



Peningkatan Kapasitas Kader Kesehatan dalam Penanganan Kegawatdaruratan melalui Edukasi Pertolongan Pertama Berbasis Usia

Karina Nilasari¹, Putri Kusuma Cahyaning Gusti Rohmatillah Asfandi², Nuramaliah Desliani Putri³, Syarifa Nadia⁴

^{1,2,3,4}Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Negeri Malang, Kota Malang, Indonesia

Email: ¹karina.nilasari.fk@um.ac.id

Abstract

Health cadres serve as vital front-liners in primary healthcare, especially as first responders when medical emergencies occur within the community. Yet, many of them still lack the necessary knowledge and confidence to deliver appropriate first aid, which can lead to delayed or incorrect actions. This community engagement program was designed to strengthen their capacity through age-specific first aid education tailored for infants, children, adolescents, adults, and the elderly. The training took place at Bumiaji Public Health Center, Batu City, and involved 80 selected health cadres. Conducted over one day, the program combined interactive lectures, demonstrations, group discussions, and pre- and post-training evaluations. The results showed a significant improvement in knowledge, with the mean error score decreasing from 5.66 to 1.94 ($p < 0.001$). Participants also expressed increased confidence in recognizing emergency signs and providing timely interventions. These findings highlight that even short, well-structured, and contextually relevant educational activities can substantially enhance community health workers' readiness to act during emergencies. Replicating such programs in other regions could help strengthen community-based emergency preparedness and contribute to broader efforts in building resilient and responsive primary healthcare systems in Indonesia.

Keywords: Health Cadres, First Aid, Emergency, Health Education, Community Service.

Abstrak

Kader kesehatan berperan penting sebagai garda terdepan dalam pelayanan kesehatan primer, terutama sebagai penolong pertama saat terjadi keadaan gawat darurat di masyarakat. Namun, banyak di antara mereka yang masih memiliki keterbatasan pengetahuan dan kepercayaan diri dalam memberikan pertolongan pertama yang tepat, sehingga berpotensi menimbulkan keterlambatan atau kesalahan penanganan. Program pengabdian masyarakat ini dirancang untuk memperkuat kapasitas kader melalui edukasi pertolongan pertama berbasis usia yang disesuaikan untuk bayi, anak-anak, remaja, dewasa, dan lansia. Kegiatan pelatihan dilaksanakan di Puskesmas Bumiaji, Kota Batu, dengan melibatkan 80 kader kesehatan terpilih. Pelatihan dilakukan selama satu hari dan mencakup kuliah interaktif, demonstrasi, diskusi kelompok, serta evaluasi pre- dan post-test. Hasil kegiatan menunjukkan peningkatan pengetahuan yang signifikan, dengan rata-rata kesalahan menurun dari 5,66 menjadi 1,94 ($p < 0,001$). Para peserta juga melaporkan peningkatan kepercayaan diri dalam mengenali tanda-tanda kegawatdaruratan dan memberikan pertolongan pertama secara cepat dan tepat. Temuan ini menunjukkan bahwa kegiatan edukasi singkat yang terstruktur dan kontekstual dapat secara nyata meningkatkan kesiapan kader kesehatan masyarakat dalam menghadapi situasi darurat. Replikasi program serupa di wilayah lain diharapkan dapat memperkuat kesiapsiagaan darurat berbasis komunitas dan mendukung upaya nasional dalam membangun sistem pelayanan kesehatan primer yang tangguh dan responsif.

Kata Kunci: Kader Kesehatan, Pertolongan Pertama, Kegawatdaruratan, Edukasi Kesehatan, Pengabdian Masyarakat.

A. PENDAHULUAN

Kegawatdaruratan medis merupakan situasi yang membutuhkan penanganan cepat, tepat, dan terkoordinasi untuk mencegah kecacatan maupun kematian. Kondisi seperti henti napas, perdarahan berat, kejang, serangan jantung, dan cedera kepala dapat terjadi di mana saja dan kapan saja—termasuk di lingkungan masyarakat sebelum bantuan tenaga medis profesional tersedia. Dalam keadaan seperti ini, kader kesehatan sering kali menjadi pihak pertama yang dihubungi dan berperan penting dalam memberikan pertolongan awal (*first responder*) sebelum pasien mendapatkan layanan lanjutan di fasilitas kesehatan.

Di Indonesia, sistem tanggap darurat kesehatan secara nasional difasilitasi melalui Public Safety Center (PSC) 119. Namun, menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2021), cakupan layanan PSC belum merata di seluruh wilayah, terutama di daerah pedesaan dan pegunungan. Akibatnya, masyarakat di wilayah tersebut masih sangat bergantung pada kemampuan dan kesiapan kader kesehatan untuk memberikan pertolongan pertama dalam situasi gawat darurat.

Kader kesehatan berperan penting sebagai penghubung antara masyarakat dan tenaga medis. Selain menjalankan fungsi promotif dan preventif, mereka juga berpotensi menjadi penolong awal dalam keadaan darurat medis. Studi oleh Diniaty et al. (2021) dan Aryani et al. (2022) menunjukkan bahwa pelatihan keterampilan dasar seperti *Basic Life Support* (BLS) mampu meningkatkan kemampuan dan kesiapan kader dalam memberikan pertolongan pertama. Namun, sebagian besar pelatihan masih bersifat umum dan belum memperhatikan perbedaan karakteristik pasien berdasarkan kelompok usia. Padahal, tindakan pertolongan pertama pada bayi tentu berbeda dengan pada anak, dewasa, atau lansia, baik dari segi anatomi, fisiologi, maupun tingkat risiko yang dihadapi.

Pendekatan edukasi berbasis usia terbukti lebih efektif dalam membantu kader mengenali tanda bahaya dan menentukan tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien (Putri et al., 2020). Misalnya, tekanan dada saat resusitasi pada bayi harus jauh lebih lembut dibandingkan pada orang dewasa, sedangkan pada lansia perlu memperhatikan kondisi tulang yang rapuh dan penyakit penyerta seperti hipertensi atau gangguan jantung (Phillips & Whisnant, 2014; Ringsven & Bond, 2016). Dengan demikian, pelatihan pertolongan pertama berbasis usia memberikan nilai tambah karena memastikan tindakan yang diberikan tepat sasaran dan aman bagi setiap kelompok umur.

Kecamatan Bumiaji merupakan wilayah paling luas di Kota Batu dengan kontur perbukitan dan permukiman yang tersebar, sehingga sebagian masyarakat tinggal cukup jauh dari fasilitas kesehatan. Selain itu, proporsi penduduk lansia di wilayah ini relatif tinggi, sehingga meningkatkan risiko terjadinya berbagai kondisi gawat darurat seperti jatuh pada lansia, kejang pada anak, serta serangan jantung dan stroke pada usia dewasa maupun lanjut usia. Data kesehatan Kota Batu menunjukkan bahwa hipertensi dan diabetes masih menjadi dua penyakit dengan jumlah kasus tertinggi dalam beberapa tahun terakhir (Dinas Kesehatan Kota Batu, 2023), dan keduanya merupakan faktor risiko utama kejadian kardiovaskular akut pada kelompok usia lanjut, sebagaimana dijelaskan oleh Phillips & Whisnant (2014).

Sementara itu, layanan kegawatdaruratan PSC 119 sebagai bagian dari SPGDT sebenarnya sudah tersedia dan berfungsi sebagai akses cepat pelayanan gawat darurat (Kemenkes RI, 2019). Namun kenyataannya, pemanfaatan layanan ini masih belum merata. Banyak masyarakat yang belum memahami cara mengakses PSC 119, atau ragu menghubunginya pada keadaan darurat. Padahal, penundaan hanya beberapa menit saja dapat memperburuk luaran pasien. Menurut pedoman AHA (American Heart Association, 2020), penanganan awal dalam 3–5 menit pertama sangat menentukan keselamatan pada kasus henti napas, henti jantung, cedera kepala akibat jatuh, maupun kejang.

Kebutuhan pelatihan menjadi semakin mendesak karena kegawatdaruratan berbeda pada setiap kelompok usia. Pada bayi dan anak, kondisi yang sering terjadi adalah obstruksi jalan napas, kejang demam, dan henti napas akibat infeksi. Pedoman resusitasi internasional dari American Heart Association (2020) menegaskan bahwa teknik resusitasi bayi, anak, dan dewasa berbeda secara signifikan—mulai dari kedalaman kompresi, posisi tangan, volume ventilasi, hingga prioritas intervensi. Kejang demam sendiri merupakan kegawatdaruratan paling umum pada anak usia 6 bulan–5 tahun, sehingga penanganan awal yang tepat sangat penting untuk mencegah komplikasi (Steering Committee on Quality Improvement and Management, 2011).

Pada orang dewasa, henti jantung umumnya disebabkan oleh masalah jantung seperti sindrom koroner akut. Oleh karena itu, kualitas kompresi dada yang efektif menjadi faktor utama penentu keselamatan (American Heart Association, 2020). Sedangkan pada lansia, perubahan fisiologis terkait penuaan—misalnya penurunan kekuatan otot, gangguan keseimbangan, dan komorbiditas kronis—meningkatkan risiko jatuh dan cedera serius (WHO, 2021; American Geriatrics Society,

2019). Literatur gerontologi juga menekankan bahwa lansia memerlukan komunikasi, teknik penanganan, serta edukasi yang disesuaikan dengan kondisi fisik dan sensorik mereka (Ringsven & Bond, 2016).

Melihat profil risiko yang khas di Bumiaji—kejadian jatuh pada lansia, kejang pada anak, dan serangan kardiovaskular pada dewasa—maka pelatihan pertolongan pertama berbasis usia bagi kader kesehatan merupakan kebutuhan yang sangat relevan dan mendesak. Pelatihan ini diharapkan meningkatkan kemampuan kader dalam memberikan pertolongan pertama yang aman dan tepat sesuai kelompok usia, serta meningkatkan kecepatan masyarakat dalam mengaktifkan PSC 119 ketika situasi darurat terjadi. Dengan demikian, upaya ini dapat memberikan kontribusi nyata dalam menurunkan risiko kecacatan dan kematian akibat kegawatdaruratan di wilayah kerja Puskesmas Bumiaji.

Pelatihan yang dilakukan di Puskesmas Bumiaji, Kota Batu, ini merupakan bagian dari upaya Fakultas Kedokteran Universitas Negeri Malang dalam memperkuat sistem kesiapsiagaan darurat berbasis komunitas. Wilayah ini dipilih karena memiliki banyak kader aktif yang tersebar di berbagai dusun dan sering menghadapi kasus darurat seperti jatuh, kejang pada anak, serta serangan jantung mendadak pada lansia. Melalui edukasi terstruktur berbasis usia, diharapkan kader mampu mengenali tanda bahaya lebih cepat, memberikan tindakan awal yang benar, dan berkoordinasi secara efektif dengan tenaga kesehatan.

Selain peningkatan kemampuan teknis, kegiatan ini juga bertujuan membangun rasa percaya diri kader, memperkuat jejaring komunikasi dengan fasilitas kesehatan, serta menumbuhkan kesadaran bahwa kesiapsiagaan darurat adalah tanggung jawab bersama. Pendekatan ini sejalan dengan konsep *community resilience* yang dikemukakan oleh World Health Organization (WHO, 2019), yaitu penguatan kapasitas masyarakat agar mampu merespons dan beradaptasi terhadap situasi krisis kesehatan. Dengan meningkatkan kapasitas kader sebagai bagian dari sistem tanggap darurat lokal, diharapkan masyarakat menjadi lebih tangguh, sigap, dan mandiri dalam menghadapi keadaan gawat darurat di lingkungannya.

B. PELAKSAAAN DAN METODE

Kegiatan pengabdian ini dibuat dalam bentuk pelatihan yang dilaksanakan dalam satu hari pada bulan Juni 2025, bertempat di Puskesmas Bumiaji Kota Batu. Sasaran kegiatan adalah 80 peserta kader kesehatan aktif yang telah diseleksi oleh mitra puskesmas. Materi pelatihan mencakup pertolongan

pertama berdasarkan kelompok usia yaitu, bayi-balita, anak-anak, remaja, dewasa, dan lansia. Metode pelatihan terdiri atas:

1. Pre-test: evaluasi awal terhadap 25 pertanyaan pilihan ganda terkait tindakan kegawatdaruratan.
2. Penyampaian materi: dilakukan selama 60 menit oleh tim dosen Fakultas Kedokteran Universitas Negeri Malang dengan dukungan *e-booklet*.
3. Tahap berikutnya adalah demonstrasi terstruktur selama 30–45 menit, di mana fasilitator memperagakan langkah-langkah pertolongan pertama sesuai kelompok usia. Demonstrasi mencakup penanganan obstruksi jalan napas dan kejang pada anak, kompresi dada dan penilaian respons pada dewasa, serta teknik aman menangani lansia setelah jatuh maupun saat terjadi gejala stroke atau nyeri dada mendadak. Metode demonstrasi ini penting untuk membangun gambaran mental tindakan yang benar sebelum peserta melakukan praktik mandiri.
4. Tahapan selanjutnya adalah simulasi dan praktik langsung selama 60 menit, yang merupakan bagian paling penting dalam peningkatan keterampilan peserta. Pada tahap ini peserta melakukan praktik penanganan berbagai skenario, termasuk teknik back blow–chest thrust pada anak, kompresi dada efektif pada dewasa, hingga respon aman pada lansia pasca jatuh. Simulasi dilakukan dengan pendekatan “practice–correct–repeat” untuk memastikan ketepatan tindakan dan meningkatkan kepercayaan diri peserta, sesuai prinsip pembelajaran keterampilan klinis yang menekankan latihan berulang dalam lingkungan yang aman.
5. Diskusi dan tanya jawab: selama 15 menit dengan mendiskusikan bersama kader kesehatan.
6. Post-test: pengukuran peningkatan pengetahuan kader kesehatan setelah sesi edukasi.



Gambar 1. Pemberian materi oleh dosen Fakultas Kedokteran UM

Data dianalisis secara deskriptif untuk membandingkan hasil pre-test dan post-test. Pendekatan ini relevan dengan model edukasi berbasis partisipatif dalam kegiatan pengabdian masyarakat (Putri et al., 2020). Selain itu, model pendekatan komunitas telah digunakan secara luas dalam pelatihan kesiapsiagaan bencana di daerah-daerah rawan (Sari et al., 2022).



Gambar 2. Foto bersama panitia pengabdian masyarakat dan peserta

Pertanyaan *Pre test* dan *Post test*

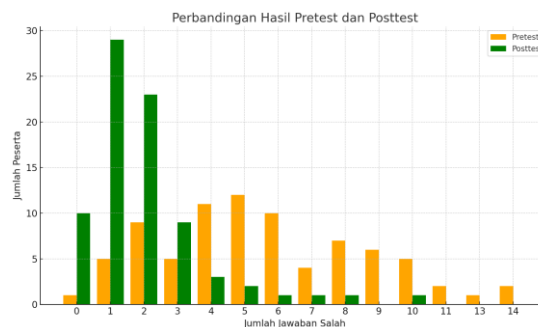
1. Apa langkah pertama dalam penanganan kegawatdaruratan menurut prinsip DRABC?
 - A. Periksa kesadaran
 - B. Cek napas
 - C. Pastikan situasi aman
 - D. Lakukan kompresi dada
2. Apa yang dimaksud dengan langkah “R” dalam DRABC?
 - A. Resusitasi
 - B. Respon: periksa kesadaran korban
 - C. Rujuk korban
 - D. Rehidrasi korban
3. Kapan korban harus segera dirujuk ke fasilitas kesehatan?
 - A. Jika korban kelelahan
 - B. Jika demam selama 2 jam
 - C. Jika tidak sadar lebih dari 1 menit
 - D. Jika batuk ringan
4. Tindakan yang tepat ketika korban mengalami henti napas adalah:
 - A. Memberi teh hangat
 - B. Kompres dingin
 - C. Melakukan kompresi dada (CPR)
 - D. Memberi air minum
5. Langkah setelah memastikan jalan napas terbuka dalam DRABC adalah:
 - A. Panggil keluarga
 - B. Periksa napas korban
 - C. Berikan obat
 - D. Ganti pakaian
6. Tindakan awal pada bayi yang mengalami kejang demam adalah:
 - A. Memberikan susu
 - B. Menahan gerakan tubuhnya
 - C. Miringkan tubuh dan longgarkan pakaian
 - D. Berikan obat penenang
7. Bayi tersedak, langkah pertama yang dilakukan adalah:
 - A. Berikan air putih
 - B. 5 pukulan punggung dan 5 dorongan dada
 - C. Kompres hangat
 - D. Lakukan CPR
8. Penanganan awal untuk luka bakar ringan pada balita adalah:
 - A. Beri salep langsung
 - B. Oleskan minyak
 - C. Siram air mengalir selama 10–15 menit
 - D. Taburi bedak
9. Apa pertolongan awal untuk diare dehidrasi berat?
 - A. Beri jus buah
 - B. Kompres perut
 - C. Beri oralit sedikit-sedikit dan rujuk
 - D. Diamkan tanpa makanan
10. Posisi yang benar untuk balita yang mengalami sesak napas adalah:
 - A. Telentang
 - B. Dudukkan anak dan longgarkan pakaian
 - C. Ditekuk dan diangkat
 - D. Dibaringkan miring
11. Saat remaja pingsan, pertolongan awal yang benar adalah:
 - A. Dudukkan dan beri air
 - B. Baringkan dan angkat kakinya
 - C. Bungkus dengan selimut
 - D. Gendong ke tempat sejuk
12. Seorang remaja mengalami cedera olahraga dengan bengkak berat. Apa yang harus dilakukan?
 - A. Kompres hangat
 - B. Lanjutkan aktivitas
 - C. Imobilisasi dan rujuk
 - D. Balur minyak kayu putih
13. Gangguan psikologis seperti panik pada remaja, pertolongan yang benar adalah:
 - A. Bentak agar sadar
 - B. Tinggalkan sendiri
 - C. Tenangkan dan ajak bicara
 - D. Siram dengan air
14. Jika remaja mengalami serangan asma, tindakan yang tepat adalah:
 - A. Berikan susu hangat
 - B. Baringkan telentang
 - C. Bantu gunakan inhaler jika ada
 - D. Tutup hidung dan mulut

15. Luka sayat dalam pada remaja ditangani dengan cara:
 - A. Kompres hangat
 - B. Bilas dengan air
 - C. Tekan dengan kain bersih dan balut
 - D. Oleskan antiseptik saja
16. Tanda serangan jantung yang khas adalah:
 - A. Nyeri punggung
 - B. Nyeri dada sebelah kiri menjalar
 - C. Nyeri perut kanan
 - D. Pusing berputar
17. Tindakan awal pada orang dewasa dengan stroke adalah:
 - A. Pijat wajah
 - B. Lakukan senam
 - C. Gunakan metode FAST dan rujuk segera
 - D. Berikan minum manis
18. Apa yang harus dilakukan saat korban mengalami perdarahan hebat?
 - A. Cuci luka dengan sabun
 - B. Beri antiseptik
 - C. Tekan luka dan balut dengan kain bersih
 - D. Diamkan
19. Apa pertolongan pada henti napas?
 - A. Kompres hangat
 - B. Lakukan CPR dengan tekanan 100–120x/menit
 - C. Baringkan miring
 - D. Oleskan minyak angin
20. Saat terjadi keracunan makanan, tindakan awal yang benar adalah:
 - A. Muntahkan paksa
 - B. Beri susu
 - C. Jangan dimuntahkan paksa, bawa kemasan zat
 - D. Biarkan tidur
21. Lansia terjatuh dan tidak sadar, tindakan awal:
 - A. Angkat segera
 - B. Gulingkan ke sisi kanan
 - C. Jangan digerakkan, periksa kesadaran
 - D. Pijat kakinya
22. Tanda stroke pada lansia menurut FAST adalah:
 - A. Jari gemetar
 - B. Tidak bisa berdiri
 - C. Wajah mencong, lengan lemah, bicara pelo
 - D. Sakit kepala ringan
23. Lansia sesak napas, tindakan pertama:
 - A. Baringkan menyamping
 - B. Dudukkan dan beri udara segar
 - C. Bungkus tubuh
 - D. Beri kopi
24. Lansia dengan gula darah rendah dan masih sadar, tindakan tepat:
 - A. Beri makanan asin
 - B. Biarkan tidur
 - C. Beri minuman manis
 - D. Berikan suntikan insulin

25. Apa yang harus disiapkan saat merujuk korban kegawatdaruratan?
 - A. Nomor BPJS
 - B. Data korban: nama, umur, kondisi, lokasi
 - C. Foto korban
 - D. Kartu keluarga

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

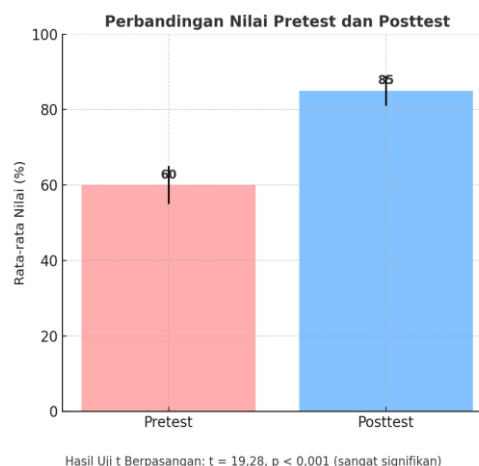
Hasil dan Pembahasan:



Gambar 3. Grafik Perbandingan Hasil *Pretest* dan *Posttest*

Berdasarkan analisis data, terjadi peningkatan hasil belajar yang signifikan setelah pelatihan. Rata-rata jumlah jawaban salah menurun dari 5,66 pada pretest menjadi 1,94 pada posttest. Median jumlah salah juga turun dari 5 menjadi 2, menunjukkan bahwa setengah dari peserta memiliki kesalahan ≤ 2 soal pada posttest. Penurunan ini konsisten di sebagian besar peserta, yang terlihat dari standar deviasi yang mengecil dari 3,16 menjadi 1,77, menandakan variasi hasil yang lebih seragam pasca pelatihan.

Peningkatan kemampuan peserta juga tercermin dari persentase peserta yang memperoleh nilai sempurna (tidak ada jawaban salah), yang meningkat dari 1,25% pada pretest menjadi 12,5% pada posttest. Hal ini menunjukkan bahwa pelatihan tidak hanya membantu peserta rata-rata, tetapi juga mendorong sebagian peserta mencapai pemahaman penuh terhadap materi.



Gambar 4. Perbandingan Nilai *Pretest* dan *Posttest*

Hasil analisis menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan yang signifikan setelah pelatihan dilakukan. Berdasarkan uji T-berpasangan, diperoleh t-statistik sebesar 19,28 dengan p-value $\approx 1,32 \times 10^{-31}$ ($p < 0,001$), yang menunjukkan bahwa peningkatan nilai post-test dibanding pre-test benar-benar bermakna secara statistik. Artinya, kegiatan pelatihan ini secara nyata berhasil meningkatkan pemahaman kader kesehatan mengenai tindakan pertolongan pertama berbasis usia.

Secara deskriptif, rata-rata kesalahan peserta berkurang dari 5,66 menjadi 1,94, dan distribusi data menunjukkan peningkatan yang merata di seluruh peserta. Histogram selisih nilai (pretest – posttest) menggambarkan bahwa sebagian besar peserta mengalami penurunan jumlah kesalahan, dengan distribusi yang condong ke kanan — menandakan peningkatan kemampuan yang konsisten di semua kelompok. Perbaikan nilai ini disertai dengan peningkatan kepercayaan diri, terutama dalam menghadapi situasi seperti perdarahan, pingsan, kejang, dan serangan jantung.

Dari hasil wawancara pascapelatihan, peserta mengaku kini lebih siap memberikan pertolongan pertama secara cepat dan aman. Sebelum pelatihan, sebagian besar kader masih ragu bertindak karena khawatir melakukan kesalahan. Namun setelah sesi simulasi dan praktik langsung, mereka mampu menjelaskan kembali langkah-langkah penting seperti memastikan keamanan lokasi, memeriksa kesadaran korban, membuka jalan napas, menghentikan perdarahan, serta melakukan posisi pemulihan sesuai kelompok usia. Peningkatan ini mencerminkan perubahan dari sisi pengetahuan sekaligus sikap—dua aspek penting dalam pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

Temuan ini selaras dengan hasil penelitian Aryani et al. (2022) dan Diniaty et al. (2021) yang menunjukkan bahwa pelatihan pertolongan pertama berbasis komunitas mampu meningkatkan keterampilan kader dalam menangani keadaan darurat seperti perdarahan dan trauma ringan. Keberhasilan serupa juga dicapai dalam kegiatan ini, di mana pendekatan pelatihan singkat, terstruktur, dan berfokus pada praktik terbukti efektif untuk meningkatkan kapasitas kader di lapangan.

Salah satu kekuatan utama program ini adalah penerapan pendekatan berbasis usia, yang membagi materi menjadi lima kategori: bayi, anak-anak, remaja, dewasa, dan lansia. Setiap kelompok memiliki perbedaan karakteristik anatomi dan fisiologi, sehingga tindakan pertolongan juga harus disesuaikan. Misalnya, pada bayi diperlukan tekanan dada yang lembut menggunakan dua jari, sedangkan pada dewasa dilakukan dengan kedua tangan. Pada lansia, kader diingatkan untuk berhati-

hati terhadap risiko fraktur akibat tulang yang rapuh (Phillips & Whisnant, 2014; Ringsven & Bond, 2016). Pendekatan seperti ini tidak hanya meningkatkan pengetahuan, tetapi juga ketepatan tindakan di lapangan.

Hasil pelatihan juga memperlihatkan bahwa metode berbasis visual dan interaktif memberikan dampak yang besar terhadap pemahaman peserta. Putri et al. (2020) dan Prasetyo et al. (2020) menjelaskan bahwa media edukatif berbasis komunitas, seperti *e-booklet*, video, dan demonstrasi langsung, mampu menjembatani keterbatasan latar belakang pendidikan peserta dan membuat materi lebih mudah diingat. Dalam kegiatan ini, penggunaan media visual tersebut terbukti membantu kader memahami langkah-langkah tindakan secara sistematis dan meningkatkan partisipasi aktif selama pelatihan.

Selain peningkatan pengetahuan dan keterampilan teknis, pelatihan ini juga memperkuat aspek sosial dan psikologis kader. Sebagian besar peserta menyatakan lebih percaya diri untuk memberikan bantuan pertama di lingkungan mereka. Hal ini penting karena rasa percaya diri adalah kunci dalam situasi darurat, di mana keputusan cepat sering kali menentukan keselamatan korban. Temuan ini sejalan dengan penelitian Herlina et al. (2021) yang menyebutkan bahwa pelatihan berbasis partisipasi dapat meningkatkan keaktifan, rasa percaya diri, dan retensi informasi jangka panjang.

Kegiatan ini juga berkontribusi pada penguatan jejaring sosial kader dan ketahanan komunitas. Setelah pelatihan, kader membentuk grup komunikasi daring untuk berbagi pengalaman, foto kasus, dan konsultasi cepat dengan tenaga medis puskesmas. Langkah ini menggambarkan terbangunnya budaya saling dukung dan pembelajaran berkelanjutan—sebuah bentuk nyata dari *community resilience* sebagaimana dikemukakan oleh World Health Organization (WHO, 2019).

Dari sisi kebijakan dan keberlanjutan, kegiatan ini mendukung Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs), khususnya SDG 3 (Good Health and Well-being) yang menekankan peningkatan kapasitas masyarakat dalam menjamin hidup sehat dan kesejahteraan bagi semua usia. Melalui pelatihan ini, kader tidak hanya meningkatkan kemampuan pribadi, tetapi juga berperan aktif dalam mewujudkan sistem tanggap darurat yang inklusif dan berkeadilan di tingkat lokal. Selain itu, kegiatan ini mencerminkan implementasi SDG 17 (Partnership for the Goals) karena terlaksananya kolaborasi antara perguruan tinggi, puskesmas, dan komunitas masyarakat. Kolaborasi multipihak seperti ini penting untuk membangun ekosistem

kesehatan yang berkelanjutan dan adaptif terhadap perubahan sosial.

Dari perspektif sistem kesehatan, pelatihan ini juga menjadi bagian dari strategi desentralisasi tanggap darurat berbasis komunitas. WHO (2019) menekankan bahwa memperkuat kapasitas masyarakat adalah kunci untuk memperluas cakupan layanan emergensi terutama di daerah dengan sumber daya terbatas. Dalam konteks wilayah Bumiaji yang memiliki kontur perbukitan dan jarak relatif jauh ke rumah sakit rujukan, kader kesehatan terlatih menjadi aset penting dalam memperpendek waktu tanggap darurat dan mencegah komplikasi.

Penelitian Mulyani dan Astuti (2023) mendukung temuan ini, dengan menunjukkan bahwa komunitas yang memiliki kader terlatih dapat mempercepat waktu respon hingga 40% dibanding daerah yang belum memiliki sistem pelatihan berkelanjutan. Demikian pula, Yuliana dan Pradana (2021) menegaskan bahwa pelatihan kesiapsiagaan bagi kader mampu menurunkan tingkat kesalahan dalam penanganan kasus darurat masyarakat. Hasil yang sama juga ditunjukkan oleh Rahmah dan Siregar (2022) yang menyoroti pentingnya komunikasi dua arah antara masyarakat dan tenaga medis dalam mempercepat penanganan kasus darurat di desa.

Kegiatan ini juga mendapat dukungan penuh dari pihak Puskesmas Bumiaji dan Fakultas Kedokteran Universitas Negeri Malang. Dukungan lintas sektor ini mencerminkan kolaborasi dalam semangat SDG 17, yaitu kemitraan untuk mencapai tujuan bersama dalam bidang kesehatan masyarakat. Dengan keterlibatan aktif tenaga medis, akademisi, dan masyarakat, kegiatan ini menjadi contoh nyata sinergi antara pendidikan tinggi dan pelayanan kesehatan primer dalam meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat terhadap keadaan darurat medis.

Secara keseluruhan, hasil kegiatan ini membuktikan bahwa pelatihan yang singkat, partisipatif, dan kontekstual dapat memberikan dampak besar terhadap kemampuan dan kepercayaan diri kader kesehatan. Lebih jauh, kegiatan ini berkontribusi terhadap upaya nasional dalam memperkuat sistem kesehatan primer dan mendukung pencapaian SDG 3 melalui peningkatan kapasitas masyarakat dalam menjaga kesehatan, mencegah kematian yang dapat dicegah, dan membangun komunitas yang tangguh terhadap krisis kesehatan.

Keterbatasan Penelitian

Meskipun hasil pelatihan ini sangat positif, beberapa kendala tetap perlu diperhatikan. Durasi pelatihan yang hanya satu hari membuat kesempatan praktik setiap skenario belum optimal. Evaluasi jangka panjang juga belum dilakukan

untuk menilai retensi pengetahuan setelah beberapa bulan. Tantangan ini sejalan dengan catatan Sari et al. (2022), bahwa keberlanjutan program edukasi masyarakat harus didukung dengan pelatihan lanjutan dan evaluasi berkala agar efek peningkatan kapasitas tetap terjaga.

D. PENUTUP

Simpulan

Pelatihan pertolongan pertama berbasis usia terbukti efektif meningkatkan pengetahuan kader kesehatan dalam penanganan kegawatdaruratan, yang terlihat dari penurunan rata-rata kesalahan, peningkatan jumlah peserta dengan nilai sempurna, dan hasil uji statistik yang signifikan. Kegiatan pengabdian ini direkomendasikan untuk direplikasi di wilayah lain guna memperkuat sistem respon awal berbasis masyarakat.

Saran

Kedepannya, diharapkan penanganan pertolongan pertama di Indonesia semakin terstandar, merata, dan berbasis bukti ilmiah, sehingga masyarakat mampu memberikan respon cepat, tepat, dan aman pada setiap situasi darurat, demi menekan angka kesakitan dan kematian yang dapat dicegah.

Ucapan Terima Kasih

Kami mengucapkan terima kasih kepada Puskesmas Bumiaji Kota Batu, para kader kesehatan, serta Universitas Negeri Malang atas dukungan dalam kelancaran kegiatan ini.

E. DAFTAR PUSTAKA

- Aryani, N., Lestari, S., & Pratiwi, D. (2022). *Pelatihan pertolongan pertama berbasis komunitas untuk peningkatan kemampuan kader kesehatan*. Jurnal Pengabdian Masyarakat Kesehatan, 4(1), 45–53. <https://doi.org/10.35816/jpmk.v4i1.512>
- American Geriatrics Society. (2019). *Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons*. *J Am Geriatrics Soc*. 2019;67:93–104.
- American Heart Association. 2020 *AHA Guidelines for CPR and ECC*. *Circulation*. 2020;142(Suppl 2):S337–57.
- Dinas Kesehatan Kota Batu. (2023). *Profil Kesehatan Kota Batu 2021–2023*. Batu: Dinas Kesehatan Kota Batu.
- Diniaty, D., Rachmawati, I., & Widodo, P. (2021). *Peningkatan pengetahuan kader kesehatan melalui pelatihan Basic Life Support (BLS) berbasis masyarakat*. Jurnal Abdimas Kesehatan, 3(2), 101–108. <https://doi.org/10.33846/jams.v3i2.501>

- Herlina, H., Suharti, S., & Ramadhani, L. (2021). *Efektivitas pelatihan edukasi kesehatan dengan pendekatan partisipatif terhadap peningkatan pengetahuan masyarakat*. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.20473/jpk.v9i1.2021.1-10>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia 2021*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7027824>
- Prasetyo, A., Rahmawati, D., & Nugroho, F. (2020). *Pengaruh media visual terhadap peningkatan pengetahuan pertolongan pertama pada masyarakat desa*. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat*, 9(3), 123–132. <https://doi.org/10.47560/jkkm.v9i3.210>
- Putri, F. A., Handayani, S., & Sari, N. (2020). *Pelatihan kader kesehatan dalam mengenali tanda-tanda klinis kegawatdaruratan berdasarkan kelompok usia*. *Jurnal Abdimas Kesehatan Indonesia*, 2(2), 89–97. <https://doi.org/10.35816/jaki.v2i2.305>
- Rachmawati, I., Diniaty, D., & Setiawan, A. (2021). *Pelatihan penanganan perdarahan dan kejang bagi masyarakat Makassar: Studi pengabdian masyarakat berbasis partisipasi*. *Jurnal Abdimas Masyarakat Sehat*, 5(1), 67–75. <https://doi.org/10.35816/jams.v5i1.621>
- Sari, W. P., Kurniawati, A., & Putra, R. A. (2022). *Model edukasi kesiapsiagaan bencana berbasis komunitas di daerah rawan bencana Indonesia*. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Berdaya*, 6(2), 115–124. <https://doi.org/10.31603/jpmb.v6i2.5230>
- World Health Organization (WHO). (2019). *Community-based health emergency response: Strengthening resilience in health systems*. Geneva: WHO Press. <https://doi.org/10.26719/2019.13.5.401>
- Rahman, M. A., & Rahim, F. (2021). *Knowledge, attitude, and practice of basic life support among community health workers: A cross-sectional study*. *BMC Emergency Medicine*, 21(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00507-3>
- Lee, J., & Park, S. (2020). *Effectiveness of first aid education for non-medical personnel in emergency situations: A systematic review*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7923. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217923>
- Nuraini, L., & Hidayat, M. (2020). *Pengaruh pelatihan BLS terhadap peningkatan keterampilan kader kesehatan di wilayah kerja puskesmas*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15(2), 150–158. <https://doi.org/10.26714/jkmi.v15i2.9873>
- Ringsven, M. K., & Bond, D. (2016). *Gerontology and Leadership Skills for Nurses* (2nd ed.). Delmar Publishers. <https://doi.org/10.1201/9781337669189>
- Phillips, S. J., & Whisnant, J. P. (2014). *Hypertension and stroke*. In J. H. Laragh & B. M. Brenner (Eds.), *Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis, and Management* (2nd ed., pp. 465–478). Raven Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4463-1_12
- Sulistiyowati, E., & Utami, R. (2021). *Efektivitas pelatihan pertolongan pertama terhadap peningkatan pengetahuan kader kesehatan di wilayah kerja puskesmas*. *Jurnal Pengabdian Kesehatan*, 4(1), 27–34. <https://doi.org/10.35816/jpk.v4i1.542>
- Mulyani, D., & Astuti, Y. (2023). *Community-based emergency response model for rural health volunteers in Indonesia*. *Frontiers in Public Health*, 11, 1134421. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1134421>
- Suharti, S., & Lestari, H. (2020). *Evaluasi pengetahuan kader kesehatan tentang kegawatdaruratan medis sebelum dan sesudah pelatihan*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 13(2), 99–107. <https://doi.org/10.33485/jik.v13i2.453>
- Steering Committee on Quality Improvement and Management. (2011). *Febrile Seizures: Long-term Management Guidelines*. *Pediatrics*, 2011;127:389–94.
- WHO. (2021). *World report on health emergency preparedness and response*. Geneva: World Health Organization. <https://doi.org/10.26719/2021.13.5.401>
- Rahmah, N., & Siregar, D. (2022). *Pelatihan penanganan kegawatdaruratan bagi masyarakat desa: Evaluasi peningkatan kemampuan dan respon cepat kader*. *Jurnal Abdimas Medika*, 7(1), 45–53. <https://doi.org/10.35816/jam.v7i1.634>
- Yuliana, Y., & Pradana, T. (2021). *Pemberdayaan kader kesehatan dalam kesiapsiagaan menghadapi bencana dan kegawatdaruratan medis di masyarakat*. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 7(3), 145–153. <https://doi.org/10.25311/jkk.v7i3.776>