

PENDAMPINGAN KADER KESEHATAN DALAM PENANGANAN KONDISI KEGAWATDARURATAN ANAK DI RUMAH DI KAMPUNG SUROKARSAN YOGYAKARTA

**Diah Pujiastuti¹, Mei Rianita Elfrida S.², Erik Adik Putra Bambang K.³, Nurlia Ikaningtyas⁴,
Noviyanti Riendrasiwi⁵, Twista Ramasasi⁶, Niken Ria Kusuma⁷, Yohana Andriani⁸**

^{1,2,3,4,5,6,7,8} STIKES Bethesda Yakkum, Yogyakarta, Indonesia

* diah@stikesbethesda.ac.id

ABSTRAK

Gawat darurat adalah kondisi yang mengancam nyawa yang harus dilakukan tindakan dengan cepat dan tepat untuk mencegah kecacatan bahkan kematian. Kondisi gawat darurat tidak hanya terjadi di rumah sakit tetapi juga dalam lingkungan pemukiman warga. Hasil survey awal menunjukkan bahwa di Kampung Surokarsan terdapat banyak balita kurang lebih 60 balita, terbanyak di RW 04. Rata-rata orangtua bekerja dan anak diasuh oleh nenek dan kakek sementara orangtuanya bekerja. Di RW 07 tidak ada posyandu balita dan lansia sehingga kegiatan untuk memonitor tumbuh kembang balita serta monitor lansia dilakukan ke rumah-rumah. Hasil wawancara dengan beberapa kader kesehatan tentang penanganan kegawatdaruratan menyampaikan belum memahami metode-metode penatalaksanaan kegawatdaruratan pada anak secara detail selain itu juga belum pernah ada pelatihan dan pendampingan tentang penanganan kegawatdaruratan pada anak sehingga dirasa perlu dilakukan pelatihan dalam upaya meningkatnya kemandirian ibu dalam penanganan kondisi kegawatdaruratan pada anak di rumah di Kampung Surokarsan Kelurahan Wirogunan Yogyakarta. Tujuan kegiatan ini adalah untuk meningkatkan literasi melalui pendampingan kader kesehatan dalam penanganan kondisi kegawatdaruratan pada anak di Kampung Surokarsan Yogyakarta. Metode pengabdian dilakukan dengan pelatihan dan pendampingan kepada kader kesehatan. Hasil dari kegiatan ini adalah Hasil pre-test didapatkan nilai rerata 4,7 dan hasil post-test dari kegiatan pelatihan didapatkan nilai rerata 8,6 dari skor total 10. Kesimpulan dari kegiatan ini adalah perlunya meningkatkan pemahaman literasi kader kesehatan dan ibu-ibu di Kampung Surokarsan tentang pentingnya pemahaman dan perilaku yang tepat dalam mengatasi kasus-kasus atau masalah kegawatdaruratan pada anak di rumah dengan segera.

Kata Kunci: Tersedak, Luka Bakar, Kejang Demam

ABSTRACT

An emergency is a life-threatening condition that must be taken quickly and precisely to prevent disability and even death. Emergency conditions do not only occur in hospitals but also in residential areas. The results of the initial survey showed that in Kampung Surokarsan, there were approximately 60 toddlers, most of them in RW 04. On average, parents worked and children were looked after by grandparents while their parents worked. In RW 07 there is no Posyandu for toddlers and the elderly, so activities to monitor the growth and development of toddlers and monitor the elderly are carried out in homes. The results of interviews with several health cadres regarding emergency management said that they did not understand the methods of managing emergencies in children in detail, besides that there had also been no training and assistance on handling emergencies in children so it was felt that training was necessary in an effort to increase mother's independence in handling emergency conditions in children at home in Kampung Surokarsan, Kelurahan Wirogunan, Yogyakarta. The purpose of this activity is to increase literacy through assisting health cadres in handling emergency conditions in children in Kampung Surokarsan, Yogyakarta. The service method is

carried out by training and mentoring health cadres. The results of this activity were that the pre-test results obtained an average value of 4.7 and the post-test results from training activities obtained an average value of 8.6 out of a total score of 10. The conclusion from this activity is the need to increase the literacy understanding of health cadres and mothers in Kampung Surokarsan about the importance of understanding and proper behavior in dealing with emergency cases or problems in children at home immediately.

Keywords: Burns, Choking, Febrile Seizures

PENDAHULUAN

Gawat merupakan kondisi yang mengancam nyawa sedangkan darurat berarti kondisi yang perlu penanganan atau tindakan segera untuk menghilangkan ancaman nyawa korban (Hutabarat & Putra, 2016). Gawat darurat dapat disimpulkan merupakan kondisi yang mengancam nyawa yang harus dilakukan tindakan dengan cepat dan tepat untuk mencegah kecacatan bahkan kematian. Kondisi gawat darurat tidak hanya terjadi di tempat-tempat yang ramai tetapi juga dalam lingkungan pemukiman warga atau perumahan warga. Misalnya, sedang makan tiba-tiba tersedak, atau kena luka bakar, dan kejang dirumah karena kondisi demam. Situasi-situasi tersebut perlu ditangani segera dalam hitungan menit bahkan detik sehingga perlu pengetahuan dan pelatihan secara praktis bagi setiap warga tentang pertolongan pertama pada kondisi gawat darurat pada lingkungan keluarga dan perumahan (Meinapuri, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Abdullat, Rahman, Ali, & Hudaib (2015) didapatkan hasil dari peninjauan catatan kasus forensik karena aspirasi benda asing diperiksa di departemen forensik sebanyak 27 kasus tersedak pada kelompok usia dibawah 11 tahun. Tersedak oleh makanan didapatkan persentase 44.4% dari kasus di bawah 3 tahun, sedangkan yang oleh non makanan terjadi dibawah 3 tahun terdiri dari 18,5% dari kasus. Orang tua terutama ibu perlu menyadari bahwa pengenalan makanan padat, pemberian ASI Eksklusif atau susu formula dapat berakibat serius jika terjadi pada waktu perkembangan fisik dan fungsional anak usia dini. Urgensi dari permasalahan kegawatdaruratan tersedak pada anak dapat menyebabkan kematian, sangat perlu untuk dilakukan edukasi terkait penanganan kegawatdaruratan tersedak pada anak. Kegiatan ini sebagai salah satu upaya penanganan dan mengurangi mortalitas kasus tersedak pada anak.

Kasus luka bakar harus diperhatikan dari berbagai aspek karena pada proses perawatannya membutuhkan biaya pengobatan yang sangat banyak, perawatan yang lama, hingga operasi berulang kali. Sekalipun dapat pulih, bisa saja menimbulkan kecacatan yang menetap seumur hidup, sehingga sebaiknya penanganan luka bakar pada fase lanjutan dikelola oleh tim trauma khusus luka bakar (Kepmenkes, 2019). Luka bakar dalam perjalanannya memerlukan penanganan khusus sejak awal hingga lanjutan karena merupakan salah satu jenis trauma yang memiliki angka morbiditas dan mortalitas tinggi (Kepmenkes, 2019). Luka bakar yang terjadi pada anak-anak disebabkan paling banyak oleh air panas atau uap air panas (scald)

yaitu 65,7%. Dan kebanyakan terjadi pada anak-anak yang di rumah tepatnya di dapur dan ruang makan. Anak-anak yang memegang oven, menarik taplak dimana diatasnya ada air panas, minuman panas, atau makanan panas, mengambil air dari dispenser yang panas (Meinapuri, 2018).

Demam dengan peningkatan suhu tubuh yang terlalu tinggi memerlukan kewaspadaan karena dapat berdampak buruk seperti meningkatnya resiko kejang demam terutama pada anak dibawah tiga tahun. Selain hal tersebut, demam diatas 410C dapat menyebabkan hiperpireksia yang sangat berbahaya karena dapat menyebabkan berbagai perubahan metabolisme, fisiologi, dan akhirnya kerusakan susunan saraf pusat. Awalnya anak tampak gelisah disertai nyeri kepala, pusing, kejang dan akhirnya tidak sadar. Keadaan koma dapat terjadi bila suhu tubuh lebih dari 430C dan kematian terjadi dalam beberapa jam bila suhu 430C sampai 450C (Plipat, Hakim, & Ahrens, 2002). Komplikasi utama dari demam adalah terjadinya kejang demam. Hal ini akan berakibat pada beberapa hal yaitu kerusakan otak (36%), kehilangan kesadaran (35%), kesakitan yang parah (28%), dehidrasi (18%), bahkan kematian (18%) (Al-Eissa, Al-Sanie, Al-Alola, Al-Shaalan, Ghazal, Al-Harbi, et.al., 2000). Menurut Kazeem dalam Oshikoya & Senbajo (2008) didapatkan hasil yang tidak berbeda yaitu ibu-ibu mengatakan demam dapat menyebabkan kejang demam (75%), kematian (31%) dan kerusakan otak (31%).

Kampung Surokarsan merupakan satu dari sekian banyak kampung yang berada di tengah kota Yogyakarta. Banyak kasus COVID-19 di perkotaan Yogyakarta memberikan dampak pada pengembangan wilayah di Kelurahan Wirogunan, tidak terlepas Kampung Surokarsan. Hasil survey awal menunjukkan bahwa di Kampung Surokarsan terdapat banyak balita kurang lebih 60 balita, terbanyak di RW 04. Rata-rata orangtua bekerja dan anak diasuh oleh nenek dan kakek sementara orangtuanya bekerja. Di RW 07 tidak ada posyandu balita dan lansia sehingga kegiatan untuk memonitor tumbuh kembang balita serta monitor lansia dilakukan ke rumah-rumah. Kegiatan ini bisa dilakukan bersama-sama jika ada kunjungan dari Puskesmas dan akan ditentukan pad satu tempat. Program-program yang dapat dilakukan saat pandemi COVID-19 antara lain Posyandu balita secara door to door dan PAUD juga dilakukan secara daring. Hasil wawancara dengan beberapa kader kesehatan tentang penanganan kegawatdaruratan menyampaikan belum memahami metode-metode penatalaksanaan kegawatdaruratan pada anak secara detail selain itu juga belum pernah ada pelatihan dan pendampingan tentang penanganan kegawatdaruratan pada anak sehingga dirasa perlu dilakukan pelatihan dalam upaya meningkatnya kemandirian ibu dalam penanganan kondisi kegawatdaruratan pada anak di rumah di Kampung Surokarsan Kelurahan Wirogunan Yogyakarta. Tujuan umum kegiatan pengabdian masyarakat ini adalah terlaksananya peningkatan literasi melalui pendampingan kader kesehatan dalam penanganan kondisi kegawatdaruratan pada anak di Kampung Surokarsan Yogyakarta. Tujuan khusus kegiatan pengabdian masyarakat ini adalah meningkatkan pengetahuan, pemahaman dan literasi dalam penanganan sederhana mengatasi kegawatdaruratan tersedak, luka bakar, dan kejang demam pada anak.

METODE

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat dilakukan di Kampung Surokarsan Yogyakarta, pada bulan November 2021 – April 2022 bertempat di lingkungan sekitar Kampung Surokarsan tersebut. Kegiatan yang akan dilaksanakan meliputi penyuluhan kesehatan, dan pelatihan serta pendampingan dalam meningkatkan literasi kader kesehatan dalam penanganan kondisi gawat darurat pada anak di rumah. Kegiatan pelatihan akan dilakukan melalui tahapan pre-test, penyuluhan, dan pendampingan post-test, evaluasi. Pretest akan dilakukan dengan membagikan kuesioner kepada kader kesehatan dan ibu-ibu yang hadir. Penyuluhan akan dibagi menjadi 2 tahap yaitu tahap 1 penyampaian materi tentang penanganan kegawatdaruratan anak yang akan menggunakan media power point, dan tahap ke-2 demonstrasi akan menggunakan alat peraga (pantom bayi, handuk, thermometer) serta pendampingan. Post-test akan dilakukan dengan membagikan kuesioner yang sama dengan pre-test kepada kader kesehatan dan ibu-ibu. Tahap evaluasi akan dilakukan selama 2x evaluasi, bekerjasama dengan kader dan grup pelatihan untuk melakukan observasi secara berkala dalam kemampuan memahami dan mengingatkan prosedur penanganan kegawatdaruratan tersebut.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil pengolahan data tingkat pemahaman kader kesehatan dan ibu-ibu didapatkan peningkatan pengetahuan dengan skor penilaiannya meningkat reratanya.

Tabel 1. Perbedaan Rerata Tingkat Pemahaman Sebelum Dan Sesudah Pelatihan

Tingkat Pengetahuan	Rerata	Δ
<i>Pre_Test</i>	4,7	3,9
<i>Post_Test</i>	8,6	

Tabel 1 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rerata skor sebelum dan setelah pelatihan. Nilai rerata sebelum pelatihan didapatkan skor 4,7 dari total skor 10. Hal ini dapat dilihat dari seluruh soal pre-test punya nilai rentang nilai 3-5 dari masing-masing peserta. Hal ini dapat dilihat berdasarkan hasil pre-test bahwa masih rendahnya pemahaman ibu tentang konsep kegawatdaruratan, konsep tersedak pada anak, tanda-tanda tersedak, cara menolong anak tersedak, penyebab luka bakar, penanganan luka bakar, kapan anak dibawa ke fasilitas kesehatan saat terkena luka bakar, dampak dari kejang demam, penatalaksanaan kejang, dan kapan anak dibawa ke RS bila terjadi kejang. Nilai rerata setelah pelatihan didapatkan skor 8,6 dari total skor 10. Hal ini dapat dilihat bahwa seluruh ibu dapat menjawab dengan benar hal-hal yang berkaitan dengan nilai rentang 8-10 dari skor total 10. Peningkatan nilai ini menunjukkan bahwa meningkatkan pemahaman kader kesehatan setelah dilakukan pendampingan untuk meningkatkan literasi dengan penyuluhan, pelatihan dan demonstrasi tentang penanganan kondisi kegawatdaruratan anak di rumah.

Penyuluhan kesehatan merupakan penambahan informasi atau pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui mendengarkan paparan informasi baru, teknik praktik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah perilaku atau memengaruhi perilakunya. Adapun salah satu tujuan penyuluhan adalah meningkatkan kesadaran akan nilai kesehatan sehingga dengan sadar secara pribadi mau mengubah perilakunya menjadi perilaku hidup sehat (Machfoed & Suryani, 2008). Peningkatan literasi dapat dilakukan dengan pendampingan melalui bentuk kegiatannya adalah penyuluhan dan pelatihan tentang kesehatan.

Effendi (1998) dalam Machfoed & Suryani (2008) menyebutkan bahwa pencapaian target penyuluhan dibagi menjadi dua, yaitu tujuan jangka pendek dan tujuan jangka panjang. Tujuan jangka pendek yaitu tercapainya perubahan pengetahuan dan tujuan jangka menengah hasil yang diharapkan adalah adanya peningkatan pengertian, sikap, dan keterampilan yang akan mengubah perilaku ke arah perilaku sehat. Tujuan jangka panjang adalah dapat menjalankan perilaku sehat dalam kehidupan sehari-harinya. Tujuan dalam pendampingan ini adalah terbagi menjadi dua, yaitu tujuan jangka pendeknya kader kesehatan memahami konsep dan penatalaksanaan yang terkait dengan kondisi kegawatdaruratan anak di dalam rumah tangga, yang meliputi kegawatan tersedak, luka bakar dan kejang demam. tujuan ini tercapai dengan meningkatnya skor setelah pelatihan. Tujuan jangka panjangnya adalah meningkatkan literasi dengan begitu dapat meningkatkan perilaku sehat dalam kehidupan sehari-harinya.

Menurut Machfoed & Suryani (2008), sasaran penyuluhan kesehatan meliputi: 1) Penyuluhan kesehatan pada individu dapat dilakukan di rumah sakit, puskesmas, posyandu, keluarga binaan, dan masyarakat binaan; 2) Penyuluhan kesehatan pada keluarga diutamakan pada keluarga resiko tinggi, seperti keluarga yang menderita penyakit menular, keluarga dengan social ekonomi rendah, keluarga dengan keadaan gizi buruk, keluarga dengan sanitasi lingkungan yang buruk, keluarga dengan ventilasi yang buruk, dan sebagainya; 3) Penyuluhan kesehatan pada sasaran kelompok dapat dilakukan pada kelompok ibu hamil, kelompok ibu yang mempunyai anak balita atau remaja, kelompok masyarakat yang rawan terhadap masalah kesehatan seperti kelompok lansia, kelompok yang ada di berbagai institusi pelayanan kesehatan seperti anak sekolah, penkerja dalam perusahaan, dan lain sebagainya; 4) Penyuluhan kesehatan pada sasaran masyarakat dapat dilakukan pada masyarakat binaan puskesmas, masyarakat nelayan, masyarakat pedesaan, masyarakat yang terkena wabah, dan lain-lain. Pada pelatihan ini dilakukan penyuluhan kesehatan pada sasaran kelompok masyarakat yang menjadi garda kesehatan utama yaitu kader kesehatan serta ibu-ibu dengan anak yang masih balita atau remaja dalam kasus-kasus kegawatan yang sering terjadi dalam rumah tangga, yaitu kejadian tersedak, luka bakar, dan kejang demam.

Materi atau pesan yang disampaikan kepada sasaran disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan dari individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat sehingga materi yang disampaikan dapat dirasakan langsung manfaatnya. Materi yang disampaikan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti, menggunakan metode dan media untuk mempermudah pemahaman dan untuk menarik perhatian sasaran (Machfoed & Suryani, 2008). Materi yang disampaikan dalam pelatihan ini meliputi pelatihan penanganan kegawatdaruratan pada anak dengan tersedak, luka bakar, dan kejang demam dengan sumber paling update.

Metode penyuluhan merupakan salah satu faktor yang memengaruhi tercapainya suatu penyuluhan secara optimal. Metode penyuluhan meliputi: 1) Metode penyuluhan perorangan (individual). Pendekatan dalam penggunaan metode ini meliputi bimbingan dan penyuluhan serta wawancara; 2) Metode penyuluhan kelompok, meliputi kelompok besar dan kecil; 3) Penyuluhan massa. Pelatihan ini menggunakan metode penyuluhan dengan metode penyuluhan kelompok kecil yaitu kader kesehatan dan ibu-ibu yang berjumlah 15 orang.

Notoatmodjo (2012) menyebutkan bahwa alat bantu pendidikan dapat digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan. Alat bantu sering disebut dengan alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu dalam proses pendidikan pengajaran. Alat peraga disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu diterima atau ditangkap melalui panca indera. Semakin banyak indera manusia yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pemahaman atau informasi yang didapatkan. Alat peraga ini bertujuan untuk mengarahkan indera sebanyak mungkin kepada suatu objek sehingga mempermudah persepsi. Media penyuluhan merupakan sarana atau usaha untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator sehingga sasaran dapat meningkat pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan (Notoatmodjo, 2012). Tujuan dari media penyuluhan adalah media dapat mempermudah penyampaian informasi, media dapat menghindari kesalahan persepsi, media dapat memperjelas informasi, media dapat mempermudah pengertian, media dapat mengurangi komunikasi verbalistic, media dapat menampilkan objek yang tidak dapat ditangkap dengan mata, dan media dapat memperlancar komunikasi. Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi tiga yaitu media cetak, media elektronik, dan media luar ruang. Media penyuluhan pada pelatihan ini menggunakan media elektronik, yaitu powerpoint, LCD dan proyektor. Alat peraga yang digunakan pada pelatihan ini meliputi manekin/boneka bayi, handuk, es batu, air, baskom, air panas, thermometer, waslap bayi.

Dalam pelatihan ini ada beberapa faktor yang mempengaruhi. Menurut Notoatmodjo (2012) ada tiga (3) faktor yang mempengaruhi penyuluhan yaitu faktor penyuluh, faktor sasaran, dan faktor proses dalam penyuluhan. Dalam faktor penyuluh tidak ada hambatan baik dari segi penyampaian pesan maupun bahasa yang digunakan. Dalam pelatihan ini masih ada faktor yang berpengaruh yaitu faktor sasaran dan faktor proses dalam penyuluhan. Faktor sasaran yang dimaksudkan adalah pendidikan terakhir yang beragam, dan adanya kepercayaan adat istiadat yang tertanam sulit untuk merubahnya, serta kondisi perkampungan yang masih di tengah kota, sehingga kegiatan tersebut sangat terbatas dalam pelaksanaannya. Faktor proses penyuluhan juga mempengaruhi kegiatan ini. Proses tersebut meliputi waktu penyuluhan tidak sesuai dengan waktu yang diharapkan dikarenakan pandemic COVID-19 sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan pertemuan dalam waktu yang lama dan peserta dengan jumlah yang sangat terbatas, karena tempat di lokasi pengabdian juga sangat terbatas.



Gambar 1. Kegiatan perencanaan PKM dengan kader kesehatan Kampung



Gambar 2. Kegiatan pelaksanaan penyuluhan dan pendampingan dengan kader kesehatan Kampung



Gambar 3. Kegiatan penilaian dan evaluasi dengan kader kesehatan Kampung

Proses penyuluhan memang tidak dapat dilakukan sesuai dengan waktunya tetapi untuk langkah-langkah pelaksanaan penyuluhan tetap dilakukan tiga (3) kegiatan yaitu perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian. Perencanaan dilakukan dengan menentukan kebutuhan penyuluhan yaitu diagnosis masalah dan menetapkan prioritas masalah, yaitu tentang kebutuhan literasi kader kesehatan dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan pada anak dengan kejadian tersedak, luka bakar dan kejang demam. Selain itu mengembangkan komponen penyuluhan meliputi tujuan penyuluhan, menentukan sasaran penyuluhan, menentukan isi penyuluhan kesehatan, menentukan metode, menentukan media dan menyusun

pelaksanaan. Semua sudah dilakukan dalam pelatihan ini. Demikian juga dalam proses pelaksanaan juga mencakup pendahuluan, penyajian serta penutupan. Proses terakhir yang dilakukan adalah penilaian. Dalam kegiatan pelatihan ini sudah dilakukan penilaian sumatif, yaitu penilaian yang dilakukan setelah pelatihan selesai dengan menggunakan post-test.

WHO juga mengungkapkan bahwa seseorang berperilaku tertentu disebabkan oleh pemikiran dan perasaan dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek. Penyuluhan kesehatan yang dilakukan harapannya adalah dapat dapat mengubah persepsi sehingga praktik terhadap penanganan kegawatdaruratan anak dalam rumah akan lebih baik dan tepat. Hal ini sesuai dengan fase-fase yang terjadi setelah mendapatkan penyuluhan kesehatan dimana tujuan dan hasil yang diharapkan dari penyuluhan kesehatan berupa penambahan pengetahuan, persepsi, dan perubahan kebiasaan serta proses menyadarkan orang lain dalam berperilaku (Pickett & Hanlon, 2009). Effendy (2012) juga mengungkapkan bahwa tujuan dari pemberian penyuluhan kesehatan adalah supaya tercapainya perubahan perilaku dari individu, keluarga, dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta mampu berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

KESIMPULAN

Kesimpulan pada kegiatan pengabdian masyarakat ini adalah perlunya meningkatkan pemahaman literasi kader kesehatan dan ibu-ibu di Kampung Surokarsan tentang pentingnya pemahaman dan perilaku yang tepat dalam mengatasi kasus-kasus atau masalah kegawatdaruratan pada anak di rumah dengan segera. Pemahaman yang tepat dan percaya diri yang baik dari kader kesehatan dan ibu-ibu dapat meningkatkan keselamatan anak di rumah khususnya dalam kasus kegawatan tersedak, luka bakar, dan kejang demam. Kegiatan pelatihan ini berhasil meningkatkan pemahaman dan keterampilan ibu sebesar 3,5 dari skor rerata sebelum pelatihan 4,7 menjadi 8,6 setelah pelatihan. Kegiatan ini juga meningkatkan kemampuan kader kesehatan serta ibu dalam mengatasi serta lebih dapat mandiri dalam melakukan penanganan kegawatdaruratan di rumah, khususnya kegawatdaruratan pada anak.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada STIKES Bethesda Yakkum yang telah memberikan kesempatan dan dukungan materiil serta tim pelatihan dan pendampingan selama proses kegiatan pengabdian masyarakat. ucapan terimakasih juga kami sampaikan kepada segenap kader kesehatan dan warga di Kampung Surokarsan Yogyakarta.

DAFTAR PUSTAKA

Abdullat, E. M., Ader-Rahman, H. A., Al Ali, R., & Hudaib, A. A. (2015). Choking Among Infants and Young Children. *Jordan Journal of Biological Sciences*, 147(3380), 1-5.

- Al-Eissa, Y., Al-Sanie, A., Al-Alola, S., Al-Shaalan, M., Ghazal, S., Al-Harbi, A., et al. (2000). Parental perception of fever in children. *Ann Saudi Med.* 20(3): 202-5.
- American Heart Association. 2015. Fokus utama CPR & ECC.
- Bonadio, W. (1987). Incidence of serious bacterial infections in afebrile neonates with a history of fever. *Ped Inf Dis J.* 6: 911-5
- Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention; (2010). Policy Statement Prevention of Choking Among Children. American Academy of Pediatrics. Diakses tanggal 5 Juli 2019. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/125/3/601.full.pdf>
- Cuttle, L. et al., 2008. A review for first aid treatments for burn injuries. *Burns*, 3(6), pp. 768-775. [Internet] Tersedia di: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19269746/>.
- Denny, S. A., Hodges, N. L., & Smith, G. A. (2015). Choking in the Pediatric Population. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 9(6), 438-441.
- Effendi, N. (2012). *Dasar-dasar keperawatan kesehatan masyarakat* (Ed. 2). Jakarta: EGC.
- El-Rahdhi, A. S., Barry, W. (2006). Thermometry in pediatric practice. *Arch Dis Child.* 91:351-6.
- El-Rahdhi, A. S., Carroll, J., Klein, N., Abbas, A. (2002). Fever. In: *Clinical manual of fever in children*. 9th Ed. Berlin: Springer-Verlag. 315-25.
- Faris. (2009). Memahami demam dengan lebih baik. In: *Klinik keluarga sehat*. Available at: <http://klinikkeluargasehat.lib>. [Access: 1 Juni 2018].
- Fisher, R.G., Boyce, T. G. (2005). Fever and shock syndrome. In: *Moffet's Pediatric infectious disease: A problem-oriented approach*. 4th Ed. New York: Lippincott William & Wilkins. 318-73.
- Fisher, H., Moore, K., Roaman, R.R. (1985). Can mothers of infants read thermometer?. *Clinical Pediatrics*. 24:120.
- Fuadi, Bahtera, T., & Wijayahadi, N. (2010) Faktor Risiko Bangkitan Kejang Demam pada Anak. 2010. *Sari Pediatri*. Vol 12, no 3, 142-149
- Harnowo, Potro A., (2013). P3K: Pertolongan Pertama dan Penanganan Darurat. *Detik health*. From www.itokindo.org usponegoro, A.D., et al. (2012).
- Herndon, D., 2010. *Prevention of Burn Injuries*. 4 ed. Edinburgh: Saunders, pp. 103-113.
- Hidayat, A. A., 2007. *Metode Penelitian dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika, pp. 41-59.
- Hutabarat, R. Y., & Putra, C. S. (2016). *Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan* (1st ed.). Bogor: IN MEDIA.

- Kattan, A., AlShomer, F. & Alhujayri, A., 2016. Current knowledge of burn injury first aid practices and applied traditional remedies: a nationwide survey. *Burns & Trauma*, Volume 4, pp. 1-7. [Internet] Tersedia di: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27826592/>.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana luka bakar.
- Krober, M. S., Bass, J. W., Powell, J. M., Smith F. R., Dexter, S., Seto, Y. (1985). Bacterial and viral pathogens causing fever in infants less than 3 month old. *Am J Dis Child*. 139: 82-5.
- Labir, K, Sulisnadewi, N. I. K., & Mamuaya, S. (2014). Pertolongan pertama dengan kejadian kejang demam pada anak. *Jurnal Gema Keperawatan*, Vol. 7, No 2.
- Lee, G., Freidman, J. F., Ross-Degnan, D., Hibberd, PL. Goldmann, D. D. (2003). Misconception about colds and predictors of health service utilization. *Pediatrics*. 111: 231-6.
- Lubis, M. B. (2009). Demam pada bayi baru lahir. In: *Ragam pediatrik praktis*. Medan: USU Press. 82-5.
- Machfoedz, I., & Suryani, E. (2008). Pendidikan kesehatan bagian dari promosi Kesehatan. Yogyakarta: Citramaya.
- Mansjoer, Arif, dkk (editor); *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 2, edisi III – Luka Bakar*; Jakarta, Media Aesculapius, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2000.
- Meinapuri, M. (2016). Penyuluhan penanganan kegawat daruratan di rumah tangga di Puskesmas Anak Air Padang. *Warta Pengabdian Andalas*. 23(4).
- Morgan ED, Bledsoe SC, Barker J. Ambulatory management of Burns. American association of family Physician, 2000.
- Nursalam., & Efendy. F. (2012). Pendidikan dalam keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Oshikoya, K., & Senbajo, I. (2008). Fever in children: mother's perceptions and their home management. *Iran J Pediatr*. 18(3): 229-36.
- Pickett, G., & Hanlon, J. J. (2009). Kesehatan masyarakat: administrasi dan praktik. Edisi 9. Jakarta: EGC
- Plipat, N., Hakim, S., Ahrens, W. R. (2002). The febrile child. In: *Pediatric emergency medicine*. 2nd Ed. New York: McGraw-Hill. 315-24.
- Prasetyo, P. (2019). Pengaruh Edukasi Penanganan Tersedak Pada Balita dengan Media Aplikasi Android Terhadap Pengetahuan Orangtua di Paud Tunas Mulia Kelurahan Summersari. Skripsi. Universitas Jember

- Pusponegoro, A.D., et al. (2012). Basic Trauma Life Support & Basic Cardiac Life Support. Edisi kelima. Jakarta : Yayasan Ambulans Gawat Darurat 118. Tim Bantuan Medis BEM IKM
- Rosini, R & Nurningsih, S., 2018. Pemanfaatan media sosial untuk pencarian dan komunikasi informasi kesehatan. Berkala Ilmu Perpustakaan dan Informasi, 14(2), pp. 226. [Internet] Tersedia di: https://www.researchgate.net/publication/329422310_Pemanfaatan_media_sosial_untuk_pencarian_dan_komunikasi_informasi_kesehatan.
- Sherwood, L. (2012). Keseimbangan energy dan pengaturan suhu. In: fisiologi manusia dari sel ke sistem. 4th Ed. Jakarta: EGC.
- Shrivastava, P. & Goel, A., 2010. Pre-ospital care in burn injury. Indian Journal Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India, Volume 43, pp. 15-22. [Internet] Tersedia di: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3038405/>
- Sidell, D. R., Kim, I. A., Coker, T. R., Moreno, C., & Shapiro, N. L. (2013). Food choking hazards in children. International journal of pediatric otorhinolaryngology, 77(12), 1940-1946.
- Tim Bantuan Medis BEM IKM FKUI. (2015). Modul bantuan hidup dasar dan penanganan tersedak. Jakarta: Universitas Indonesia
- Yayasan ambulans gawat darurat 118. 2015. Basic trauma life support and basiccardiac life support. Jakarta: Ambulans gawat darurat 118