5.80	.676	5	7

**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pengetahuan sebelum intervensi	15	2.13	.834	1	4
Pengetahuan sesudah intervensi	15	5.73	.594	5	7
Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi	15	5.73	.704	5	7
Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi	15	5.80	.676	5	7

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	15 ^b	8.00	120.00
	Ties	0 ^c		
	Total	15		
Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	15 ^e	8.00	120.00
	Ties	0 ^f		
	Total	15		
Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Negative Ranks	0 ^g	.00	.00
	Positive Ranks	15 ^h	8.00	120.00
	Ties	0 ⁱ		
	Total	15		
Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sesudah intervensi	Negative Ranks	1 ^j	1.50	1.50
	Positive Ranks	1 ^k	1.50	1.50
	Ties	13 ^l		
	Total	15		
Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sesudah intervensi	Negative Ranks	1 ^m	2.00	2.00
	Positive Ranks	2 ⁿ	2.00	4.00
	Ties	12 ^o		
	Total	15		
Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi	Negative Ranks	0 ^p	.00	.00
	Positive Ranks	1 ^q	1.00	1.00
	Ties	14 ^r		
	Total	15		

- a. Pengetahuan sesudah intervensi < Pengetahuan sebelum intervensi
 - b. Pengetahuan sesudah intervensi > Pengetahuan sebelum intervensi
 - c. Pengetahuan sesudah intervensi = Pengetahuan sebelum intervensi
 - d. Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi < Pengetahuan sebelum intervensi
 - e. Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi > Pengetahuan sebelum intervensi
 - f. Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi = Pengetahuan sebelum intervensi

- g. Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi < Pengetahuan sebelum intervensi
- h. Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi > Pengetahuan sebelum intervensi
- i. Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi = Pengetahuan sebelum intervensi
- j. Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi < Pengetahuan sesudah intervensi
- k. Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi > Pengetahuan sesudah intervensi
- l. Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi = Pengetahuan sesudah intervensi
- m. Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi < Pengetahuan sesudah intervensi
- n. Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi > Pengetahuan sesudah intervensi
- o. Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi = Pengetahuan sesudah intervensi
- p. Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi < Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi
- q. Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi > Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi
- r. Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi = Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi

Test Statistics^c

	Pengetahuan sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi - intervensi	Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi - intervensi	Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi - intervensi	Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi - intervensi	Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi
Z	-3.458 ^a	-3.457 ^a	-3.457 ^a	.000 ^b	-.577 ^a	-1.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001	.001	.001	1.000	.564	.317

a. Based on negative ranks.

b. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks

Test

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Universitas Brawijaya					
Universitas Brawijaya					
Universitas Brawijaya					
Universitas Brawijaya					

Test Statistics^c							
	Pengetahuan sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi
Z	-3.458 ^a	-3.457 ^a	-3.457 ^a	.000 ^b	-.577 ^a	-1.000 ^a	
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001	.001	.001	1.000	.564	.317	

a. Based on negative ranks.

Keterampilan sebelum intervensi	15	1.20	.414	1	2
Keterampilan sesudah intervensi	15	5.40	.507	5	6
Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi	15	5.20	.414	5	6
Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi	15	5.20	.414	5	6

Ranks

	Mean Rank
Keterampilan sebelum intervensi	1.00
Keterampilan sesudah intervensi	3.20
Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi	2.90
Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi	2.90

Test Statistics^a

Test Statistics^c							
	Pengetahuan sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Pengetahuan 1 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi	Pengetahuan 2 minggu sesudah intervensi - Pengetahuan sebelum intervensi
Z	-3.458 ^a	-3.457 ^a	-3.457 ^a	.000 ^b	-.577 ^a	-1.000 ^a	
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001	.001	.001	1.000	.564	.317	

a. Based on negative ranks.

N	15
Chi-Square	41.727
df	3
Asymp. Sig.	.000

a. Friedman Test

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Keterampilan sebelum intervensi	15	1.20	.414	1	2
Keterampilan sesudah intervensi	15	5.40	.507	5	6
Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi	15	5.20	.414	5	6
Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi	15	5.20	.414	5	6

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Keterampilan sesudah intervensi - Keterampilan sebelum intervensi	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	15 ^b	8.00	120.00
	Ties	0 ^c		
	Total	15		
Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi - Keterampilan sebelum intervensi	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	15 ^e	8.00	120.00
	Ties	0 ^f		
	Total	15		
Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi - Keterampilan sebelum intervensi	Negative Ranks	0 ^g	.00	.00
	Positive Ranks	15 ^h	8.00	120.00
	Ties	0 ⁱ		
	Total	15		
Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi - Keterampilan sesudah intervensi	Negative Ranks	3 ^j	2.00	6.00
	Positive Ranks	0 ^k	.00	.00
	Ties	12 ^l		
	Total	15		
Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi - Keterampilan sesudah intervensi	Negative Ranks	3 ^m	2.00	6.00
	Positive Ranks	0 ⁿ	.00	.00
	Ties	12 ^o		
	Total	15		
Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi - Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi	Negative Ranks	0 ^p	.00	.00
	Positive Ranks	0 ^q	.00	.00
	Ties	15 ^r		
	Total	15		

- a. Keterampilan sesudah intervensi < Keterampilan sebelum intervensi
 - b. Keterampilan sesudah intervensi > Keterampilan sebelum intervensi
 - c. Keterampilan sesudah intervensi = Keterampilan sebelum intervensi
 - d. Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi < Keterampilan sebelum intervensi
 - e. Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi > Keterampilan sebelum intervensi
 - f. Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi = Keterampilan sebelum intervensi

- g. Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi < Keterampilan sebelum intervensi
- h. Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi > Keterampilan sebelum intervensi
- i. Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi = Keterampilan sebelum intervensi
- j. Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi < Keterampilan sesudah intervensi
- k. Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi > Keterampilan sesudah intervensi
- l. Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi = Keterampilan sesudah intervensi
- m. Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi < Keterampilan sesudah intervensi
- n. Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi > Keterampilan sesudah intervensi
- o. Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi = Keterampilan sesudah intervensi
- p. Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi < Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi
- q. Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi > Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi
- r. Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi = Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi

Test Statistics^d

	Keterampilan sesudah intervensi - Keterampilan sebelum intervensi	Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi - Keterampilan sebelum intervensi	Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi - Keterampilan sebelum intervensi	Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi - Keterampilan sesudah intervensi	Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi - Keterampilan sesudah intervensi	Keterampilan 2 Minggu Sesudah Intervensi - Keterampilan 1 Minggu Sesudah Intervensi
Z	-3.460 ^a	-3.499 ^a	-3.499 ^a	-1.732 ^b	-1.732 ^b	.000 ^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000	.083	.083	1.000

a. Based on negative

ranks.

b. Based on positive ranks.

c. The sum of negative ranks equals the sum of positive
ranks.

d. Wilcoxon Signed Ranks

Test

C.3.i) Uji validitas dan reliabilitas



Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.899	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p2	1.20	4.844	.926	.872
p3	1.10	4.767	.700	.886
p4	1.20	4.844	.926	.872
p5	1.30	6.233	.000	.910
p6	1.20	4.844	.926	.872
p7	1.00	4.667	.639	.895
p8	1.20	6.400	-.167	.934
p9	1.10	4.767	.700	.886
p10	1.20	4.844	.926	.872
p1	1.20	4.844	.926	.872



Lampiran 6

Surat Keterangan Bebas Plagiasi

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Veteran Malang – 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755
<http://www.fk.ub.ac.id> e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : 175 /UN10.F08.08/PN/2019

Berdasarkan pemindaian dengan perangkat lunak Turnitin, Badan Penerbitan Jurnal (BPJ) Fakultas Kedokteran menyatakan bahwa Artikel Ilmiah berikut :

Judul : Pengaruh Self-Directed Video Terhadap Retensi Tingkat Pengetahuan Dan Keterampilan Dalam Melakukan Tindakan Resusitasi Jantung Paru (RJP)
Pada Komunitas Relaman PPMR Di Kota Malang

Penulis : Apriyani

NIM : 176070300111014

Jumlah Halaman : 68

Jenis Artikel : Tesis (Program Studi Magister Keperawatan)

Kemiripan : 5 %

Demikian surat keterangan ini agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

06 MAY 2019



Lampiran 7**Manuskrip****Effects of the Use of Self-Directed Video on Knowledge of Malang City's Volunteer Communities in Conducting CPR Actions****Apriyani¹, Retty Ratnawati², Ika Setyo Rini³**¹Master Program of Nursing, Faculty of Medicine, University of Brawijaya^{2,3}Lecturer in Medical Faculty University of Brawijaya**Corresponding Author:**

Apriyani

Student of master of nursing program in Faculty of Medicine, University of Brawijaya
Jalan Veteran, Ketawanggede, Kecamatan Lowokwaru Malang

Indonesia

Email : Apriyani0286@gmail.com**ABSTRACT**

Cardiac arrest is a cardiovascular emergency which is the highest cause of death in the world, both in developing and developed countries. The occurrence of *Out-of-Hospital Cardiac Arrest* (OHCA) is commonly encountered by lay people. Therefore, everyone actually has an important role in increasing the survival rate of cardiac arrest patients, especially in the implementation of CPR. One way to improve the ability of lay people to do CPR is to use the learning method of self-directed video. However, several studies have suggested that the self-directed video media is less effective than ordinary knowledge improvement methods. In this regard, the researcher conducted this study with the aim to identify the effects of self-directed video on volunteer knowledge in conducting CPR. This study used a quasi experiment design with a pretest-posttest approach. Knowledge was measured at pre-intervention, immediate post-intervention, 1-week post-intervention, and 2-week post-intervention using questionnaires. Data were analyzed using Friedman and Wilcoxon tests. The results showed a change in knowledge between pre-intervention and immediate post-intervention, between pre-intervention and 1-week post-intervention, and between pre-intervention and 2-week post-intervention ($p=0.001$). Thus, self-directed videos are considered able to improve volunteer knowledge in conducting CPR.

Keywords: Cardiopulmonary Resuscitation knowledge, *Self-Directed Video*, Volunteer**INTRODUCTION**

Cardiac Arrest is the most common emergency condition of heart disease^(A Proclemer et al., 2012). Cardiac arrest is a very crucial global health issue, where quick initial assessment, as well as immediate and appropriate responses, can prevent death^(Patil, Halperin, & Becker, 2015). The incidence of cardiac arrest occurs not only in old ages but also young ages^(A Proclemer et al., 2012). Cardiac arrest can occur anywhere, either those that can be anticipated (during intensive care) or cannot be anticipated (outside the hospital)^(American Heart Association, 2017). The most often-occurred cardiac arrest is *Out-of-Hospital Cardiac Arrest* (OHCA).

OHCA is an incidence of cardiac arrest occurring outside hospitals^(McNally et al., 2011). *Out-of-Hospital Cardiac Arrest* (OHCA) is one of the focus of world health issues due to its fairly high rate of incidence^(Berdowski, Berg, Tijssen, & Koster, 2010). Patients with OHCA generally

have a lethal ECG picture characterized by Ventricular Tachycardia (VT), Pulseless Electrical Activity (PEA), Ventricular Fibrillation (VF), and Asystole^(R. Berg et al., 2010).

World Health Organization (WHO) states that the incidence of cardiac arrest is the highest cause of death in the world, reaching 60% of the world's total population^(WHO, 2016). WHO also suggests that the world's first-rank cause of the world's highest rate of death is ischemic heart disease^(WHO, 2018). Ischemic heart disease is one of the causes of cardiac arrest^(Myerburg & Juntila, 2012). In Indonesia, the number of cardiac arrest cases reaches 10/10,000 Indonesians with age of < 35 years^(IHA, 2018).

The high rate of OHCA incidence is not in harmony with the treatment given at the time of its occurrence. The treatment in OHCA patients solely covered 40.1% of the victims where the survival rate of patients only reached 9.5%^(AHA, 2014). That is why the treatment or aid from lay people play an important role in increasing the survival rate of cardiac arrest victims^(C. Sasson et al., 2013).

The cardiac arrest victims' ability to survive will decrease by 7-10% every minute while waiting for the help and arrival of medical members mostly takes longer time. Cardiac arrest victims must be given quick treatment by the lay people by taking first aid measures. CPR actions immediately given will increase 2 to 3 times the survival possibility or chance of cardiac arrest victims. Conversely, delays in carrying out CPR actions will reduce the survival chance. Therefore, CPR actions are the main focus in improving the CPR ability of lay people. One of the efforts to improve the CPR ability of rescuers is through training because knowledge can significantly increase the survival rate in cardiac arrest cases through the provision of qualified CPR^(Besma & Chick, 2011).

In reality, CPR training is not always followed by individual good memory ability. Some other studies also reveal that the ability to do CPR actions will continue to decline over time^(Adeloka & Menkiti, 2013). This is because patients with cardiac arrest cases who highly need CPR actions are exposure-lacking^(L. Widayani, 2017). One of the training methods in improving the respondents' knowledge related CPR is through self-directed videos^(Meissner, Kloppe, & Hanefeld, 2012). By using the video learning method, participants are more independent with free time (unattached) and consistent with the directions conveyed in the video. The video learning method can be a more innovative way to increase knowledge independently than the simulation learning method^(Roppolo et al., 2011). However, several studies have indicated differences between the demonstration learning method and video playback learning method. According to Wibawa (2007), the group using the demonstration method reached a knowledge level of 58.97%, higher than the knowledge level of the group using the learning method of video playback which reached 24.19%. In other words, the demonstration method is more effective in improving knowledge than the video playing method^(Wibawa, 2007b).

Considering the contradictory results of several previous studies and the absence of research stating that the learning method of self-directed videos is able to increase the retention in knowledge and skills, studies using self-directed videos are necessarily conducted to see the knowledge level of volunteers in performing CPR.

METHODS AND MATERIAL

This research was experimental research using a quasi experiment design with a pretest-posttest approach. The research respondents were 15 volunteers. The self-directed video used by the researcher was adjusted to the 2015 AHA guidelines and given to the respondents was about 7 minutes long. The criteria inclusion were who had never participated in CPR training, had cellphones, and were willing to be respondents of this research. The knowledge instrument was made based on AHA 2015 and tested for its validity and reliability with an alpha Cronbach value of 0.889. Measurements were made at pre-intervention, immediate post-intervention, 1-week post-intervention, and 2-week

DISCUSSION

Table 1. Respondent Characteristics by Age, Knowledge, and Video Playback Frequency

Variable	N	Mean	Median	Min-Max	SD
Age	15	36.2	32	18-65	14.68
Knowledge					
Pre	15	2.13	2	1-4	0.83
Immediate post	15	5.73	6	5-7	0.594
1-week post	15	5.73	6	5-7	0.704
2-week post	15	5.80	6	5-7	0.676
Video Playback Frequency					
1-week post	15	2.07	2	1-3	0.458
2-week post	15	2.53	2	2-4	0.834

Based on Table 1, the youngest respondent was 18 years old and the oldest respondent was 65 years old with an average age of 36.2. Before being given the intervention (pre-intervention), the highest knowledge score was 4 and the lowest was 1 with an average score of 2.13. Meanwhile, right after being given the intervention (immediate post-intervention), the highest knowledge score was 7 and the lowest was 5 with an average score of 5.73. At 1-week post-intervention, the highest knowledge score was 7 and the lowest was 5 with an average score of 5.73. Meanwhile, at 2-week post-intervention, the highest knowledge score was 7 and the lowest was 5 with an average score of 5.8. At 1-week post-intervention, the highest frequency of video playback was 3 times and the lowest was only once with an average of 2.07 times of playback. Meanwhile, at 2-week post-intervention, the highest frequency of video playback was 4 times and the lowest was twice with an average of 2.53 times of playback.

Table 2. Respondent Characteristics by Gender and Experience of Encountering Cardiac Arrest Cases

No	Variable	Category	f	%
1	Gender	Male	11	73.3
		Female	4	26.7
2	Experience of Encountering Cardiac Arrest Cases	Ever	2	13.3
		Never	13	86.7

Based on Table 2, the most dominant gender of the respondents was male, reaching 11 people. As for the experience of encountering cardiac arrest cases, 14 respondents claimed that they had never come across cardiac arrest cases.

Table 3. Friedman Test Results for the Effect of Self-directed Video on the Knowledge of Malang City's Volunteer Communities at Pre-Intervention, Immediate Post-Intervention, 1-Week Post-Intervention, and 2-Week Post-Intervention

Measurement	Median (Min-Max)	P Value
Knowledge at Pre-Intervention	2 (1-4)	0.000
Knowledge at Immediate Post-Intervention	6 (5-7)	
Knowledge at 1-Week Post-Intervention	6 (5-7)	
Knowledge at 2-Week Post-Intervention	6 (5-7)	

Table 3 showed a p-value of 0.000 ($p<0.05$), indicating that there was a change in the volunteers' CPR knowledge at all interventions (the provision of self-directed video)

Table 3. Wilcoxon Test Results for the Effect of Self-directed Video on the Knowledge of Malang City's Volunteer Communities at Pre-Intervention, Immediate Post-Intervention, 1-Week Post-Intervention, and 2-Week Post-Intervention

Comparison of Knowledge	Delta	P-Value
P1 vs P2	3.6	0.001
P1 vs P3	3.6	0.001
P1 vs P4	3.67	0.001
P2 vs P3	0	1.000
P2 vs P4	0.07	0.564
P3 vs P4	0.07	0.317

Description: P1= Pre, P2= Immediate Post, P3= 1-Week Post-Intervention, P4= 2-Week Post-Intervention

As seen in Table 4, all the comparisons of knowledge obtained p-values of 0.001, 0.001, 0.001, 1.000, 0.564, and 0.317 respectively. Therefore, it can be said that there was a change in knowledge between pre-intervention and immediate post-intervention (3.6), between pre-intervention and 1-week post-intervention (3.6), and between pre-intervention and 2-week post-intervention (3.67). In contrast, a change in knowledge did not significantly occur between post-intervention and 1-week post-intervention, between post-intervention and 2-week post-intervention, and between 1-week and 2-weeks post-interventions based on the p-values and mean delta.

DISCUSSION

The results of this study showed that the CPR knowledge between pre-intervention and post interventions (including immediate post-intervention, 1-week post-intervention, and 2-week post-intervention) increased with a p-value of 0.001.

These results are consistent with Hernández-Padilla, Suthers, Granero-Molina, & Fernández-Sola (2015) finding that there is a more significant increase in knowledge of a student-directed group using technological learning media compared to instructor-focused learning. Respondents can find out more knowledge about basic life support by using technology (Hernández-Padilla, Suthers, Granero-Molina, & Fernández-Sola, 2015).

The increase in the value of respondents' knowledge regarding basic life support based on the self-directed video can be explained by an approach of technology use that affects the human brain. Self-directed video is one of the innovative media using technology that supports learning. The self-directed video contains active images and sounds that provide audio imaginary effects on the human brain. The audio imaginary effects lead to an increased ability of long-term memory in the brain and make it easier for someone to

remember the things learned from the video (Granito & Chernobilsky, 2012). Long-term memory enhancement is influenced by the prefrontal cortex activation in the human brain due to the audio imaginary effects of the video. The increased activation will trigger cognitive stimulation and strengthen the memory of someone who has studied the material (Jäncke, Cheetham, & Baumgartner, 2009).

Learning by using technology provides a learning process centered on individuals (learner-centered learning) and improves cognitive abilities as desired accordingly to the content studied. This learning process is carried out independently through learning supporting devices that can play videos (Beskind et al., 2016; Contri et al., 2016).

However, in this study, the assessments of knowledge at post-intervention (immediate post-intervention, 1-week post-intervention, and 2-week post-intervention) did not indicate changes with a p-value of > 0.05 (P_2 vs $P_3 = 1.000$, P_2 vs $P_4 = 0.564$, P_3 vs $P_4 = 0.317$).

The results of this study are in line with Hernández-Padilla, Suthers, Granero-Molina, & Fernández-Sola (2015) finding a change or retention in knowledge between post-intervention and 3-month post intervention (Hernández-Padilla et al., 2015).

Knowledge retention after the provision of the self-directed video relates to the respondents' memory ability. The respondents' memory of learning is influenced by the selection of learning strategies or models. Based on the results of the study conducted Lubis, Ridayani, Manurung, and Binari (2010), there is a significant difference in the memory ability between students who go through contextual learning and those who experience direct learning. The average memory of students taught using the contextual learning model reached 77.69%, greater than the average memory of those taught using the direct learning model which was equal to 74.44% (A. Lubis, Ridayani, Manurung, & Binari, 2010).

Another study states that the learning strategy or model of mind mapping using multimedia is proven to be able to improve memory. The mind mapping strategy encourages students to interact with other groups of friends about problems faced and improve thinking activities for obtaining understanding. This can be proven from the result of the re-test conducted within 2 weeks. The re-test result of mind mapping strategy showed a memory score of 59.85%, higher than the direct learning method through lectures and discussions which only obtained a memory score of 35.54% (Irwan, 2013).

Furthermore, the learning process using this self-directed video makes it easier for the respondents to review the learned content anywhere and anytime as long as they use supporting technology that can play the video (Akhtar, Field, Davies, & Perkins, 2012; Akhtar, Nishisaki, & Perkins, 2013). By reviewing the content of the video, the respondents will be easier to memorize or recall the materials that have been previously studied. Besides, the ability to memorize or recall is also influenced by age. In this study, the average age of the respondents was 36 years. According to Nusantari (2015), most people experience a change of memory as they grow older. Active memory in older adults tends to decrease due to the weakening front lobe. That is why older people tend to easily forget something they already know. This tendency grows by 12% at the age of 70-74 years and significantly increases to be 40% at the age of 85-89 (E Nusantari, 2015). Based on the findings above, the respondents involved in this study are still considered to fall within the age range with a good memory ability.

CONCLUSION

In conclusion, there is an increase in the CPR knowledge of Malang City's volunteer communities on the assessments between pre-intervention and post-intervention of self-directed video (including immediate post-intervention, 1-week post-intervention, and 2-week post-intervention). In contrast, no change or retention in the CPR knowledge of Malang City's volunteer communities is shown on the assessments between post



interventions (including immediate post-intervention, 1-week post-intervention, and 2-week post-intervention).

CONFLICT OF INTEREST: none**ETHICAL CLEARENCE:**

This study has passed the ethical test held at Brawijaya University with No. 53/EC/KEPK-S2/02/2019

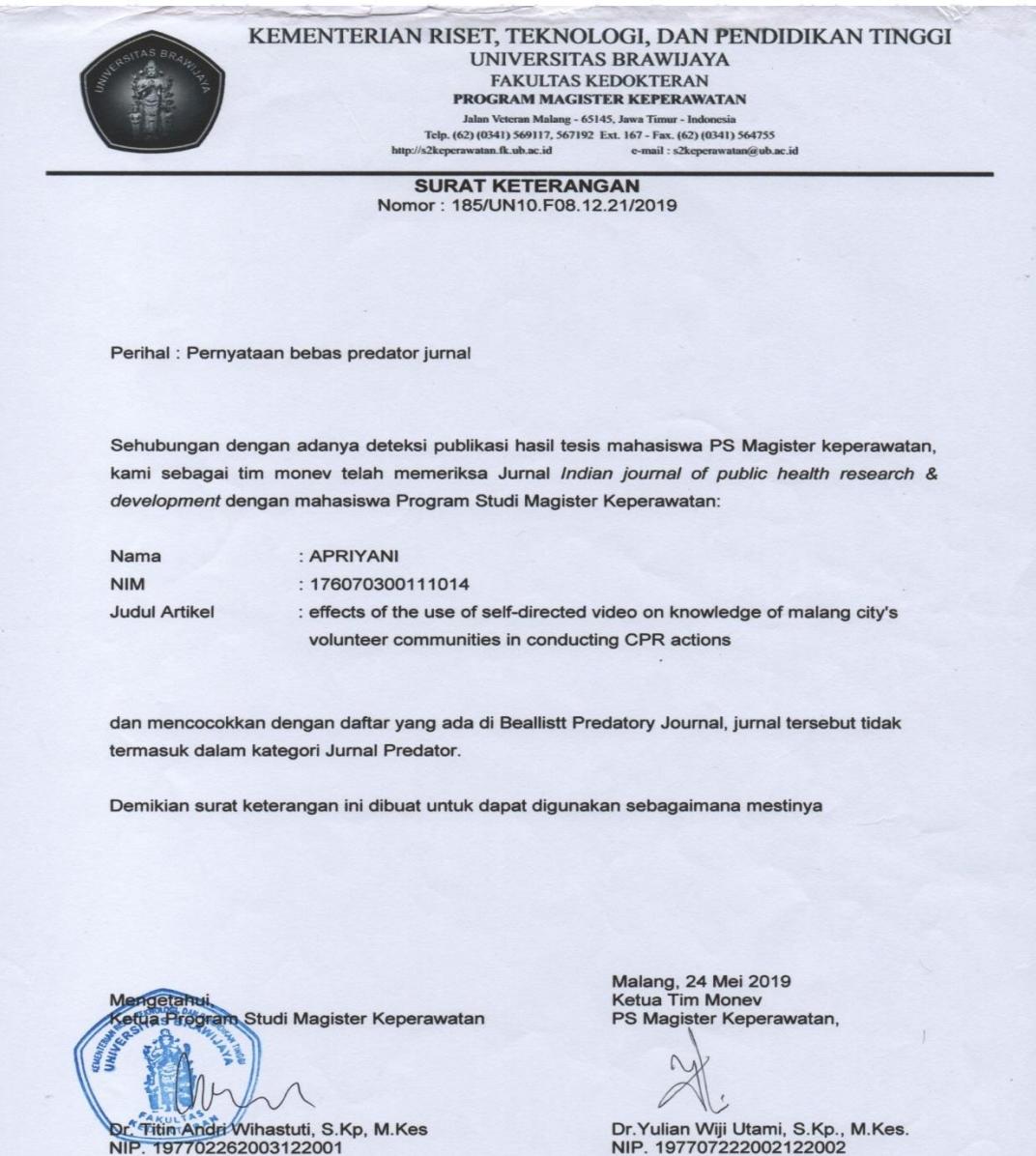
SOURCE OF FUNDING: none**REFERENCES**

1. Proclemer A, D D, L P, GY L, JH S, CB L, et al. *Current practice in out-of-hospital cardiac arrest management: a European heart rhythm association EP network survey*. European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology. 2012;14 (8).
2. Patil KD, Halperin HR, Becker LB. Cardiac arrest: resuscitation and reperfusion. Circ Res. 2015;116(12):2041-9.
3. American Heart Association A. *CPR Facts and Starts* 2017.
4. McNally, R R, M M, K V, AL V, PW Y, et al. *Out-of-hospital cardiac arrest surveillance-cardiac arrest registry to enhance survival (CARES), united states. Morbidity and mortality weekly report surveillance summaries*. . 2011;60: .
5. Berdowski J, Berg RA, Tijssen JGP, Koster RW. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. Resuscitation. 2010;81(11):1479-87.
6. Berg R, Hemphill R, Abella BS, Aufderheide D, Cave D, Hazinski M, et al. *Adult Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. Circulation Care. 2010;122:S685-S705.
7. WHO. Global Heart. Swiss: World Health Organization, 2016.
8. WHO. The top 10 causes of death. Swiss: World Health Organization, 2018.
9. Myerburg RJ, Junnila MJ. Sudden Cardiac Death Caused by Coronary Heart Disease. Circulation. 2012;125(8):1043-52.
10. IHA. Pedoman tatalaksana sindrom koroner akut. Jakarta: Indonesian Heart Association, 2018.
11. AHA. *Cardiac Arrest Statistic*.American Heart Association, Inc. 2014.
12. Sasson C, H M, Bs A, RA B, BJ B, PS C, et al. *Increasing cardiopulmonary resuscitationprovision in communities with low bystander cardiopulmonary resuscitation rates*. Circulation. . 2013.
13. Besma G, Chick. *Trained nurse location meodel for in-hospital cardiac arrest survival, the bussiness school of the word, INSEAD*. . 2011.
14. Adeloka, Menkiti d. *How much do we remember after CPR training? Eksperience from a sub-saharan teaching hospital*. Analg Resuscitation: Curr Res. . 2013.
15. Widyarani L. *Analisis Pengaruh Pelatihan Resusitasi Jantung Paru (Rjp) Dewasa Terhadap Retensi Pengetahuan Dan Ketrampilan Rjp Pada*.

16. Meissner TM, Kloppe C, Hanefeld C. Basic life support skills of high school students before and after cardiopulmonary resuscitation training: a longitudinal investigation. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2012;20:31.
 17. Roppolo LP, Heymann R, Pepe P, Wagner J, Commons B, Miller R, et al. A randomized controlled trial comparing traditional training in cardiopulmonary resuscitation (CPR) to self-directed CPR learning in first year medical students: The two-person CPR study. *Resuscitation.* 2011;82(3):319-25.
 18. Wibawa c. *Perbedaan efektifitas metode demonstrasi dengan pemutaran video tentang pemberantasan DBD terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap anak SD di kecamatan wedarijaka kabupaten pati* 2007.
 19. Hernández-Padilla JM, Suthers F, Granero-Molina J, Fernández-Sola C. Effects of two retraining strategies on nursing students' acquisition and retention of BLS/AED skills: A cluster randomised trial. *Resuscitation.* 2015;93:27-34.
 20. Granito M, Chernobilsky E. The Effect of Technology on a Student's Motivation and Knowledge Retention2012.
 21. Jäncke L, Cheetham M, Baumgartner T. Virtual reality and the role of the prefrontal cortex in adults and children. *Frontiers in Neuroscience.* 2009;3(1).
 22. Conti E, Baggiani M, Bonomo MC, Tonani M, Fichtner FE, Cornara S, et al. Video-based compression-only CPR teaching: A feasible and effective way to spread CPR in secondary schools. *Resuscitation.* 2016;106:e60.
 23. Beskind DL, Stoltz U, Thiede R, Hoyer R, Burns W, Brown J, et al. Viewing a brief chest-compression-only CPR video improves bystander CPR performance and responsiveness in high school students: A cluster randomized trial. *Resuscitation.* 2016;104:28-33.
 24. Lubis A, Ridayani, Manurung, Binari. *Pengaruh model dan media pembelajaran terhadap hasil belajar dan retensi siswa pada pembelajaran biologi di SMP Swasta Muhammadiyah Serbelawan.* 2010.
 25. Irwan M. *Psikologi Pendidikan* Yogyakarta: Ar-Ruus Media 2013.
 26. Akhtar N, Field RA, Davies RP, Perkins GD. Video-based CPR training – the importance of quality assurance. *Resuscitation.* 2012;83(7):e158-e9.
 27. Akhtar N, Nishisaki A, Perkins GD. Look, listen and practice. How do you learn? *Resuscitation.* 2013;84(1):11-2.
 28. Nusantari E. *Kajian Faktor Yang Mempengaruhi Retensi Siswa SMA (Analisis Hasil Penelitian Eksperimen).* 2015.

Lampiran 8

Keterangan Bebas Predator



Lampiran 9

Letter of Acceptance (LOA)



Indian Journal of Public Health Research & Development

Institute of Medico-Legal Publications

Unit No.1704, Logix Office Tower, Sector-32, Noida-201301 (Uttar Pradesh) India • Tel.: 0120-4294015
Mobile: +91-9971888542 • Email: editor.iiphrd@gmail.com • Website: www.impl.in

No2031/IJPHRD/2019

25-05-2019

Apriyani

Student of master of nursing program in Faculty of Medicine, University of Brawijaya
Jalan Veteran, Ketawanggede, Kecamatan Lowokwaru Malang
Indonesia

Dear author/s
I have pleasure to inform you that your following Original Article has been accepted for publication in Indian Journal of Public Health Research and Development

Effects of the Use of Self-Directed Video on Knowledge of Malang City's Volunteer

Autism and the concept of 'otherness'

¹Master Program of Nursing, Faculty of Medicine, University of Brawijaya
²⁻³Lecturer in Medical Faculty, University of Brawijaya

Corresponding Authors

Corresponding Author:
Apriyani
Student of master of nursing program in Faculty of Medicine, University of Brawijaya
Jalan Veteran, Ketawanggede, Kecamatan Lowokwaru Malang
Indonesia

Email : Apriyani0286@gmail.com

It will be published in Volume 10, No 10, October 2019 issue. It is further mentioned for your information that our journal is a double blind peer reviewed indexed international journal. It is covered by Index Copernicus (Poland), Indian Citation index, Google Scholar, CINAHL, EBSCOhost (USA), EMBASE (Scopus) and many other international databases. The journal is now part of CSIR, DST and UGC consortia. The Journal is index with Scopus and fulfills MCI Criteria as per MCI circular dated 03/09/2015.

With regards

Yours sincerely

Prof R K Sharma
Editor

Lampiran 10

Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Curriculum Vitae

I. Data Pribadi

1. Nama : Apriyani Universitas Brawijaya

2. Tempat dan Tanggal Lahir : Palembang, 27 April 1988
3. Jantung Kebangsaan :

3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam

4. Agama : Islam
5. Status Pernikahan : Menikah

3. Status Pemilahan : Meninggal
6. Warga Negara : Indonesia

7. Warga Negara : Indonesia
7. Alamat KTP : JL. Inspektor Marzuki Rt 0

Kelurahan Siring Agung

Barat 1 Kota Palembang

Selatan

8. Alamat Sekarang : Jl. Mewien Penititen Cengkareng

8. Alamat Sekarang . Jl. Mayjen Parjaitan Gang
08 Rw. 06 Kelurahan

08 RW 08 Kelurahan
Kecamatan Klojen Kota

Kecamatan Rijen Reta
Timur

9. Nomor Telepon / HP : 082182812748

10. e-mail : apriyani0286@gmail.com

100% of the profits from the sale of this book will be donated to the National Multiple Sclerosis Society.

II. Pendidikan Formal

Periode(Tahun)	Sekolah / Institusi / Universitas	Jurusan	Jenjang Pendidikan
1994 – 2000	SD Negeri 5 Kec. Cempaka Oku Timur Palembang	-	SD
2000 – 2003	MTS Negeri Kec. Cempaka Oku Timur Palembang	-	MTS
2003 – 2006	SMA Negeri 1 Kec. Cempaka Oku Timur Palembang	IPA	SMA
2006 – 2010	STIK Bina Husada Palembang	Keperawatan	Sarjana (S1)
2010 – 2011	STIK Bina Husada Palembang	Keperawatan	Profesi Ners
2017 – sekarang	Universitas Brawijaya Malang	Keperawatan	Pascasarjana (S2)

III- Riwayat Pengalaman Kerja

Kiwayut Pengalaman Kerja
Staf Pengajar di STIKes Muhammadiyah Palembang: 2 januari 2012 –
sekarang



LEMBAR KONSULTASI TESIS, TEROKOLOGI, DAN PERBAIKAN TESIS
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 569117, 567192 Ext. 167 - Fax. (62) (0341) 564755
http://s2keperawatan.fk.ub.ac.id
e-mail : s2keperawatan@ub.ac.id

Form Tesis 04

Nama:
NIM:
Program Studi:
Judul Tesis:
Pembimbing I:
Pembimbing II:

Apriyana
17.00.10.300111.014
Magister Keperawatan
EFEKTIVITAS penerapan audiovisual dengan pemberian materi tentang
mengangkat dan menundukkan pasien dalam teknologi keperawatan
Dr. dr. Ketut Prahmarwati, M.Sc.
Ms. Yen Setyo Sim, M.Kep.

Tgl	Pembimbing I / II	Topik Bahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
24 Sept 2018	I	Judul	Acc judul lanjut Bab I	
30 Sept 1 Okt 2018	I	Konsul Bab I	- Tambahkan surau terkait - Tema spesifit	
3 Okt 2018	I	Konsul BAB I	- Tambahkan surau terkait - Lanjutkan penulisan ke Bab III	
10 Okt 2018	I	Konsul BAB I - III	- Tambahkan surau terkait - perbaiki Bab II	
31 Okt 2018	I	Konsul BAB I - III	- mencari surau konten yg relatif lifting writing	
26 Nov 2018	I	Konsul Penggantian tema	- Tema proposisi tesis	
30 Nov 2018	I	Konsul Bab I	- Lanjutkan ke Bab selanjutnya	
7 Des 2018	I	Konsul Bab II - III	Lanjutkan ke Bab selanjutnya	
8 Des 2018	I	Konsul Bab IV	Perbaikan.	
8 Jan 2019	I	Konsul Video dan Konsul Bab I - IV		

Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya

Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya

Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS BRAWIJAYA
 FAKULTAS KEDOKTERAN
 PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 569117, 567192 Ext. 167 - Fax. (62) (0341) 564755
<http://s2keperawatan.fk.ub.ac.id>
 e-mail : s2keperawatan@ub.ac.id

Form Tesis 04

LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama	Apriyani			
NIM	1960.70.306.11.014			
Program Studi	Magister Keperawatan			
Judul Tesis	FPL klinis. Pengaruh audiovisual dg penerapan materi Hyg mengejutkan dan memudahkan pasien di ruang konseling klinik			
Pembimbing I	Dr. dr. Rathy Rahmawati, MSc.			
Pembimbing II	MS. Ika Setyo, Rini, M.Kes.			
Tgl	Pembimbing I / II	Topik Bahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
21 Sep 2018	II	Diskusi	Acu jurnal Lgkti: Lubis C	
30 Sep 2018	II	konsul Bab I	Guru ppr	
10/10/2018	II	(Bab I - II)	Rum rum san	
6 Des 2018	II	Bab I Diskusi gun	Zie Gun Gun	
13 Des 2018	II	Bab I.	Pembelahan	
17 Des 2018	II	Bab. I - II	Rum rum san	
2 Des 2018	II	Bab I - IV	Rum rum san Hydrogen peroxide Vitamin C	
7-1-2019	II	Bab I - IV	Pembelahan rum pakan ikan	
10 Jan 2019	II	Bab I - IV	Acu ujian ppr	

LEMBAR KONSULTASI TESIS

Aprilyani

1960.70.3400 III.014

: Magister Keperawatan

berjaya dan berhasil dalam mendekati RT/RD di komunitas selama

Mr. dr. Petty, petrus Wati, RA. 5c

MS. IKA Cetyo. Flw. 1891. MELK
Tanjil Rebacon

Pembimbing II	Pembimbing I / II	Topik Bahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
2 April 2019	I	Konsul Bab V	Perbaikan Bab V	
5 April 2019	II	Konsul BAB V	Perbaikan Bab V	
10 April 2019	I	Konsul Bab V-VII	Perbaikan Bab I, III, VI, VII	
12 April 2019	I	Konsul Bab I, III, VI, VII	Lanjut Penulisan Manusrip	
16 April 2019	I	Konsul Manusrip	Perbaikan manusrip	
18 April 2019	I	Konsul manusrip	Perbaiki manusrip	
19 April 2019	I	Konsul Bab I - VII dan manusrip		
20 Mei 2019	I	Konsul perbaikan Bab I - VII	Perbaikan lagi	
24 Mei 2019	I	Konsul perbaikan Bab I - VII	Perbaikan	
27 Mei 2019	I	Konsul perbaikan Bab I - VII	ace iijip	

universitas brawijaya

Universitas Brawijaya
Universitas Brawijayauniversitas brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijayauniversitas brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijayauniversitas brawijaya
Universitas Brawijaya
Universitas Brawijaya

Universitas Brawijaya



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 569117, 567192 Ext. 167 - Fax. (62) (0341) 564755
<http://s2keperawatan.fk.ub.ac.id>
 e-mail : s2keperawatan@ub.ac.id

Form Tesis 04

LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama : Apriyani
 NIM : 13.60.70.302.1104
 Program Studi : Magister Keperawatan
 Judul Tesis : pengaruh self directed video terhadap retensi tingkat pengetahuan dan
 kemampuan dalam mendekati pasien yg komunitas dalam WTM
 Pembimbing I : Dr. Afifatul Hayyati, M.Kes
 Pembimbing II : Ns. Ika Setyo nur, S.Kep, M.Kep

Tgl	Pembimbing I / II	Topik Bahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1 April 2019	II	konsul Bab V	Perbaikan Bab V	
2 April 2019	II	konsul Bab V - VII	Perbaikan Bab V-VII	
5 April 2019	II	fanlu. Bab. VII	Perbaikan Bab VII	
10 April 2019	II	Isi Bab I - VII	Perbaikan Bab I - VII	
12 April 2019	II	Bab manusrip	Perbaikan manusrip	
16 April 2019	II	konsul manusrip	Perbaikan manusrip	
18 Apr 2019	II	konsul manusrip	Atas Upayaku plagiat	
7 Apel.	II	Bab I - VII	Atas Upayaku hanya	
27 Mei. 2019	II	Bab I - VII	Atas Upayaku hanya	

Universitas Brawijaya

Universitas Brawijaya