



**Analisis Implementasi *Telehealth* dalam
Pelatihan Bantuan Hidup Dasar Henti Jantung
di Kota Pontianak**

Ruhil Iswara
22917018

*Tesis diajukan sebagai syarat untuk meraih gelar Magister Komputer
Konsentrasi Informatika Medis
Program Studi Informatika Program Magister
Fakultas Teknologi Industri
Universitas Islam Indonesia
2025*

Lembar Pengesahan Pembimbing

**Analisis Implementasi *Telehealth* dalam
Pelatihan Bantuan Hidup Dasar Henti Jantung
di Kota Pontianak**



Pembimbing


Prof. Dr. Sri Kusumadewi, S.Si., M.T

Lembar Pengesahan Penguji

Analisis Implementasi *Telehealth* dalam Pelatihan Bantuan Hidup Dasar Henti Jantung di Kota Pontianak



Mengetahui,

Ketua Program Studi Informatika Program Magister

Universitas Islam Indonesia

Irving Vitra Paputungan, S.T., M.Sc. Ph.D.

Abstrak

Analisis Implementasi Telehealth dalam Pelatihan Bantuan Hidup Dasar Henti Jantung di Kota Pontianak

Latar belakang: Henti jantung mendadak merupakan penyebab utama kematian yang dapat dicegah melalui Bantuan Hidup Dasar (BHD). Namun, akses terbatas terhadap pelatihan kesehatan darurat di Kota Pontianak memerlukan solusi inovatif seperti telehealth, yang memungkinkan pelatihan daring yang fleksibel dan menjangkau lebih banyak peserta. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi telehealth dalam pelatihan BHD henti jantung di Kota Pontianak serta mengevaluasi efektivitasnya dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat.

Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode survei. Data dikumpulkan melalui kuesioner dari 60 responden masyarakat umum di Kota Pontianak, dianalisis menggunakan model HOT-Fit untuk menilai kualitas sistem, informasi, dukungan layanan, kepuasan pengguna, dan manfaat bersih.

Hasil: Telehealth terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan peserta BHD, dengan rata-rata skor pengetahuan meningkat dari 10,65 (*pre-test*) menjadi 26,58 (*post-test*). Kualitas sistem yang stabil (90% setuju), informasi yang relevan (95% setuju), dan dukungan Dinas Kesehatan Kota Pontianak (93,06% setuju) berkontribusi signifikan terhadap kepuasan pengguna (91,67% setuju). Sebanyak 95% responden melaporkan peningkatan kesiapan mereka dalam menghadapi situasi darurat seperti henti jantung.

Kesimpulan: Implementasi telehealth efektif meningkatkan aksesibilitas dan pengetahuan masyarakat dalam pelatihan BHD di Kota Pontianak. Namun, hambatan seperti literasi digital rendah, dan kurangnya regulasi lokal perlu diatasi melalui sosialisasi, penguatan infrastruktur, dan penyusunan kebijakan pendukung untuk memastikan keberlanjutan program.

Kata Kunci: *telehealth*, Bantuan Hidup Dasar, henti jantung, pelatihan kesehatan, Kota Pontianak, HOT-Fit

Abstract

Analysis of Telehealth Implementation in Basic Life Support Training for Cardiac Arrest in Pontianak City

Background: Sudden cardiac arrest is a leading cause of preventable death, manageable through timely Basic Life Support (BLS). However, limited access to emergency health training in Pontianak City necessitates innovative solutions like telehealth, which offers flexible, online training to reach a broader audience. This study aims to analyze the implementation of telehealth in BLS training for cardiac arrest management in Pontianak City and evaluate its effectiveness in enhancing public knowledge and skills.

Methods: This study employed a quantitative approach using a survey method. Data were collected through questionnaires from 60 respondents from the general public in Pontianak City and analyzed using the HOT-Fit model, assessing system quality, information quality, service support, user satisfaction, and net benefits.

Results: Telehealth proved effective in improving BLS knowledge, with participants' average knowledge scores increasing from 10.65 (pre-test) to 26.58 (post-test). A stable system quality (90% agreement), relevant information (95% agreement), and support from the Pontianak Health Department (93.06% agreement) significantly contributed to user satisfaction (91.67% agreement). Additionally, 95% of respondents reported improved readiness to handle emergency situations like cardiac arrest.

Conclusion: Telehealth implementation effectively enhances accessibility and public knowledge in BLS training in Pontianak City. However, challenges such as low digital literacy, unstable internet connectivity, and lack of local regulations must be addressed through awareness campaigns, infrastructure improvements, and supportive policies to ensure program sustainability.

Keywords: telehealth, Basic Life Support, cardiac arrest, health training, Pontianak City, HOT-Fit

Pernyataan Keaslian Tulisan

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini merupakan tulisan asli dari penulis, dan tidak berisi material yang telah diterbitkan sebelumnya atau tulisan dari penulis lain terkecuali referensi atas material tersebut telah disebutkan dalam tesis. Apabila ada kontribusi dari penulis lain dalam tesis ini, maka penulis lain tersebut secara eksplisit telah disebutkan dalam tesis ini.

Dengan ini saya juga menyatakan bahwa segala kontribusi dari pihak lain terhadap tesis ini, termasuk bantuan analisis statistik, desain survei, analisis data, prosedur teknis yang bersifat signifikan, dan segala bentuk aktivitas penelitian yang dipergunakan atau dilaporkan dalam tesis ini telah secara eksplisit disebutkan dalam tesis ini.

Segala bentuk hak cipta yang terdapat dalam material dokumen tesis ini berada dalam kepemilikan pemilik hak cipta masing-masing. Apabila dibutuhkan, penulis juga telah mendapatkan izin dari pemilik hak cipta untuk menggunakan ulang materialnya dalam tesis ini.

Yogyakarta, 01 Agustus 2025



Ruhil Iswara, S. Kep. Ns.

Daftar Publikasi

Analysis of telehealth acceptance for basic life support training in sudden cardiac arrest in Pontianak

Kontributor	Jenis Kontribusi
Ruhil Iswara	Metodologi, Investigasi, Kurasi Data, Penulisan-Draf Asli
Sri Kusumadewi	Konseptualisasi, Metodologi, Penulisan-Review & Editing, Supervisi
Rahadian Kurniawan	Konseptualisasi, Metodologi

Halaman Kontribusi

Ucapan terimakasih kepada Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Republik Indonesia atas dukungan dana penelitian yang dihibahkan pada penelitian ini. Diharapkan dengan adanya penelitian ini dapat membantu pengembangan teknologi di bidang kesehatan khususnya telehealth edukasi untuk meningkatkan pengetahuan dan kesiapan masyarakat dalam memberikan pertolongan pertama pada henti jantung.

Halaman Persembahan

Alhamdulillah. Puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan nikmat yang sangat luar biasa, memberi saya kekuatan, membekali saya dengan ilmu pengetahuan. Atas karunia dan kemudahan yang engkau berikan, akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik. Shalawat serta salam terscurahkan kepada baginda Rasulullah Muhammad SAW. Segala perjuangan saya hingga titik ini, saya persembahkan teruntuk orang-orang hebat yang selalu memberikan semangat:

Dengan rasa syukur yang mendalam, kupersembahkan karya ini kepada:

1. Kedua orang tuaku tercinta, yang telah memberikan cinta, doa, dan dukungan tiada henti dalam setiap langkah hidupku. Terima kasih atas segala pengorbanan dan kasih sayang yang tak terhingga.
2. Istriku tersayang, yang dengan sabar mendampingi, memberikan semangat dan dukungan di setiap proses perjalanan ini. Engkau adalah sumber kekuatanku.
3. Pembimbing tesis, Dr. Sri Kusumadewi, S.SI., M.T dan Bapak Rahadian Kurniawan, S.Kom., M.Kom, atas bimbingan dan ilmu yang telah diberikan selama penyusunan penelitian ini. Terima kasih atas waktu, arahan, dan dorongan yang membuatku mampu menyelesaikan tesis ini dengan baik.

Kepada kalian semua, dengan penuh cinta dan rasa terima kasih, kupersembahkan hasil dari usaha dan doa ini.

Kata Pengantar

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas limpahan rahmat, nikmat, dan petunjuk-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Analisis Implementasi Telehealth dalam Pelatihan Bantuan Hidup Dasar Henti Jantung di Kota Pontianak.” Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program Strata Dua (S2) di Jurusan Informatika, Program Studi Magister Informatika, Konsentrasi Informatika Medis, Fakultas Teknologi Industri, Universitas Islam Indonesia.

Dalam proses penyusunan tesis ini, penulis tidak lepas dari bantuan, dukungan, bimbingan, serta dorongan dari berbagai pihak yang telah memberikan inspirasi dan motivasi selama pengerjaan tugas akhir ini. Oleh karena itu, dengan penuh rasa terima kasih, penulis menyampaikan apresiasi yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Fathul Wahid, S.T., M.Sc., Ph.D., selaku Rektor Universitas Islam Indonesia yang telah memimpin dengan bijaksana.
2. Irving Vitra Paputungan, T., M.Sc., Ph.D., Ketua Program Studi Magister Informatika, yang telah memberikan arahan selama masa studi.
3. Dr. Sri Kusumadewi, S.SI., M.T., sebagai pembimbing utama yang dengan sabar telah memberikan ilmu, waktu, tenaga, pikiran, serta dukungan dan doa yang sangat berharga selama proses penyusunan tugas akhir ini.
4. Rahadian Kurniawan, S.Kom., M.Kom., selaku pembimbing kedua yang senantiasa meluangkan waktu untuk memberikan masukan, bimbingan, serta dukungan selama penelitian berlangsung.
5. Seluruh dosen di Program Studi Magister Informatika yang telah berbagi ilmu pengetahuan selama masa studi, serta seluruh staf yang selalu memberikan bantuan dengan penuh tanggung jawab.
6. Kepada kedua orang tua tercinta, yang senantiasa memberikan doa, restu, serta kasih sayang yang tak terhingga.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih memiliki kekurangan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan untuk memperbaiki karya ini. Penulis berharap, semoga tesis ini dapat memberikan manfaat dan menjadi referensi bagi yang membutuhkan.

Yogyakarta, 2025

(Ruhil Iswara)

Daftar Isi

Lembar Pengesahan Pembimbing	i
Lembar Pengesahan Penguji.....	ii
Abstrak.....	i
<i>Abstract</i>	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan	iii
Daftar Publikasi	iv
Halaman Kontribusi.....	v
Halaman Persembahan	vi
Kata Pengantar.....	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Gambar	xii
BAB 1 Pendahuluan	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penelitian	3
1.4. Manfaat Penelitian	3
1.5. Batasan Penelitian.....	4
1.6. Metodologi Penelitian.....	4
1.7. Sistematika Penulisan	5
BAB 2 Tinjauan Pustaka	7
2.1 Pendahuluan.....	7
2.2 Telehealth	7
2.3 Bantuan Hidup Dasar (BHD)	9
2.4 Model HOT-Fit.....	11

2.5 Penelitian Terdahulu.....	13
BAB 3 Metodologi	17
3.1 Tahapan Penelitian	17
3.1.1 Identifikasi Masalah	17
3.1.2 Studi Literatur.....	18
3.1.3 Penentuan Variabel Penelitian.....	19
3.1.4 Penentuan Hipotesis Penelitian	20
3.1.5 Populasi dan Sampel.....	21
3.1.6 Kriteria Inklusi dan Eksklusi Responden	22
3.1.7 Pembuatan Kuesioner	23
3.1.8 Pengumpulan Data.....	26
3.1.9 Pelaksanaan Wawancara.....	29
3.1.10 Pengolahan dan Analisis Data	30
3.2 Analisis Hasil Penelitian.....	30
a. Pengujian Hipotesis dengan Model PLS SEM	31
b. Pembahasan Hasil Implementasi Model.....	32
BAB 4 Hasil dan Pembahasan.....	33
4.1 Identifikasi Responden	33
4.2 Jawaban Responden.....	35
4.3 Uji Pre dan Post	42
4.4 Model Pengukuran (Outer Model)	43
4.5 Model Struktural (Inner Model)	47
4.6 Pengujian Hipotesis	48
4.7 Kesimpulan Pengujian Hipotesis:.....	57
4.8 Pembahasan Dengan Dinas Kesehatan Kota Pontianak	58
4.9 Implikasi Praktis dan Teoretis	59
4.10 Perbandingan dengan Penelitian Terdahulu	60

4.11 Mapping Rumusan Masalah, Tujuan Penelitian dan Hasil Penelitian.....	61
BAB 5 Kesimpulan dan Saran.....	63
5.1 Kesimpulan.....	63
5.2 Saran	64

Daftar Tabel

Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu.....	15
Tabel 3. 1 Indikator Variabel Penelitian.....	20
Tabel 3. 2 Pertanyaan variable Kualitas Sistem (KS)	23
Tabel 3. 3 Pertanyaan variable Kualitas Informasi (KI).....	23
Tabel 3. 4 Pertanyaan variable Penggunaan Sistem (PS).....	23
Tabel 3. 5 Pertanyaan variable Kualitas Layanan (KL)	24
Tabel 3. 6 Pertanyaan variable Kepuasan Pengguna (KP)	24
Tabel 3. 7 Pertanyaan variable Dukungan Dinas Kesehatan (DDK)	24
Tabel 3. 8 Pertanyaan variable Net Benefir (NB)	25
Tabel 4. 1 Deskripsi responden berdasarkan jenis kelamin.....	33
Tabel 4. 2 Deskripsi responden berdasarkan usia.....	34
Tabel 4. 3 Deskripsi responden berdasarkan jenjang pendidikan	34
Tabel 4. 4 Pertanyaan Variabel Kualitas Sistem (KS).....	35
Tabel 4. 5 Pertanyaan Variabel Kualitas Informasi (KI).....	36
Tabel 4. 6 Pertanyaan Variabel Penggunaan Sistem (PS).....	37
Tabel 4. 7 Pertanyaan Variabel Kualitas Layanan (KL)	38
Tabel 4. 8 Pertanyaan Variabel Kepuasan Pengguna (KP)	39
Tabel 4. 9 Pertanyaan Variabel Dukungan Dinas Kesehatan (DDK).....	40
Tabel 4. 10 Pertanyaan Variabel Net Benefit (NB).....	41
Tabel 4. 11 Hasil Pre-Test dan Post-Test Pengetahuan BHD	42
Tabel 4. 12 Hasil Validitas Konvergen	43
Tabel 4. 13 Hasil Validitas Diskriminan	44
Tabel 4. 14 Hasil Validitas Diskriminan	45
Tabel 4. 15 Cronbach's alpha dan Composite reliability	47
Tabel 4. 16 Nilai R-Square dari variabel dependen.....	48
Tabel 4. 17 Hasil Pengujian Hipotesis.....	50
Tabel 4. 18 Hasil Pengujian Hipotesis.....	50

Daftar Gambar

Gambar 2. 1 Definisi Telehealth (Sikka, 2021).....	8
Gambar 2. 2 Model Human-Organization-Technology (Hidayatullah et al., 2023)	11
Gambar 3. 1 Prosedur Penelitian	17
Gambar 3. 2 Dokumentasi Wawancara dengan Kepada Dinas Kesehatan Kota Pontianak	17
Gambar 3. 3 Model Hipotesis Penelitian.....	21
Gambar 3. 4 Tampilan <i>Telehealth</i> : Pendaftaran.....	26
Gambar 3. 5 Tampilan <i>telehealth</i> : Menonton Video	27
Gambar 3. 6 Tampilan <i>telehealth</i> : Evaluasi	28
Gambar 3. 7 Tampilan <i>telehealth</i> : Kuesioner Penelitian.....	28
Gambar 3. 8 Wawancara dengan Dinas Kesehatan Kota Pontianak	29
Gambar 4. 1 Grafik Variabel Kualitas Sistem (KS)	35
Gambar 4. 2 Grafik Variabel Kualitas Informasi (KI)	36
Gambar 4. 3 Grafik Variabel Penggunaan Sistem (PS).....	37
Gambar 4. 4 Grafik Variabel Kualitas Layanan (KL)	38
Gambar 4. 5 Grafik Variabel Kepuasan Pengguna (KP).....	39
Gambar 4. 6 Grafik Variabel Kepuasan Dukungan Dinas Kesehatan (DDK)	40
Gambar 4. 7 Grafik Variabel	41
Gambar 4. 8 Hasil Uji PLS-SEM	49

Glosarium

BHD	- Bantuan Hidup Dasar
RJP	- Resusitasi Jantung Paru

BAB 1

Pendahuluan

1. Pendahuluan

1.1. Latar Belakang

Henti jantung didefinisikan sebagai kondisi mendadak di mana jantung berhenti berdetak secara efektif, sehingga aliran darah dan oksigen ke seluruh tubuh terhenti, yang dapat menyebabkan kematian dalam hitungan menit jika tidak segera ditangani (AHA, 2020). Kondisi ini merupakan masalah kesehatan masyarakat global yang signifikan, dengan estimasi 180.000–300.000 kematian mendadak setiap tahun di Amerika Serikat serta menyumbang hingga 50% kematian akibat gangguan kardiovaskuler di Amerika dan Eropa Barat (Srinivasan et al., 2018; Zimmerman & Tan, 2021), dengan kejadian di luar rumah sakit meningkat dari 350.000 kasus pada 2015 menjadi 356.461 kasus pada 2018 di Amerika Serikat, di mana kurang dari 40% korban yang mendapatkan BHD tepat waktu (AHA, 2020), sementara di Indonesia angka kematian akibat henti jantung mencapai 17,7 juta dari 39,5 juta kematian akibat penyakit tidak menular (Juzar, 2024), dan di Kota Pontianak, penyakit jantung menjadi penyebab utama kematian dengan 1.959 kasus dilaporkan pada tahun 2023 (Dinas Kesehatan Kota Pontianak, 2024), menegaskan urgensi intervensi seperti pelatihan BHD berbasis telehealth untuk meningkatkan kesiapan masyarakat.

Keberhasilan dalam pemberian BHD sangat tergantung pada kecepatan dan keakuratan tindakan yang dilakukan. Namun, beberapa faktor menghambat partisipasi masyarakat dalam memberikan BHD, seperti rendahnya kemampuan intelektual dan kurangnya kepedulian masyarakat terhadap pemberian BHD kepada korban henti jantung (Krammel et al., 2020). Salah satu strategi untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat dalam memberikan BHD adalah melalui pelatihan (Basri & Istiroha, 2019). Menurut (Rini et al., 2019), tindakan BHD pada henti jantung meliputi mengenali henti jantung, meminta bantuan, dan melakukan resusitasi jantung paru dengan fokus pada kompresi dada. Pemahaman yang baik tentang perawatan setelah henti jantung juga dapat meningkatkan angka kelangsungan hidup dan kualitas hidup pasien yang berhasil diselamatkan.

Sejumlah solusi telah dikembangkan untuk menangani henti jantung, termasuk pelatihan BHD berbasis komunitas, kampanye kesadaran publik seperti “*World Restart a Heart Day*”, dan penyediaan defibrilator otomatis eksternal di tempat umum seperti bandara dan pusat perbelanjaan (Perkins et al., 2021). Namun, pelatihan berbasis komunitas sering

terkendala oleh akses geografis dan biaya, sedangkan kampanye kesadaran publik kurang memberikan keterampilan praktis yang memadai. *Telehealth* dipilih sebagai solusi dalam penelitian ini karena kemampuannya menyediakan pelatihan BHD secara daring yang fleksibel, hemat biaya, dan dapat menjangkau masyarakat di daerah terpencil, dengan memanfaatkan teknologi video dan simulasi interaktif untuk meningkatkan keterampilan BHD (Gogia, 2020). Dalam konteks inilah, pemanfaatan telehealth menjadi semakin relevan untuk diterapkan di daerah-daerah dengan beban penyakit tinggi dan keterbatasan sumber daya, seperti Kota Pontianak.

Penelitian ini dilakukan Kota Pontianak karena memiliki tingkat penyakit jantung yang tinggi (1.959 kasus pada 2023), mencerminkan urgensi kebutuhan pelatihan BHD. Tantangan utama pelaksanaan pelatihan tatap muka Di Pontianak secara luas adalah anggaran, sehingga menghambat pelaksanaan pelatihan massal kepada masyarakat (Dinas Kesehatan Kota Pontianak, 2024). Urgensi penelitian ini terletak pada potensi penurunan angka kematian akibat henti jantung melalui peningkatan kesiapan masyarakat, mengingat kurangnya 40% korban yang mendapatkan BHD tepat waktu secara global (AHA, 2020).

Telehealth didefinisikan sebagai pemberian layanan kesehatan jarak jauh yang mencakup aspek medis dan nonmedis, seperti konseling, edukasi kesehatan, dan pengelolaan penyakit, dengan menggunakan teknologi. Tujuannya untuk memperbaiki akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan, serta mengurangi biaya pengobatan (Gunawan, 2023). *Telehealth* membantu ketika pencari layanan kesehatan tidak dapat bergerak karena koma, patah tulang, kelumpuhan, atau dalam keadaan darurat di mana waktu menjadi sangat penting (Gogia, 2020). Penelitian menunjukkan bahwa *telehealth* dapat meningkatkan hasil kesehatan, seperti penurunan kematian perinatal sebesar 29% setelah implementasi modul pelatihan melalui telehealth (Escobar et al., 2022) dan efektivitas pelatihan video konferensi yang setara dengan pelatihan tatap muka dengan pengurangan perjalanan dan biaya (Calleja et al., 2022).

Berdasarkan penjelasan di atas, diketahui bahwa BHD pada henti jantung sangat penting, tetapi keterbatasan informasi, tempat, dan biaya pelatihan menyebabkan banyak masyarakat belum mendapat pengetahuan terkait cara memberikan BHD. Model *Human, Organization, Technology, and Benefit (HOT-Fit)* dipilih untuk evaluasi karena kemampuannya mengintegrasikan faktor manusia (penggunaan sistem dan kepuasan), organisasi (struktur dan dukungan), teknologi (kualitas sistem, informasi, dan layanan), serta manfaat bersih (efisiensi dan efektivitas), yang relevan untuk mengukur keberhasilan telehealth dalam konteks pelatihan BHD (Hidayatullah et al., 2023). Pendekatan ini

memastikan bahwa implementasi *telehealth* tidak hanya teknis, tetapi juga diterima oleh pengguna dan organisasi, serta memberikan manfaat nyata bagi masyarakat.

Oleh karena itu, penelitian ini akan menganalisis efektivitas implementasi *telehealth* dalam pelatihan BHD pada henti jantung di Kota Pontianak. Harapannya, penelitian ini dapat menghasilkan model pelatihan BHD berbasis *telehealth* yang efektif, meningkatkan kesiapan masyarakat dalam menangani henti jantung, mengurangi angka kematian akibat penyakit ini, serta menjadi panduan bagi kebijakan kesehatan di daerah dengan tantangan akses serupa.

1.2. Rumusan Masalah

Dari latar belakang di atas, maka pertanyaan dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Apakah pelatihan BHD berbasis *telehealth* efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat di Kota Pontianak?
2. Apa saja faktor-faktor yang memengaruhi efektivitas *telehealth* dalam pelatihan BHD di Kota Pontianak, terutama dalam konteks dukungan pengguna, organisasi, dan teknologi?

1.3. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi efektivitas *telehealth* dalam pelatihan BHD di Kota Pontianak berdasarkan aspek pengguna, organisasi, dan teknologi.
2. Menganalisis efektivitas pelatihan BHD berbasis *telehealth* dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat di Kota Pontianak.

1.4. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis:
 - a. Memperkaya wawasan dalam bidang kesehatan digital.
 - b. Mengkaji efektivitas *telehealth* dalam pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) untuk penanganan henti jantung.
 - c. Menjadi referensi untuk studi lanjutan terkait pelatihan medis berbasis teknologi.
2. Manfaat Praktis:
 - a. Memberikan informasi kepada Dinas Kesehatan Kota Pontianak mengenai manfaat dan tantangan *telehealth* dalam pelatihan BHD.
 - b. Mendukung perumusan kebijakan pelatihan kesehatan di tingkat daerah.
 - c. Mempermudah akses masyarakat terhadap pelatihan BHD secara fleksibel.
 - d. Meningkatkan kesiapan masyarakat dalam menghadapi kasus henti jantung.

- e. Menyediakan platform efisien bagi tenaga kesehatan untuk mengembangkan keterampilan mereka.
- f. Menjadi panduan bagi institusi pendidikan kesehatan dalam merancang kurikulum berbasis teknologi digital dengan mempertimbangkan aspek pengguna, organisasi dan teknologi

1.5. Batasan Penelitian

Berikut adalah batasan penelitian ini :

1. Cakupan Lokasi:

Penelitian ini dibatasi pada pelaksanaan telehealth di Kota Pontianak. Hasil penelitian mungkin tidak sepenuhnya dapat digeneralisasikan untuk wilayah atau kota lain yang memiliki kondisi demografis, akses teknologi, dan infrastruktur kesehatan yang berbeda. Pembatasan ini dipilih karena Kota Pontianak memiliki tantangan spesifik, seperti tingginya angka kasus penyakit jantung 1.959 kasus pada 2023 dan keterbatasan akses pelatihan kesehatan darurat, sehingga menjadi konteks yang relevan untuk menguji efektivitas telehealth.

2. Populasi Penelitian:

Populasi penelitian ini hanya melibatkan masyarakat umum non-medis di Kota Pontianak yang berpartisipasi dalam pelatihan telehealth, karena masyarakat umum sering kali menjadi penolong pertama di lokasi kejadian sebelum tenaga medis tiba.

1.6. Metodologi Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan dukungan data kualitatif. Pendekatan kuantitatif digunakan untuk menguji pengaruh faktor-faktor dalam model *HOT-Fit* (*Human, Organization, Technology – Fit*) terhadap implementasi telehealth dalam pelatihan BHD henti jantung. Data kuantitatif diperoleh melalui kuesioner yang diberikan kepada 60 responden masyarakat umum yang mengikuti pelatihan *telehealth*.

Selain itu, penelitian ini juga menggunakan data kualitatif melalui wawancara mendalam dengan perwakilan dari Dinas Kesehatan Kota Pontianak. Data kualitatif ini berfungsi untuk memberikan konteks, validasi materi, serta memperkuat temuan kuantitatif, khususnya dalam menjelaskan faktor-faktor organisasi dan kebijakan yang memengaruhi implementasi telehealth.

Instrumen penelitian yang digunakan meliputi kuesioner berbasis skala Likert untuk menilai kualitas sistem, kualitas informasi, kualitas layanan, kepuasan pengguna, serta dukungan organisasi (Diskes). Uji validitas dilakukan menggunakan korelasi Pearson, sedangkan uji reliabilitas dilakukan dengan *Cronbach's Alpha*. Analisis data kuantitatif menggunakan *Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)* untuk menguji hubungan antar variabel dalam model penelitian.

Secara umum, tahapan penelitian ini meliputi:

- a. Identifikasi masalah dan studi literatur.
- b. Penyusunan instrumen penelitian.
- c. Validasi instrumen.
- d. Pengumpulan data kuantitatif melalui kuesioner.
- e. Pengumpulan data kualitatif melalui wawancara.
- f. Analisis data dengan PLS-SEM dan interpretasi hasil.
- g. Penyusunan kesimpulan dan saran.

Dengan metodologi tersebut, penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran menyeluruh mengenai faktor-faktor yang memengaruhi implementasi telehealth dalam pelatihan BHD, baik dari sisi teknis, pengguna, maupun dukungan organisasi.

1.7. Sistematika Penulisan

Penulisan laporan tesis ini disusun dalam beberapa bab dengan pembahasan yang sistematis. Bab 1 Pendahuluan menjelaskan konteks penelitian, meliputi latar belakang yang menyajikan pentingnya penelitian tentang implementasi *telehealth* untuk pelatihan BHD di Kota Pontianak, rumusan masalah yang menyusun pertanyaan penelitian, batasan masalah untuk menjelaskan cakupan dan batasan penelitian, tujuan penelitian yang menguraikan tujuan yang ingin dicapai, manfaat penelitian yang menggambarkan kontribusi akademik dan praktis, serta sistematika penulisan yang menjelaskan struktur keseluruhan laporan.

Bab 2 Tinjauan Pustaka berisi kajian literatur yang mendukung penelitian, mencakup konsep dasar *telehealth* tentang pengertian dan perkembangan teknologi *telehealth* dalam bidang kesehatan, penjelasan tentang BHD meliputi definisi, pentingnya, dan teknik dasar pelatihan, model evaluasi HOT-Fit untuk mengevaluasi keberhasilan sistem *telehealth*, serta kajian penelitian terdahulu yang relevan.

Bab 3 Metodologi Penelitian menjelaskan pendekatan dan langkah-langkah penelitian, meliputi desain penelitian dengan pendekatan kuantitatif menggunakan model *HOT-Fit*, populasi dan sampel yang menggambarkan karakteristik responden dan teknik

pengambilan sampel, instrumen penelitian berupa kuesioner untuk mengumpulkan data, serta teknik pengolahan data menggunakan analisis *Partial Least Squares-Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*.

Bab 4 Implementasi dan Pengujian menyajikan hasil penelitian, meliputi implementasi *telehealth* dalam pelatihan BHD berdasarkan persepsi pengguna, efektivitas *telehealth* dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta, faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan implementasi seperti kualitas sistem, informasi, layanan, dan dukungan Dinas Kesehatan Kota Pontianak, serta hambatan dan solusi dalam pelatihan BHD berbasis *telehealth*.

Bab 5 Kesimpulan dan Saran merangkum temuan utama dan kontribusi penelitian terhadap ilmu pengetahuan dan praktik kesehatan digital, serta memberikan rekomendasi untuk pengembangan sistem *telehealth*, peningkatan kebijakan pendukung, dan penelitian lanjutan di masa depan.

BAB 2

Tinjauan Pustaka

2.1 Pendahuluan

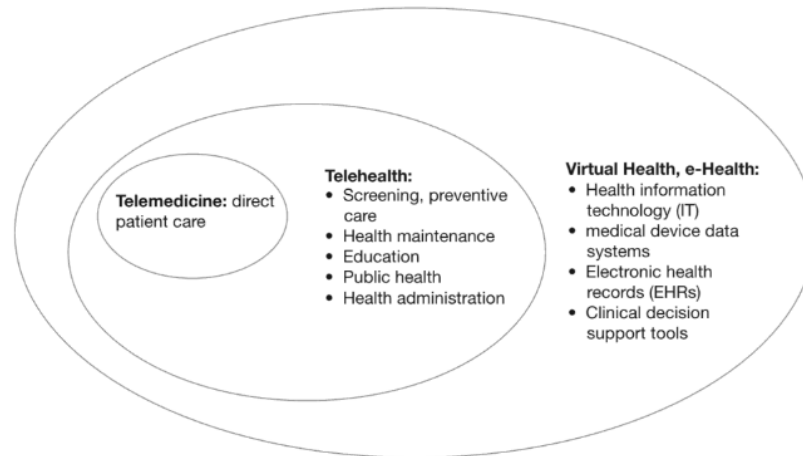
Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi telah mengubah lanskap sektor kesehatan melalui inovasi seperti *telehealth*, yang didefinisikan sebagai pemberian layanan kesehatan jarak jauh menggunakan teknologi informasi untuk meningkatkan akses dan efisiensi (Gunawan, 2023). Studi menunjukkan *telehealth* efektif dalam pelatihan kesehatan, termasuk BHD, yang merupakan serangkaian tindakan darurat untuk menangani henti jantung, kondisi yang menyebabkan 17 juta kematian global tahunan dan kurang dari 40% korban menerima BHD tepat waktu (AHA, 2020). Di Kota Pontianak, penyakit jantung mencatat 1.959 kasus kematian pada 2023, menegaskan urgensi pelatihan BHD berbasis *telehealth* untuk meningkatkan kesiapan masyarakat (Dinas Kesehatan Kota Pontianak, 2024). Penelitian sebelumnya, seperti (Calleja et al., 2022) membuktikan bahwa *telehealth* meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta pelatihan BHD, mengatasi keterbatasan akses geografis dan biaya. Bab ini mengulas literatur tentang konsep dasar *telehealth*, pentingnya BHD dalam penanganan henti jantung, model evaluasi *HOT-Fit* untuk mengukur keberhasilan implementasi, serta penelitian terdahulu sebagai landasan teoretis untuk menganalisis efektivitas dan faktor-faktor yang memengaruhi *telehealth* di Pontianak.

2.2 Telehealth

Istilah *telemedicine*, *telehealth*, dan *virtual health* sering digunakan secara bergantian, tetapi memiliki definisi yang unik. Secara kolektif, istilah-istilah ini mengacu pada penggunaan teknologi telekomunikasi dan informasi elektronik untuk mendukung kesehatan dan memberikan perawatan jarak jauh. *Telemedicine* umumnya terbatas pada perawatan klinis langsung antara penyedia layanan dan pasien, sementara layanan *telehealth* mencakup perawatan klinis, skrining kesehatan, pencegahan, pemeliharaan kesehatan, pendidikan profesional terkait kesehatan, kesehatan masyarakat, dan administrasi kesehatan (Sikka, 2021).

Telehealth adalah pemberian layanan kesehatan jarak jauh menggunakan teknologi informasi dan komunikasi untuk meningkatkan akses, efisiensi, dan efektivitas pelayanan kesehatan (Gunawan, 2023). Selain itu, teknologi *telehealth* dan pendidikan *online* membuka peluang untuk mengembangkan metode baru dan inovatif dalam memberikan

perawatan kesehatan, pendidikan tenaga kesehatan, dan penelitian (Wijesooriya et al., 2020). Untuk memperjelas perbedaan antara *Telemedicine*, *telehealth* dan *e-Health* dapat dilihat pada gambar 2.1.



Gambar 2. 1 Definisi Telehealth (Sikka, 2021)

Menurut Sikka (2021) terdapat empat modalitas dasar telehealth yaitu sinkron, asinkron, pemantauan pasien jarak jauh, dan kesehatan seluler:

1. Sinkron (interaktif langsung):

Konsultasi interaktif audiovisual langsung antara pengajar dan peserta pelatihan yang terjadi secara *real-time*. Modalitas ini memungkinkan pengajaran interaktif dan diskusi langsung, mirip dengan sesi kelas tatap muka.

2. Asinkron (*store and forward*): Transmisi materi pendidikan, seperti video pelatihan, presentasi, dan dokumen, yang dapat diakses peserta pelatihan kapan saja. Ini memungkinkan fleksibilitas bagi peserta untuk belajar sesuai dengan jadwal mereka sendiri.

3. Pemantauan Pasien Jarak Jauh:

Penggunaan perangkat digital untuk memantau kondisi kesehatan peserta selama pelatihan. Data ini dapat digunakan untuk memberikan umpan balik yang lebih spesifik dan relevan selama sesi edukasi, meningkatkan pemahaman peserta tentang kondisi mereka sendiri.

4. Kesehatan Seluler (*mobile health*): Penyediaan materi edukasi dan data kesehatan melalui aplikasi seluler. Aplikasi ini dapat mengirimkan pengingat untuk pelatihan, memberikan akses ke materi belajar, dan memungkinkan komunikasi antara peserta dan pengajar

Dengan menggunakan berbagai modalitas *telehealth*, program edukasi kesehatan dapat menjadi lebih fleksibel, interaktif, dan mudah diakses oleh berbagai populasi. Ini sangat penting dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat, terutama di daerah yang sulit dijangkau secara geografis. Modalitas *telehealth* memungkinkan penyebaran informasi kesehatan yang luas dan memastikan bahwa semua individu memiliki kesempatan yang sama untuk belajar dan meningkatkan kesehatan mereka (Sikka, 2021).

Menurut (Smith et al., 2020) *telehealth* telah menunjukkan efektivitas dalam mengurangi biaya kesehatan dan meningkatkan hasil klinis dalam berbagai kondisi medis, termasuk manajemen penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi. Studi lain oleh Scott Kruse dkk., (2018) menemukan bahwa *telehealth* dapat meningkatkan akses ke layanan kesehatan di daerah pedesaan dan terpencil, mengurangi ketidakhadiran pasien, dan meningkatkan kepuasan pasien.

2.3 Bantuan Hidup Dasar (BHD)

Bantuan Hidup Dasar (BHD) atau *Basic Life Support (BLS)* dapat diartikan sebagai serangkaian tindakan medis darurat yang diterapkan untuk menangani kondisi kesehatan kritis yang mengancam nyawa hingga pasien dapat menerima perawatan lebih lanjut dari penyedia layanan medis tingkat lanjut, seperti paramedis, perawat, atau dokter (Irfani, 2019).

Menurut *American Heart Association* (AHA, 2023), komponen utama dari BHD meliputi:

- a. Mengenali henti jantung: Langkah awal dalam BHD adalah identifikasi cepat terhadap tanda-tanda henti jantung, seperti tidak adanya denyut nadi, kehilangan kesadaran, dan tidak ada tanda-tanda pernapasan.
- b. Meminta bantuan darurat: Setelah mengenali tanda-tanda henti jantung, langkah kritis berikutnya adalah segera menghubungi layanan darurat medis agar pertolongan lanjut segera diberikan.
- c. Melakukan resusitasi jantung paru (RJP): RJP adalah teknik utama dalam BHD, yang melibatkan kompresi dada untuk memulihkan sirkulasi darah secara manual ke otak dan organ penting. Kompresi dilakukan dengan kecepatan 100 hingga 120 kali per menit, sambil memberikan ventilasi buatan secara berkala untuk memastikan oksigenasi yang adekuat.

Pelatihan BHD bertujuan untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan dasar kepada masyarakat agar dapat melakukan tindakan penyelamatan awal dalam situasi darurat. Menurut (Suleman, 2023), BHD bisa dilakukan oleh siapa saja, termasuk masyarakat awam,

karena teknik dasar seperti RJP dapat diajarkan dan dipelajari dengan cepat. (Ghozali et al., 2023) menunjukkan bahwa pelatihan BHD dapat meningkatkan pengetahuan peserta secara signifikan, terutama ketika dilakukan dengan metode *mini-lecture* yang dikombinasikan dengan simulasi atau demonstrasi langsung.

Untuk mempermudah masyarakat dalam mengingat dan menerapkan langkah-langkah BHD, dikembangkan model "SELAMAT". Model ini merupakan metode pelatihan yang dirancang dengan tahapan yang mudah diingat dan diimplementasikan oleh masyarakat awam dalam situasi darurat (Fikrie et al., 2022). Langkah-langkah dalam model "SELAMAT" meliputi:

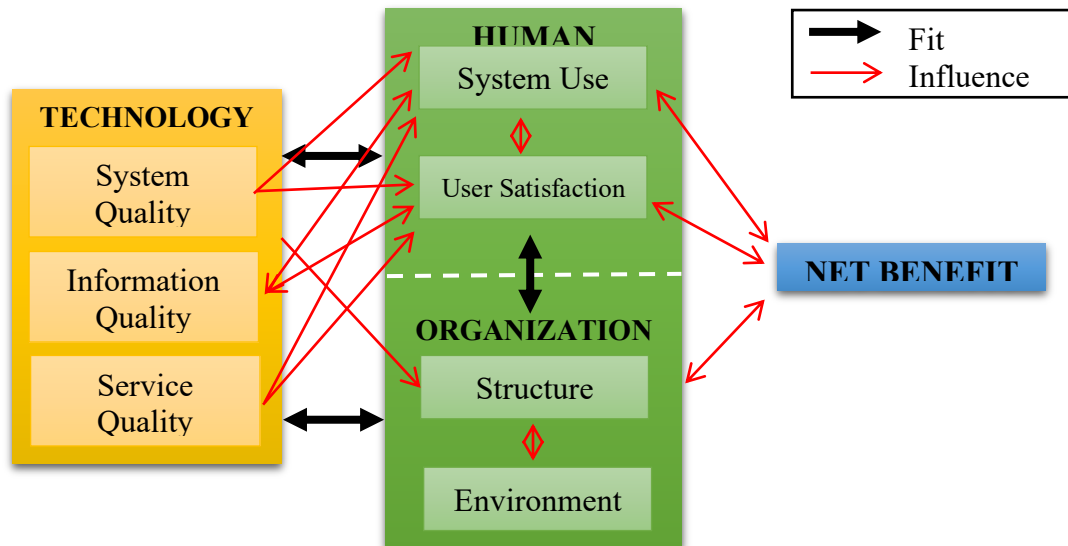
1. Segera periksa respons dan napas
2. Evaluasi keadaan sekitar
3. Lakukan panggilan darurat
4. Apabila tidak ada napas, mulai RJP
5. Monitor kondisi korban
6. Amati dan berikan dukungan sampai bantuan tiba
7. Teruskan tindakan sesuai petunjuk profesional medis

Penelitian (Hidayat et al., 2022) menunjukkan bahwa pelatihan dengan model "SELAMAT" efektif dalam meningkatkan keterampilan dan pengetahuan masyarakat dalam memberikan pertolongan BHD. Meskipun model ini umumnya diterapkan dalam pelatihan tatap muka, penggunaan *telehealth* sebagai media pelatihan dapat memperluas jangkauan pelatihan BHD, khususnya di wilayah-wilayah yang sulit dijangkau secara geografis. *Telehealth* memungkinkan pelatihan BHD dilakukan dengan cara yang lebih fleksibel dan dapat diakses kapan saja, mengatasi keterbatasan waktu dan biaya yang sering kali menjadi hambatan dalam pelatihan tatap muka (Wijesooriya et al., 2020).

Dengan penggunaan *telehealth*, pelatihan BHD dapat menjangkau lebih banyak peserta dan meningkatkan kesiapan masyarakat dalam menghadapi situasi darurat seperti henti jantung. Pelatihan berbasis *telehealth* memungkinkan distribusi materi BHD secara lebih luas dan memastikan bahwa masyarakat memiliki akses yang sama terhadap pengetahuan dan keterampilan penting untuk menyelamatkan nyawa dalam kondisi darurat medis.

2.4 Model HOT-Fit

Model Human, Organization, Technology, and Benefit (HOT-Fit) adalah kerangka kerja yang digunakan untuk mengevaluasi kesesuaian dan efektivitas sistem informasi dalam organisasi kesehatan. Model HOT-Fit ini dapat dilihat melalui gambar 2.2.



Gambar 2. 2Model Human-Organization-Technology (Hidayatullah et al., 2023)

Komponen utama dari model HOT-Fit adalah:

d. Manusia (*Human*)

Model ini meliputi penggunaan sistem dan kepuasan pengguna yang mencerminkan peran serta kemampuan manusia dalam berinteraksi dengan sistem. Ada dua elemen utama dalam faktor manusia, yaitu:

1) Penggunaan Sistem (*System Use*)

Penggunaan sistem berkaitan dengan hasil dari sistem informasi, misalnya laporan yang menjadi indikator keberhasilan sistem. Hal ini juga mencakup individu yang mengoperasikannya, intensitas penggunaan, pelatihan, pemahaman literasi, keterampilan komputer, keyakinan, ekspektasi penerapan sistem, serta penerimaan atau penolakan.

2) Kepuasan Pengguna (*User Satisfaction*)

Kepuasan pengguna digunakan untuk menilai keberhasilan sistem berdasarkan pengalaman pengguna saat mengoperasikan sistem dan potensi dampaknya.

e. Organisasi (*Organization*)

Organisasi dapat dipahami melalui struktur dan lingkungannya.

1) Struktur Organisasi (*Structure*)

Struktur organisasi mencakup jenis dan skala, budaya, politik, hierarki, otonomi, sistem perencanaan, serta aspek seperti pengendalian, strategi, manajemen, komunikasi, kepemimpinan, dan dukungan staf.

2) Lingkungan Organisasi (*Environment*)

Lingkungan organisasi dapat dianalisis berdasarkan sumber pendanaan, pemerintah, situasi politik, lokasi, jenis populasi yang dilayani, persaingan, hubungan antar organisasi, populasi yang ditangani, dan komunikasi.

f. Teknologi (*Technology*)

Teknologi dapat dievaluasi melalui tiga aspek utama, yaitu:

1) Kualitas Sistem (*System Quality*)

Kualitas sistem dalam institusi kesehatan, khususnya sistem informasi manajemen rumah sakit, diukur dari performa sistem dan antarmuka pengguna, termasuk kemudahan penggunaan, kemudahan belajar, kecepatan respons, ketersediaan, keandalan, kelengkapan, fleksibilitas, dan keamanan.

2) Kualitas Informasi (*Information Quality*)

Kualitas informasi merujuk pada data yang dihasilkan oleh sistem informasi manajemen rumah sakit, seperti rekam medis pasien, laporan, gambar, dan resep. Penilaiannya bersifat subjektif berdasarkan pandangan pengguna, dengan kriteria seperti kelengkapan, akurasi, keterbacaan, ketepatan waktu, relevansi, konsistensi, dan keandalan.

g. Kualitas Layanan (*Service Quality*)

Kualitas layanan mencerminkan dukungan keseluruhan yang diberikan oleh penyedia layanan sistem informasi manajemen rumah sakit.

h. Manfaat (*Net-Benefit*)

Sistem dapat memberikan keuntungan atau manfaat bagi pengguna, baik individu, kelompok, organisasi, atau institusi. Dampaknya bisa positif atau negatif pada direktur, manajer TI, staf, pengembang, rumah sakit, atau sektor kesehatan secara keseluruhan, memengaruhi kinerja dan perubahan tugas. Manfaat dinilai dari efek pekerjaan, efisiensi, efektivitas, kualitas keputusan, serta pengurangan kesalahan atau risiko. Pengaruh pada organisasi meliputi peningkatan efisiensi dalam pelayanan pasien.

2.5 Penelitian Terdahulu

Penelitian tentang implementasi *telehealth* dalam pelatihan kesehatan, khususnya BHD, telah menjadi fokus global untuk meningkatkan akses edukasi kesehatan. Beberapa studi relevan menunjukkan kesamaan dengan penelitian ini, namun juga memiliki perbedaan yang menegaskan urgensi dan novelty penelitian ini di Kota Pontianak.

Krammel et al., (2020) meneliti dampak sistem BHD berbasis polisi di Austria, dengan fokus pada peningkatan respons henti jantung di luar rumah sakit. Studi ini menemukan bahwa pelatihan BHD meningkatkan tingkat kelangsungan hidup korban henti jantung di luar rumah sakit, tetapi tidak menyebutkan persentase spesifik dalam abstrak yang tersedia. Penelitian ini tidak menggunakan *telehealth* sebagai media pelatihan, melainkan pelatihan tatap muka untuk petugas terlatih. Berbeda dengan penelitian ini, yang memanfaatkan *telehealth* untuk menjangkau masyarakat non-medis di Pontianak dan mengatasi keterbatasan akses geografis, penelitian sebelumnya lebih fokus pada pelatihan konvensional. Penelitian ini mengisi celah dengan mengeksplorasi bagaimana *telehealth* dapat memperluas akses pelatihan BHD bagi masyarakat awam di daerah dengan tingkat penyakit jantung tinggi (1.959 kasus pada 2023).

(Smith et al., 2020) membahas penggunaan *telehealth* untuk manajemen darurat selama pandemi COVID-19, termasuk edukasi kesehatan jarak jauh. Studi ini menemukan bahwa *telehealth* dapat mendukung penyediaan layanan kesehatan di daerah terpencil. Penelitian Smith dkk., serupa dengan penelitian ini dalam hal penggunaan *telehealth* untuk edukasi, tetapi berbeda karena fokusnya pada tenaga medis dan pasien kronis, bukan pelatihan BHD untuk masyarakat non-medis. Penelitian ini menyoroti tantangan lokal seperti literasi digital rendah dan kurangnya regulasi, yang tidak dibahas oleh Smith dkk., serta menggunakan kerangka *HOT-Fit* untuk mengevaluasi aspek organisasi (dukungan Dinas Kesehatan).

(Wijesooriya et al., 2020) mengevaluasi adaptasi *telehealth* untuk edukasi kesehatan selama pandemi, dengan fokus pada pelatihan tenaga medis di negara maju. Studi ini melaporkan bahwa *telehealth* memungkinkan adaptasi cepat dalam edukasi kesehatan, tetapi tidak menyebutkan peningkatan fleksibilitas. Penelitian ini berbeda karena fokus pada pelatihan BHD untuk masyarakat non-medis di Pontianak. Penelitian ini juga menyoroti hambatan lokal seperti stabilitas internet dan regulasi, yang tidak dihadapi di konteks negara maju seperti studi Wijesooriya dkk.

(Scott Kruse et al., 2018) mengevaluasi hambatan adopsi *telehealth* secara global melalui tinjauan sistematis. Studi ini menemukan bahwa *telehealth* meningkatkan akses

layanan kesehatan di daerah pedesaan, dengan kepuasan pasien yang lebih tinggi, meskipun hambatan seperti biaya dan literasi teknologi sering muncul. Penelitian Scott Kruse dkk., serupa dengan penelitian ini dalam hal fokus pada *telehealth* dan hambatan implementasinya, tetapi berbeda karena tidak spesifik pada pelatihan BHD. Penelitian ini mengisi celah dengan mengkaji efektivitas *telehealth* untuk pelatihan BHD di.

(Wyckoff et al., 2021) membahas inovasi dalam pelatihan resusitasi, termasuk pendekatan tele-instruksi, dalam konsensus internasional *CPR* dan *ECC*. Studi ini menunjukkan bahwa metode berbasis teknologi meningkatkan keterampilan resusitasi. Penelitian ini serupa dalam penggunaan teknologi untuk pelatihan, tetapi berbeda karena fokus pada masyarakat non-medis di Pontianak, dengan tantangan lokal seperti literasi digital rendah, serta integrasi model HOT-Fit yang tidak dibahas dalam studi tersebut.

Penelitian ini memiliki *novelty* dengan mengintegrasikan model HOT-Fit untuk mengevaluasi implementasi *telehealth* di konteks lokal Pontianak, yang menghadapi tantangan seperti literasi digital rendah, stabilitas internet terbatas, dan keterbatasan regulasi, sebagaimana diungkapkan Dinas Kesehatan. Studi di atas tidak ada yang secara khusus mengevaluasi peran dukungan organisasi lokal dalam keberhasilan *telehealth* untuk pelatihan BHD, yang menjadi salah satu temuan utama penelitian ini. Fokus pada masyarakat non-medis di daerah urban dengan tingkat kematian jantung tinggi menjadikan penelitian ini relevan untuk mendukung kebijakan kesehatan digital di daerah serupa. Dengan demikian, penelitian ini diperlukan untuk memberikan panduan praktis bagi Dinas Kesehatan dalam meningkatkan kesiapan masyarakat menangani henti jantung melalui *telehealth*. Penjelasan ringkas dari penelitian sebelumnya dirangkum dalam Table 2.1.

Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu

Penulis dan Tahun	Judul/Jurnal	Fokus Utama	Metode	Hasil Utama	Kesamaan dengan Penelitian Ini	Perbedaan dengan Penelitian Ini	Celah yang Diisi
Krammel dkk. (2020)	The impact of a high-quality basic life support police-based first responder system on outcome after out-of-hospital cardiac arrest / <i>PLOS ONE</i>	Sistem BHD berbasis polisi untuk respons henti jantung	Analisis data klinis	Meningkatkan kelangsungan hidup korban	Fokus pada pelatihan BHD	Tidak menggunakan telehealth, fokus pada petugas terlatih	Menggunakan telehealth untuk masyarakat awam di Pontianak
Smith dkk. (2020)	Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19) / <i>Journal of Telemedicine and Telecare</i>	Telehealth untuk manajemen darurat dan edukasi selama pandemi	Tinjauan literatur	Meningkatkan akses layanan kesehatan di daerah terpencil	Penggunaan telehealth untuk edukasi	Fokus pada tenaga medis dan pasien kronis, bukan BHD	Fokus pada pelatihan BHD masyarakat non-medis dengan HOT-Fit
Wijesooriya dkk. (2020)	COVID-19 and telehealth, education, and research adaptations / <i>Paediatric Respiratory Reviews</i>	Adaptasi telehealth untuk edukasi kesehatan selama pandemi	Analisis kasus	Memungkinkan adaptasi cepat dalam pelatihan	Penggunaan telehealth untuk edukasi	Fokus pada tenaga medis di negara maju, bukan BHD	Fokus pada BHD di Pontianak dengan hambatan lokal
Scott Kruse dkk. (2018)	Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review / <i>Journal of</i>	Hambatan adopsi telehealth global	Tinjauan sistematis	Meningkatkan akses di daerah pedesaan, hambatan	Fokus pada telehealth dan hambatan	Tidak spesifik pada pelatihan BHD	Evaluasi telehealth untuk pelatihan BHD di Pontianak

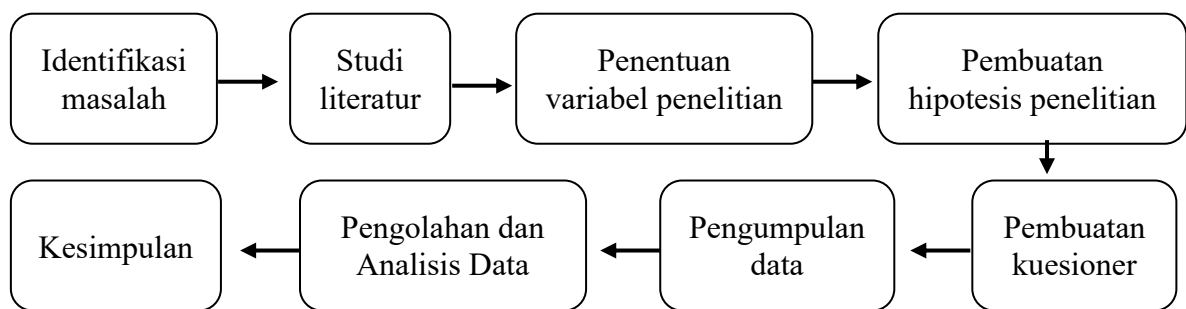
	<i>Telemedicine and Telecare</i>			literasi teknologi			
(Wyckoff et al., 2021)	2021 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations / <i>Resuscitation</i>	Inovasi pelatihan resusitasi, termasuk tele-instruksi	Konsensus internasional	Meningkatkan keterampilan resusitasi dengan teknologi	Penggunaan teknologi untuk pelatihan	Fokus luas pada resusitasi, bukan konteks lokal Pontianak	Integrasi HOT-Fit dan fokus pada masyarakat non-medis

BAB 3

Metodologi

3.1 Tahapan Penelitian

Penelitian ini dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu identifikasi masalah, studi literatur, penentuan variabel penelitian, pembuatan kuesioner, pengumpulan data, dan analisis data. Tahapan ini dirancang untuk memastikan penelitian berjalan secara sistematis dan menghasilkan data yang valid dan reliabel. Gambar prosedur penelitian ini adalah alur tahapan penelitian yang dilengkapi dengan gambar agar lebih mudah dipahami, sebagaimana dijelaskan dalam Gambar 3.1.



Gambar 3. 1 Prosedur Penelitian

3.1.1 Identifikasi Masalah

Untuk memperoleh data awal dan mengidentifikasi permasalahan secara langsung, peneliti melakukan wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kota Pontianak. Dokumentasi kegiatan wawancara tersebut ditunjukkan pada Gambar 3.2.



Gambar 3. 2 Wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kota Pontianak

Penelitian ini mengidentifikasi masalah utama, yaitu tingginya angka kematian akibat penyakit jantung di Kota Pontianak, yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan melalui

wawancara di Kantor Dinas Kesehatan Kota Pontianak, untuk mengevaluasi kebutuhan pelatihan BHD, dengan cara merekam dan menganalisis pernyataan Kepala Dinas Kesehatan. Hasil wawancara menunjukkan apa yang menjadi isu, yaitu 1.959 kasus penyakit jantung pada 2023 di kota Pontianak. Selain itu, keterbatasan anggaran menyebabkan sulitnya untuk melaksanakan pelatihan kepada masyarakat. Data sekunder juga mengidentifikasi apa yang menjadi tantangan global, yaitu 17 juta kematian tahunan akibat henti jantung, yang dicatat oleh *American Heart Association* dalam laporan 2020, untuk mendukung urgensi pelatihan BHD, dengan cara menganalisis dokumen tersebut.

Kurangnya regulasi petunjuk teknis pengembangan sistem telehealth menjadi hambatan, belum tersedia untuk mendukung pelatihan BHD, sebagaimana diungkapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan, untuk mengevaluasi kebijakan yang diperlukan, melalui wawancara yang direkam. Namun, dukungan terhadap kolaborasi menjadi solusi potensial, yang melibatkan masyarakat dan perguruan tinggi dalam membangun sistem informasi. Selain itu, tanggung jawab bersama dalam kesehatan menjadi fokus, yang bukan hanya tugas pemerintah tetapi juga masyarakat.

Identifikasi ini dilakukan untuk menentukan apa yang perlu diteliti, yaitu efektivitas telehealth dalam mengatasi keterbatasan pelatihan BHD, yang melibatkan peneliti dan Dinas Kesehatan di Kota Pontianak, untuk menyusun dasar analisis HOT-Fit, dengan cara mengintegrasikan temuan primer dan sekunder.

3.1.2 Studi Literatur

Penelitian ini memulai studi literatur untuk mencari apa yang sudah diteliti tentang telehealth dan pelatihan BHD. Langkah awal adalah menentukan artikel tentang telehealth, BHD, dan HOT-Fit, yang dipilih oleh peneliti untuk menemukan sumber yang tepat, menggunakan kata kunci sederhana. Pencarian dilakukan untuk menemukan [artikel ilmiah dari tahun 2015–2024, yang dicari oleh peneliti di ScienceDirect dan Google Scholar agar mendapatkan informasi yang bisa dipercaya. Hasilnya, 200 artikel ditemukan sebagai langkah awal, yang diunduh oleh peneliti, untuk dipilih yang paling relevan.

Penyaringan dilakukan untuk memilih apa yang sesuai, yaitu artikel tentang telehealth dan pelatihan BHD, yang diseleksi oleh peneliti untuk memastikan artikel berkualitas, dengan cara membaca abstrak dan metode. Sebanyak 25 artikel terpilih setelah penyaringan, yang dicatat oleh peneliti, untuk dianalisis lebih lanjut, menggunakan tabel ringkasan. Analisis dilakukan untuk menemukan apa yang penting, yaitu telehealth efektif untuk pelatihan kesehatan dan mencari celah penelitian, dengan cara membandingkan isi

artikel. Lima jurnal dipilih sebagai referensi utama, yaitu Krammel dkk. (2020), Smith dkk. (2020), Wijesooriya dkk. (2020), Scott Kruse dkk. (2018), dan Wyckoff et al. (2021) untuk mendukung ide penelitian, dengan cara meringkas poin utama.

Hasil analisis menunjukkan apa yang sudah diketahui, yaitu telehealth membantu edukasi kesehatan berdasarkan artikel Smith dkk. (2020) dan Wyckoff et al. (2021). Namun, ada celah yang ditemukan, yaitu belum ada penelitian tentang HOT-Fit untuk pelatihan BHD di masyarakat non-medis di daerah urban menunjukkan kebaruan penelitian.

3.1.3 Penentuan Variabel Penelitian

Penelitian ini menetapkan variabel-variabel yang relevan untuk menganalisis implementasi telehealth dalam pelatihan BHD, berdasarkan tujuan penelitian yang telah dirumuskan. Variabel-variabel tersebut diperoleh melalui wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kota Pontianak, yang bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan tantangan pelatihan BHD, menggunakan metode diskusi semi-terstruktur.

Variabel independen yang ditetapkan meliputi kualitas sistem, kualitas informasi, kualitas layanan, dan dukungan Dinas Kesehatan Kota Pontianak. Kualitas sistem, kualitas informasi, dan kualitas layanan dipilih berdasarkan hasil wawancara yang menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan menekankan pentingnya sistem telehealth yang andal untuk mendukung pelatihan daring, informasi yang akurat dan lengkap untuk materi pelatihan, serta layanan yang responsif bagi peserta. Pemilihan variabel ini juga didukung oleh model Information System Success dari DeLone dan McLean (2003), yang menegaskan bahwa ketiga aspek tersebut berperan dalam keberhasilan sistem informasi. Dukungan Dinas Kesehatan dipilih karena wawancara mengungkapkan adanya komitmen sebesar 93,06% dalam bentuk kebijakan dan fasilitas, yang diperkuat oleh Scott Kruse et al. (2018) yang menyoroti peran organisasi dalam implementasi telehealth.

Variabel dependen yang ditetapkan mencakup penggunaan sistem, kepuasan pengguna, dan manfaat bersih. Penggunaan sistem dipilih berdasarkan wawancara yang menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan memerlukan data frekuensi dan kemudahan penggunaan sistem oleh peserta untuk mengevaluasi adopsi telehealth. Kepuasan pengguna ditetapkan karena Dinas Kesehatan menganggap kepuasan peserta sebagai indikator keberhasilan pelatihan, yang sejalan dengan Yusif et al. (2020). Manfaat bersih dipilih karena wawancara menekankan pentingnya efisiensi dan efektivitas pelatihan dalam meningkatkan keterampilan BHD, yang didukung oleh DeLone dan McLean (2003). Untuk keperluan analisis, indikator-indikator variabel disusun dan disajikan dalam Tabel 3.1.

Tabel 3. 1 Indikator Variabel Penelitian

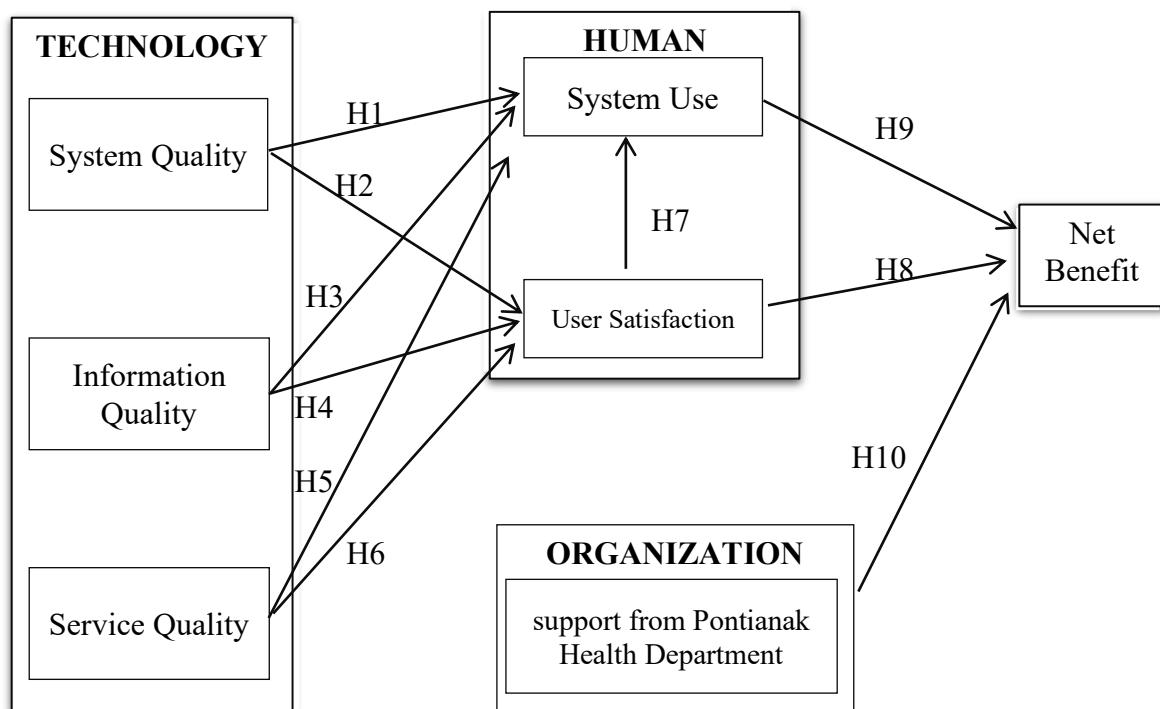
Variabel	Indikator
Kualitas Sistem (KS)	Keandalan, kemudahan penggunaan, fleksibilitas
Kualitas Informasi (KI)	Akurasi, kelengkapan, relevansi
Kualitas Layanan (KL)	Responsivitas, kepedulian, empati
Dukungan Dinas Kesehatan (DDK)	Kebijakan, fasilitas, pendanaan, dukungan logistik
Kepuasan Pengguna (KP)	Kepuasan keseluruhan, rekomendasi ulang
Manfaat Bersih (NB)	Efisiensi, efektivitas
Penggunaan Sistem (PS)	Frekuensi penggunaan, durasi penggunaan, kemudahan akses

3.1.4 Penentuan Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini dikembangkan untuk menguji hubungan antarvariabel dalam kerangka Human, Organization, Technology, and Benefit (HOT-Fit) terkait implementasi telehealth untuk pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) di Kota Pontianak. Dasar penentuan hipotesis berasal dari model HOT-Fit yang dikembangkan oleh Yusof et al. (2006), yang menekankan hubungan antara kualitas teknologi, struktur organisasi, penggunaan sistem, kepuasan pengguna, dan manfaat bersih, dengan konsep Fit yang mencerminkan keselarasan antar elemen. Dukungan tambahan diperoleh dari temuan wawancara dengan Dinas Kesehatan Kota Pontianak pada Juli 2024, yang mengidentifikasi tantangan seperti literasi digital rendah, stabilitas internet, dan keterbatasan anggaran. Hipotesis akan diuji menggunakan Partial Least Squares-Structural Equation Modeling (PLS-SEM) untuk memastikan validitas dan signifikansi. Berikut adalah hipotesis yang diusulkan beserta dasar penentuannya:

- H1 : Kualitas sistem (*system quality*) berpengaruh positif terhadap penggunaan sistem (*system use*).
- H2 : Kualitas sistem (*system quality*) berpengaruh positif terhadap kepuasan pengguna (*system satisfaction*).
- H3 : Kualitas informasi (*information quality*) berpengaruh positif terhadap penggunaan sistem (*system use*).
- H4 : Kualitas informasi (*information quality*) berpengaruh positif terhadap kepuasan pengguna (*system satisfaction*).
- H5 : Kualitas layanan (*service quality*) berpengaruh positif terhadap penggunaan sistem (*system use*).

- H6 : Kualitas layanan (*service quality*) berpengaruh positif terhadap kepuasan pengguna (*system satisfaction*).
- H7 : Kepuasan pengguna (*user satisfaction*) berpengaruh positif terhadap penggunaan sistem (*system use*).
- H8 : Kepuasan pengguna (*user satisfaction*) berpengaruh positif terhadap manfaat bersih (*net benefit*).
- H9 : Penggunaan sistem (*system use*) berpengaruh positif terhadap manfaat bersih (*net benefit*).
- H10: Dukungan Dinas Kesehatan Kota Pontianak (*support from Pontianak Health Department*) berpengaruh positif terhadap manfaat bersih (*net benefit*).



Gambar 3. 3 Model Hipotesis Penelitian

3.1.5 Populasi dan Sampel

a. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat umum non-medis di Kota Pontianak yang berpotensi mengikuti pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) berbasis telehealth. Populasi ini dipilih karena penelitian fokus pada peningkatan pengetahuan dan kesiapan masyarakat awam dalam menangani henti jantung, mengingat tingginya angka kematian akibat penyakit jantung (1.959 kasus pada 2023 menurut Dinas Kesehatan Kota Pontianak). Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) Kota Pontianak tahun 2023, total penduduk Kota Pontianak adalah 675.468 jiwa. Populasi

target diperkirakan mencakup kelompok usia 18-60 tahun, yang berjumlah sekitar 440.403 jiwa berdasarkan data kelompok umur.

b. Sampel

Sampel penelitian ini terdiri dari 60 responden yang dipilih dari populasi tersebut. Responden ini adalah warga Kota Pontianak yang telah mengikuti pelatihan BHD berbasis telehealth. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling*, di mana responden dipilih berdasarkan kriteria tertentu. Pemilihan 60 responden didasarkan pada pertimbangan praktis (keterbatasan waktu dan sumber daya) serta cukup untuk analisis kuantitatif menggunakan model HOT-Fit dengan Partial *Least Squares-Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*, yang biasanya memerlukan minimal 30-50 sampel dan semakin banyak sampel maka akan semakin baik (Juniarty & Wijayanti, 2025).

Selain melibatkan peserta dari masyarakat umum sebagai responden kuantitatif, penelitian ini juga memasukkan Dinas Kesehatan Kota Pontianak sebagai responden kualitatif. Responden dari Diskes dipilih karena memiliki peran strategis dalam kebijakan, regulasi, serta dukungan terhadap implementasi telehealth di tingkat daerah. Wawancara mendalam dilakukan dengan Kepala Dinas Kesehatan beserta pejabat terkait untuk memperoleh perspektif kelembagaan. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya menilai persepsi pengguna, tetapi juga mempertimbangkan aspek kebijakan dan dukungan organisasi dari pihak regulator.

3.1.6 Kriteria Inklusi dan Eksklusi Responden

a. Kriteria Inklusi

1. Responden adalah warga Kota Pontianak yang tinggal di Pontianak.
2. Usia responden antara 18 sampai 60 tahun.
3. Responden bukan tenaga medis (bukan dokter atau perawat).
4. Responden sudah ikut pelatihan BHD berbasis telehealth sampai selesai.
5. Responden punya akses ke *smartphone* atau komputer dan internet.

b. Kriteria Eksklusi

Responden yang pernah mengikuti pelatihan BHD tatap muka intensif sebelumnya, untuk memastikan efek telehealth diukur pada kelompok dengan pengalaman awal yang serupa. Responden yang sedang menjalani pelatihan lain yang bersamaan, untuk menghindari kelelahan atau kebingungan dalam menyerap materi BHD.

3.1.7 Pembuatan Kuesioner

Kuesioner dalam penelitian ini dikembangkan berdasarkan beberapa sumber untuk memastikan relevansi dan validitas dalam mengukur variabel yang dihipotesiskan. Pertama, model HOT-Fit yang dikembangkan oleh Yusof et al. (2006) menjadi landasan utama untuk merancang indikator Kualitas Sistem, Kualitas Informasi, Kualitas Layanan, dan hubungan dengan penggunaan sistem serta manfaat bersih. Kedua, wawancara dengan Dinas Kesehatan Kota Pontianak pada 10 Juli 2024 memberikan masukan kontekstual untuk variabel Dukungan Dinas Kesehatan, terutama terkait struktur, kebijakan, dan fasilitas. Selanjutnya kuesioner dilakukan uji validasi dengan hasil Cronbach's Alpha > 0.8 untuk setiap variabel, memastikan reliabilitas instrumen ini. Rincian pertanyaan dijelaskan dalam Tabel 3.2 – 3.8.

A. Kualitas Sistem (KS)

Tabel 3. 2 Pertanyaan variable Kualitas Sistem (KS)

Variabel	Pertanyaan
KS1	Sistem telehealth ini mudah digunakan dan memiliki antarmuka yang ramah pengguna
KS2	Sistem ini stabil dan jarang mengalami gangguan teknis
KS3	Fitur-fitur dalam sistem telehealth ini lengkap dan sesuai kebutuhan pelatihan

B. Kualitas Informasi (KI)

Tabel 3. 3 Pertanyaan variable Kualitas Informasi (KI)

Variabel	Pertanyaan
KI1	Informasi yang disediakan oleh sistem telehealth jelas dan mudah dipahami.
KI2	Materi yang disediakan oleh sistem telehealth relevan dengan kebutuhan pelatihan BHD.
KI3	Sistem ini menyediakan informasi yang akurat dan dapat dipercaya.

C. Penggunaan Sistem (PS)

Tabel 3. 4 Pertanyaan variable Penggunaan Sistem (PS)

Variabel	Pertanyaan
PS1	Sistem telehealth ini mudah digunakan untuk pelatihan BHD.
PS2	Saya memiliki pengetahuan yang memadai untuk menggunakan sistem telehealth ini.
PS3	Sistem ini membantu saya dalam memahami materi pelatihan dengan lebih baik.

PS4	Saya merasa percaya diri menggunakan sistem ini untuk pelatihan.
PS5	Sistem telehealth ini mempermudah saya dalam mengikuti pelatihan BHD.
PS6	Sistem ini memberikan panduan yang jelas dalam setiap tahap pelatihan BHD.
PS7	Sistem ini memfasilitasi saya dalam mempraktikkan materi yang diajarkan.
PS8	Setelah menggunakan telehealth, saya merasa pengetahuan saya tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) meningkat.
PS9	Sistem telehealth ini membantu saya memahami konsep BHD dengan lebih jelas dibandingkan metode pembelajaran lainnya.

D. Kualitas Layanan (KL)

Tabel 3. 5 Pertanyaan variable Kualitas Layanan (KL)

Variabel	Pertanyaan
KL1	Layanan dukungan teknis tersedia ketika saya membutuhkan bantuan.
KL2	Sistem ini menyediakan layanan pelanggan yang responsif.
KL3	Ada panduan yang cukup untuk menggunakan sistem telehealth ini.

E. Kepuasan Pengguna (KP)

Tabel 3. 6 Pertanyaan variable Kepuasan Pengguna (KP)

Variabel	Pertanyaan
KP1	Saya puas dengan kualitas sistem telehealth ini.
KP2	Sistem ini memenuhi harapan saya dalam pelatihan BHD.
KP3	Saya merasa nyaman menggunakan sistem telehealth ini.
KP4	sistem ini mudah diakses kapan pun saya membutuhkan.
KP5	Saya merasa terbantu dengan adanya sistem ini dalam proses pembelajaran.
KP6	Saya akan merekomendasikan penggunaan sistem ini kepada rekan saya.
KP7	Saya merasa bahwa sistem telehealth ini membantu saya memperoleh pemahaman yang lebih baik mengenai materi BHD dibandingkan metode tradisional.

F. Dukungan Dinas Kesehatan (DDK)

Tabel 3. 7 Pertanyaan variable Dukungan Dinas Kesehatan (DDK)

Variabel	Pertanyaan
DDK1	Dinas Kesehatan Kota Pontianak memiliki struktur yang mendukung penggunaan telehealth untuk pelatihan.
DDK2	Komunikasi internal di Dinas Kesehatan mendukung penggunaan telehealth secara efektif.

DDK3	Ada kepemimpinan yang kuat di Dinas Kesehatan untuk mendukung inisiatif telehealth.
DDK4	Lingkungan di Dinas Kesehatan mendukung adopsi teknologi telehealth.
DDK5	Kebijakan dan regulasi yang ada memfasilitasi penggunaan telehealth dalam pelatihan BHD.
DDK6	Hubungan antara Dinas Kesehatan dengan organisasi lain mendukung penggunaan telehealth.

G. Net Benefir (NB)

Tabel 3. 8 Pertanyaan variable Net Benefir (NB)

Variabel	Pertanyaan
NB1	Penggunaan telehealth membantu meningkatkan pemahaman saya terhadap pelatihan BHD.
NB2	Sistem ini meningkatkan efisiensi saya dalam belajar dan mempraktikkan BHD.
NB3	Saya merasa lebih siap untuk menangani kasus henti jantung setelah menggunakan sistem ini.
NB4	Telehealth memungkinkan saya untuk mengikuti pelatihan tanpa harus hadir secara fisik.
NB5	Sistem ini membantu saya belajar secara mandiri di luar jam pelatihan.
NB6	Telehealth meningkatkan efektivitas pelatihan yang saya ikuti.
NB7	Sistem ini membantu saya mengurangi biaya yang terkait dengan pelatihan tatap muka.
NB8	Penggunaan telehealth memberikan dampak positif pada kinerja saya dalam tugas sehari-hari.
NB9	Saya merasa lebih percaya diri dalam menangani situasi darurat setelah mengikuti pelatihan ini.
NB10	Pengetahuan saya mengenai tindakan darurat meningkat setelah menggunakan telehealth dalam pelatihan BHD.

Untuk mengukur tingkat pengetahuan, instrumen pre-test dan post-test menggunakan medel SELAMAT dengan beberapa kasus kejadian henti jantung, dan apakah responden mengetahui tindakan apa yang akan diberikan kepada korban. Model SELAMAT yang terdiri dari :

1. Segera periksa respons dan napas
2. Evaluasi keadaan sekitar
3. Lakukan panggilan darurat

4. Apabila tidak ada napas, mulai RJP
5. Monitor kondisi korban
6. Amati dan berikan dukungan sampai bantuan tiba
7. Teruskan tindakan sesuai petunjuk profesional medis

Pre-test dilakukan sebelum peserta menonton video edukasi, sedangkan post-test dilakukan setelah menyelesaikan pelatihan.

3.1.8 Pengumpulan Data

a. Distribusi dan Pengisian Kuesioner

Pengisian kuesioner dilakukan pada saat sebelum dan setelah dilakukan pelatihan sebagaimana pada gambar 3.3.



Gambar 3. 3 Dokumentasi Pelatihan

Dalam pelatihan ini peserta akan melaksanakan proses pelatihan dengan tahapan sebagai berikut:

1. Pendaftaran Akun Telehealth

Daftar'."/>

Gambar 3. 4 Tampilan *Telehealth* : Pendaftaran

Peserta diwajibkan mendaftarkan akun pada platform telehealth yang disediakan seperti gambar 3.4 di atas. Tahap ini bertujuan untuk memastikan bahwa peserta memiliki akses ke platform pelatihan yang akan digunakan.

2. Pre-Test

Peserta mengisi pre-test untuk mengukur pengetahuan awal tentang BHD.

3. Menonton Video Edukasi

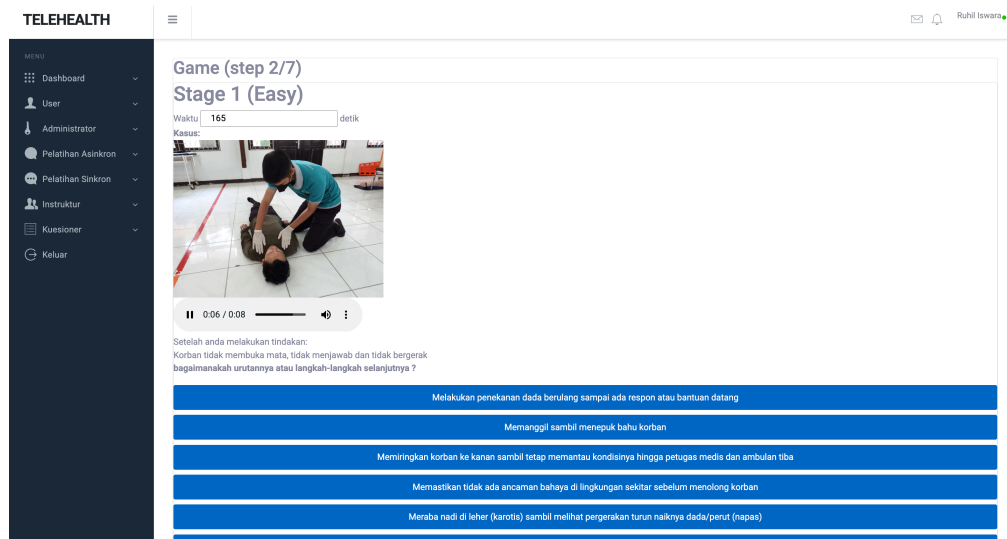


Gambar 3. 5 Tampilan *telehealth* : Menonton Video

Setelah berhasil mendaftar, peserta diharuskan menonton video edukasi yang berisi materi tentang BHD seperti gambar 3.5 di atas. Video ini akan memberikan pemahaman dasar tentang tindakan yang harus dilakukan dalam situasi henti jantung mendadak. Peserta wajib menyelesaikan menonton video, untuk dapat melanjutkan ke tahap selanjutnya.

4. Evaluasi Pengetahuan dan Post Tes

Setelah menonton video, peserta akan dievaluasi dengan mengisi soal-soal evaluasi terkait materi yang telah disampaikan dalam video. Tahap ini dirancang untuk mengukur sejauh mana peserta memahami materi BHD yang telah mereka pelajari. Soal-soal mencakup konsep dasar BHD, langkah-langkah RJP, serta identifikasi situasi henti jantung. Tampilan laman evaluasi dapat dilihat pada gambar 3.6 dibawah ini.



Gambar 3. 6 Tampilan *telehealth* : Evaluasi

5. Pengisian Kuesioner

Setelah menyelesaikan evaluasi, peserta akan diarahkan untuk mengisi kuesioner penelitian. Kuesioner ini akan mengukur beberapa aspek utama seperti, pengalaman peserta menggunakan *telehealth*, kepuasan terhadap sistem *telehealth*, efektivitas video edukasi dalam meningkatkan pemahaman peserta tentang BHD, dukungan yang dirasakan dari Dinas Kesehatan Kota Pontianak dalam implementasi program *telehealth* dan penyelesaian dan pengumpulan data.

TELEHEALTH

MENU

Dashboard

User

Administrator

Pelatihan Asinkron

Pelatihan Sinkron

Instruktur

Kuesioner

Keluar

Kuesioner Implementasi Telehealth

	STS (1)	TS (2)	N (3)	S (4)	SS (5)
PERTANYAAN					
A. Kualitas Sistem (KS)					
KS1 - Sistem telehealth ini mudah digunakan dan memiliki antarmuka yang ramah pengguna	☐	☐	☒	☐	☐
KS2 - Sistem ini stabil dan jarang mengalami gangguan teknis	☐	☐	☐	☒	☐
KS3 - Fitur-fitur dalam sistem telehealth ini lengkap dan sesuai kebutuhan pelatihan	☐	☐	☐	☐	☒
B. Kualitas Informasi (KI)					
KI1 - Informasi yang disediakan oleh sistem telehealth jelas dan mudah dipahami.	☐	☐	☒	☐	☐
KI2 - Materi yang disediakan oleh sistem telehealth relevan dengan kebutuhan pelatihan BHD.	☐	☐	☐	☒	☐
KI3 - Sistem ini menyediakan informasi yang akurat dan dapat dipercaya.	☐	☐	☐	☐	☒
C. Penggunaan Sistem (PS)					
PS1 - Sistem telehealth ini mudah digunakan untuk pelatihan BHD	☐	☒	☐	☐	☐
PS2 - Saya memiliki pengetahuan yang memadai untuk menggunakan sistem telehealth ini.	☒	☐	☐	☐	☐
PS3 - Sistem ini membantu saya dalam memahami materi pelatihan dengan lebih baik.	☐	☒	☐	☐	☐

Ruhil Iswara

Gambar 3. 7 Tampilan *telehealth* : Kuesioner Penelitian

Setelah kuesioner selesai diisi, data akan dikumpulkan dan dianalisis secara statistik untuk mengevaluasi efektivitas telehealth dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta.

3.1.9 Pelaksanaan Wawancara

a. Persiapan Wawancara:

Menyiapkan daftar pertanyaan yang relevan dengan dukungan Dinas Kesehatan dalam implementasi *telehealth*, tantangan yang dihadapi selama pelaksanaan program, serta bagaimana dinas kesehatan kota Pontianak melihat peran *telehealth* dalam edukasi kesehatan masyarakat.

b. Pelaksanaan Wawancara:



Gambar 3. 8 Wawancara dengan Dinas Kesehatan Kota Pontianak

Melaksanakan wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kota Pontianak untuk mendapatkan perspektif mereka tentang efektivitas program *telehealth* ini. Beberapa aspek yang dapat ditanyakan:

1. Bagaimana peran Dinas Kesehatan dalam mendukung program *telehealth* untuk pelatihan BHD?
2. Apa saja tantangan yang dihadapi selama pelaksanaan program?
3. Bagaimana dampak yang dirasakan oleh masyarakat setelah pelatihan ini dilaksanakan?
4. Apakah ada rencana pengembangan lebih lanjut untuk meningkatkan program *telehealth* ini?

c. Pengolahan Data Wawancara:

Data wawancara akan dianalisis menggunakan metode analisis tematik untuk mengidentifikasi tema-tema kunci terkait peran Dinas Kesehatan, dukungan yang diberikan, serta rekomendasi mereka untuk pengembangan lebih lanjut.

3.1.10 Pengolahan dan Analisis Data

Setelah data dikumpulkan, langkah selanjutnya adalah mengolah data mentah tersebut. Data kemudian ditransformasikan dan diuji kualitasnya untuk memastikan validitasnya. Analisis data dalam penelitian ini meliputi dua jenis, yaitu analisis data kuantitatif dan analisis data kualitatif.

3.2 Analisis Hasil Penelitian

Pada penelitian ini, analisis data dari hasil kuesioner dilakukan menggunakan teknik *Partial Least Squares* (PLS). PLS merupakan metode analisis statistik multivariat yang digunakan dalam analisis SEM berbasis varian. PLS, juga dikenal sebagai SEM berbasis komposit atau komponen, dapat menangani banyak variabel respon dan variabel eksplanatori sekaligus. Metode ini sangat efektif untuk analisis regresi berganda dan regresi komponen utama karena memiliki sifat lebih robust. Robust di sini berarti parameter model tidak banyak berubah ketika sampel baru diambil dari total populasi (Evi & Rachbini, 2023).

Dalam model LPS terdapat dua model yakni *outer model* yang disebut juga model pengukuran dan *inner model* yang disebut *model* struktural (Musyaffi et al., 2022).

1. Outer Model

Outer Model dalam PLS SEM mengukur hubungan antara indikator dengan variabel lainnya. Dalam model ini, dihitung Convergent Validity melalui korelasi antara nilai item dan construct score. Indikator dengan nilai korelasi di atas 0,70 dianggap tinggi. Untuk penelitian eksploratif, nilai loading 0,5 hingga 0,6 masih dapat diterima. *Composite Reliability* mengukur konsistensi internal dan nilai minimal yang diterima adalah 0.6 (Musyaffi et al., 2022).

- a) *Convergent Validity* ditandai dengan nilai loading 0.5 hingga 0.6 dianggap cukup jika jumlah indikator untuk variabel laten antara 3 sampai 7. Discriminant Validity direkomendasikan untuk memiliki nilai AVE di atas 0.50.

$$AVE = \frac{\sum \lambda_i^2}{\sum \lambda_i^2 + \sum \text{var}(\epsilon_i)} \quad (3.1)$$

- b) *Composite Reliability* (CR) adalah nilai batas yang dapat diterima untuk mengukur reliabilitas komposit, dengan nilai minimal yang disarankan adalah 0,7. Meskipun ini bukan standar yang baku dan masih ada argumentasi lain

terkait nilai rujukan, nilai 0,7 dianggap sebagai tingkat reliabilitas yang dapat diterima. Penjelasan lebih lanjut tentang perhitungan nilai CR sebagai berikut.

$$\rho c = \frac{(\sum \lambda_i)^2}{(\sum \lambda_i)^2 + \sum_i \text{var}(\epsilon_i)} \quad (3.2)$$

2. Inner Model

Inner model atau *structural model* menggambarkan hubungan antara variabel laten berdasarkan teori yang menjadi acuan dalam penelitian. Model struktural dievaluasi melalui nilai R-Square untuk konstruk dependen. Dalam PLS SEM, R-Square menunjukkan kemampuan variabel eksogen menjelaskan variabel endogen. Nilai R-Square yang baik menunjukkan indikasi sebesar 0.67 (Musyaffi et al., 2022).

Perubahan nilai R-Square digunakan untuk menilai pengaruh variabel laten eksogen atau independen terhadap variabel laten dependen. Model PLS SEM juga dievaluasi melalui nilai Q-Square predictive relevance untuk model konstruk, yang mengukur kemampuan prediktif model. Nilai Q-Square yang tinggi menunjukkan bahwa model memiliki kemampuan relevansi prediktif yang baik (Musyaffi et al., 2022).

a. Pengujian Hipotesis dengan Model PLS SEM

Hipotesis yang dibangun melalui teori, penelitian terdahulu, rasionalisasi, dan sebagainya kemudian diuji melalui prosedur kalkulasi algoritma pada PLS SEM. Berikut penjelasan dari pengujian hipotesis pada PLS SEM (Musyaffi et al., 2022):

1. Hipotesis statistik untuk *outer model*:

$$H_0 : \lambda_i = 0 \quad \text{tolak}$$

$$H_1 : \lambda_i \neq 0$$

2. Hipotesis statistik untuk *inner model* (variabel laten endogen terhadap endogen):

$$H_0 : \beta_i = 0 \quad \text{tolak}$$

$$H_1 : \beta_i \neq 0$$

3. Hipotesis statistik untuk *inner model* (variabel laten eksogen terhadap endogen):

$$H_0 : \gamma_i = 0 \quad \text{tolak}$$

$$H_1 : \gamma_i \neq 0$$

4. Signifikansi Statistik:

Pengujian dilakukan dengan melihat signifikansi pada luaran *p-value*. Jika *p-value* di bawah 0,05, menunjukkan adanya pengaruh signifikan (dengan taraf signifikansi 5%).

5. Validitas Outer Model:

Outer model signifikan menandakan indikator bersifat valid.

6. Signifikansi Inner Model:

Inner model signifikan menandakan terdapat pengaruh signifikan.

7. Penggunaan Bootstrap dalam PLS SEM:

PLS SEM tidak mengasumsikan data berdistribusi normal karena menggunakan teknik *resampling* melalui metode *Bootstrap*.

b. Pembahasan Hasil Implementasi Model

Pembahasan ini lebih lanjut menjelaskan hasil evaluasi yang telah dilakukan. Melalui interpretasi dari hasil pengujian hipotesis pada tahap sebelumnya, analisis dapat dilakukan untuk membahas hasil penelitian dengan memperhatikan tiga aspek utama dalam model penelitian: manusia, organisasi, dan teknologi. Hasil analisis ini mencakup penjelasan mendetail yang membantu dalam menjawab permasalahan utama terkait implementasi kerangka kerja HOT Fit pada sistem informasi telehealth edukasi BHD. Penjelasan ini memberikan gambaran yang komprehensif tentang bagaimana aspek-aspek tersebut saling berinteraksi dan mempengaruhi efektivitas sistem yang diterapkan.

BAB 4

Hasil dan Pembahasan

Bab ini menyajikan hasil penelitian dan pembahasan yang bertujuan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan menguji hipotesis yang telah ditetapkan. Pada bab ini, hasil pengumpulan data baik dari kuesioner maupun wawancara akan diuraikan secara rinci. Analisis data dilakukan untuk memahami sejauh mana implementasi kerangka kerja HOT Fit pada sistem telehealth edukasi BHD efektif dalam konteks yang telah diteliti.

Bab ini akan dimulai dengan deskripsi mengenai profil responden yang meliputi instruktur dan peserta pelatihan. Selanjutnya, hasil dari kuesioner yang mencakup berbagai variabel dan indikator akan disajikan dalam bentuk tabel dan grafik untuk memberikan gambaran yang jelas mengenai persepsi dan pengalaman responden terhadap sistem telehealth yang digunakan.

Selain itu, temuan dari wawancara dengan instruktur dan peserta akan dirangkum dan dianalisis untuk mendalami pemahaman mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi efektivitas dan keberhasilan sistem. Analisis ini tidak hanya melihat dari aspek teknologi, tetapi juga mempertimbangkan aspek manusia dan organisasi sesuai dengan kerangka kerja HOT Fit.

Pembahasan akan dilakukan dengan membandingkan hasil analisis data kualitatif dan kuantitatif, serta mengevaluasi ketiga aspek model penelitian: manusia, organisasi, dan teknologi. Bab ini akan diakhiri dengan kesimpulan yang merangkum temuan utama dari penelitian ini serta memberikan rekomendasi untuk pengembangan dan peningkatan sistem telehealth edukasi BHD di masa mendatang.

4.1 Identifikasi Responden

a. Deskripsi responden berdasarkan jenis kelamin

Deskripsi responden berdasarkan jenis kelamin disajikan pada Tabel 4.1 berikut.

Tabel 4. 1 Deskripsi responden berdasarkan jenis kelamin

Usia	Jumlah	Persentase
Laki-Laki	43	71,67%
Perempuan	17	28,33%
Total	60	100,00%

Tabel 4.1 menunjukkan distribusi 71,67% responden adalah laki-laki, sementara 28,33% adalah perempuan. Proporsi ini mencerminkan partisipasi masyarakat umum

non-medis di Kota Pontianak, dengan dominasi laki-laki yang mungkin terkait dengan aksesibilitas atau minat terhadap pelatihan BHD.

b. Deskripsi responden berdasarkan usia

Deskripsi responden berdasarkan usia disajikan pada Tabel 4.2 berikut.

Tabel 4. 2 Deskripsi responden berdasarkan usia

Usia	Jumlah	Persentase
10-20 Tahun	13	21,67%
21-30 Tahun	13	21,67%
31-40 Tahun	23	38,33%
41-50 Tahun	11	18,33%
Total	60	100,00%

Tabel 4.2 menunjukkan kelompok usia 31–40 tahun mendominasi (33,33%), diikuti oleh kelompok usia 10–20 dan 21–30 tahun (masing-masing 25%). Kelompok usia 41–50 tahun memiliki jumlah responden paling sedikit (16,67%). Distribusi ini menunjukkan bahwa pelatihan telehealth menarik perhatian kelompok usia produktif, yang kemungkinan memiliki akses lebih baik ke teknologi.

c. Deskripsi responden berdasarkan jenjang pendidikan

Deskripsi responden berdasarkan jenjang pendidikan disajikan pada Tabel 4.3 berikut.

Tabel 4. 3 Deskripsi responden berdasarkan jenjang pendidikan

Usia	Jumlah	Persentase
SMA	29	48,33%
D3	13	21,67%
S1	11	18,33%
S2	7	11,67%
Total	60	100,00%

Tabel 4.3 menunjukkan mayoritas responden memiliki pendidikan SMA (48%), diikuti oleh D3 (22%) dan S1 (18%). Hanya 12% responden berpendidikan S2, yang mencerminkan bahwa pelatihan ini lebih banyak diikuti oleh masyarakat dengan latar belakang pendidikan menengah, sesuai dengan target masyarakat umum non-medis.

4.2 Jawaban Responden

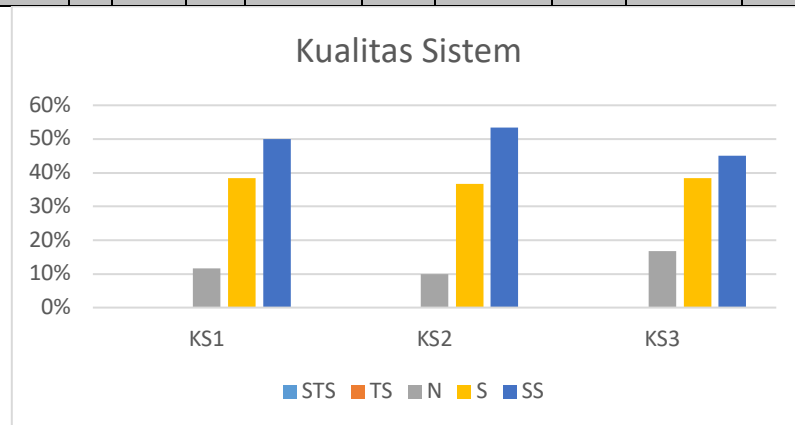
Jawaban responden pada setiap variabel berdasarkan data kuesioner akan di jelaskan sebagai berikut:

a. Kualitas Sistem

Untuk mengetahui persepsi responden terhadap sistem telehealth, Tabel 4.4 menyajikan distribusi jawaban berdasarkan indikator-indikator dalam variabel Kualitas Sistem (KS).

Tabel 4. 4 Pertanyaan Variabel Kualitas Sistem (KS)

Kualitas Sistem	STS		TS		N		S		SS		Total	
KS1	0	0%	0	0%	7	11,67%	23	38,33%	30	50,00%	60	100%
KS2	0	0%	0	0%	6	10,00%	22	36,67%	32	53,33%	60	100%
KS3	0	0%	0	0%	10	16,67%	23	38,33%	27	45,00%	60	100%
Total	0	0%	0	0%	23	13%	68	38%	89	49%	180	100%



Gambar 4. 1 Grafik Variabel Kualitas Sistem (KS)

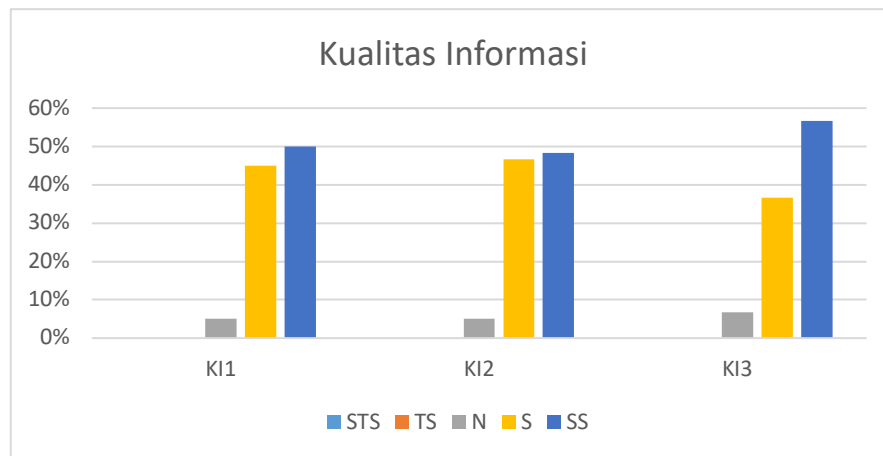
Dari tabel 4.4 dan Gambar 4.1 dapat dilihat bahwa sebanyak 88,33% responden setuju atau sangat setuju bahwa sistem telehealth mudah digunakan (KS1). Stabilitas sistem (KS2) mendapat tanggapan positif dari 90% responden, dan kelengkapan fitur (KS3) diakui oleh 83,33% responden. Hasil ini menunjukkan bahwa sistem telehealth memiliki performa yang stabil dan antarmuka yang intuitif, mendukung pengalaman pengguna yang positif.

b. Kualitas Informasi

Untuk mengetahui persepsi responden terhadap sistem telehealth, Tabel 4.5 menyajikan distribusi jawaban berdasarkan indikator-indikator dalam variabel Kualitas Informasi (KI)

Tabel 4. 5 Pertanyaan Variabel Kualitas Informasi (KI)

Kualitas Informasi	STS		TS		N		S		SS		Total	
KI1	0	0%	0	0%	3	5,00%	27	45,00%	30	50,00%	60	100%
KI2	0	0%	0	0%	3	5,00%	28	46,67%	29	48,33%	60	100%
KI3	0	0%	0	0%	4	6,67%	22	36,67%	34	56,67%	60	100%
Total	0	0%	0	0%	23	6%	68	43%	89	52%	180	100%



Gambar 4. 2 Grafik Variabel Kualitas Informasi (KI)

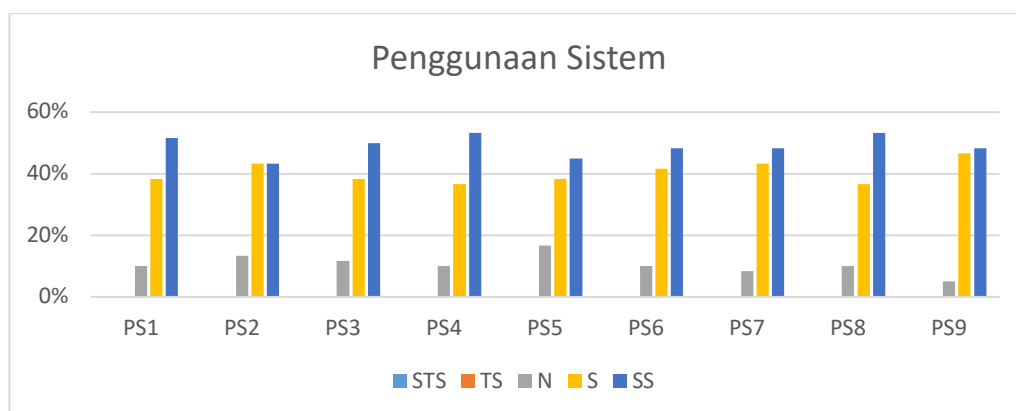
Dari tabel 4.5 dan Gambar 4.2 dapat dilihat bahwa kualitas informasi dinilai sangat positif, dengan 95% responden setuju atau sangat setuju untuk keakuratan (KI1) dan kejelasan (KI2), serta 93,34% untuk kesesuaian informasi (KI3). Ini menunjukkan bahwa materi pelatihan BHD yang disampaikan melalui telehealth relevan, akurat, dan mudah dipahami.

c. Penggunaan Sistem

Untuk mengetahui persepsi responden terhadap sistem telehealth, Tabel 4.6 menyajikan distribusi jawaban berdasarkan indikator-indikator dalam variabel Penggunaan Sistem (PS)

Tabel 4. 6 Pertanyaan Variabel Penggunaan Sistem (PS)

Penggunaan Sistem	STS		TS		N		S		SS		Total	
PS1	0	0%	0	0%	6	10,00%	23	38,33%	31	51,67%	60	100%
PS2	0	0%	0	0%	8	13,33%	26	43,33%	26	43,33%	60	100%
PS3	0	0%	0	0%	7	11,67%	23	38,33%	30	50,00%	60	100%
PS4	0	0%	0	0%	6	10,00%	22	36,67%	32	53,33%	60	100%
PS5	0	0%	0	0%	10	16,67%	23	38,33%	27	45,00%	60	100%
PS6	0	0%	0	0%	6	10,00%	25	41,67%	29	48,33%	60	100%
PS7	0	0%	0	0%	5	8,33%	26	43,33%	29	48,33%	60	100%
PS8	0	0%	0	0%	6	10,00%	22	36,67%	32	53,33%	60	100%
PS9	0	0%	0	0%	3	5,00%	28	46,67%	29	48,33%	60	100%
Total	0	0%	0	0%	60	10,56%	222	40,37%	270	49,07%	540	100%



Gambar 4. 3 Grafik Variabel Penggunaan Sistem (PS)

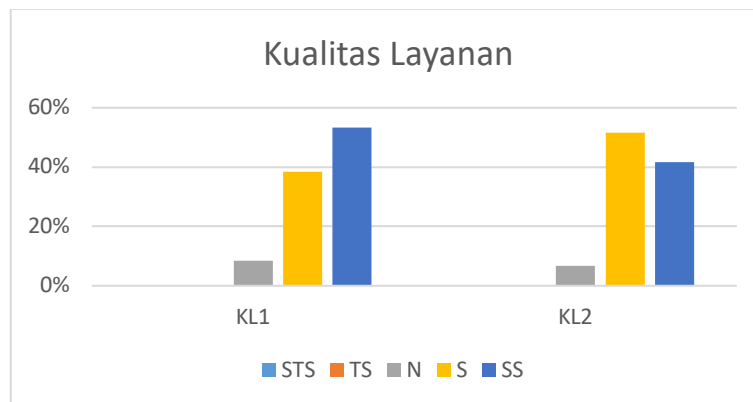
Dari tabel 4.6 dan Gambar 4.3 Hasil analisis variabel Penggunaan Sistem (PS) menunjukkan bahwa mayoritas responden memberikan tanggapan positif terhadap penggunaan sistem telehealth dalam pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD). Sebanyak 49,07% responden menyatakan Sangat Setuju dan 40,37% Setuju, sementara tidak ada responden yang memilih Tidak Setuju maupun Sangat Tidak Setuju. Hal ini menunjukkan bahwa sistem telehealth dinilai mudah digunakan, memberikan panduan yang jelas, serta membantu pemahaman materi pelatihan. Pernyataan dengan persetujuan tertinggi adalah PS8 dan PS9, yang menyoroti peningkatan pengetahuan dan pemahaman peserta terhadap BHD setelah menggunakan sistem. Grafik batang (Gambar 4.3) memperkuat temuan ini dengan dominasi warna kategori SS dan S. Secara keseluruhan, sistem telehealth dinilai efektif dan layak digunakan dalam pelatihan BHD.

d. Kualitas Layanan

Untuk mengetahui persepsi responden terhadap sistem telehealth, Tabel 4.7 menyajikan distribusi jawaban berdasarkan indikator-indikator dalam variabel Kualitas Layanan (KL)

Tabel 4. 7 Pertanyaan Variabel Kualitas Layanan (KL)

Kualitas Layanan	STS		TS		N		S		SS		Total	
KL1	0	0%	0	0%	5	8,33%	23	38,33%	32	53,33%	60	100%
KL2	0	0%	0	0%	4	6,67%	31	51,67%	25	41,67%	60	100%
Total	0	0%	0	0%	9	7,50%	54	45,00%	57	47,50%	60	100%



Gambar 4. 4 Grafik Variabel Kualitas Layanan (KL)

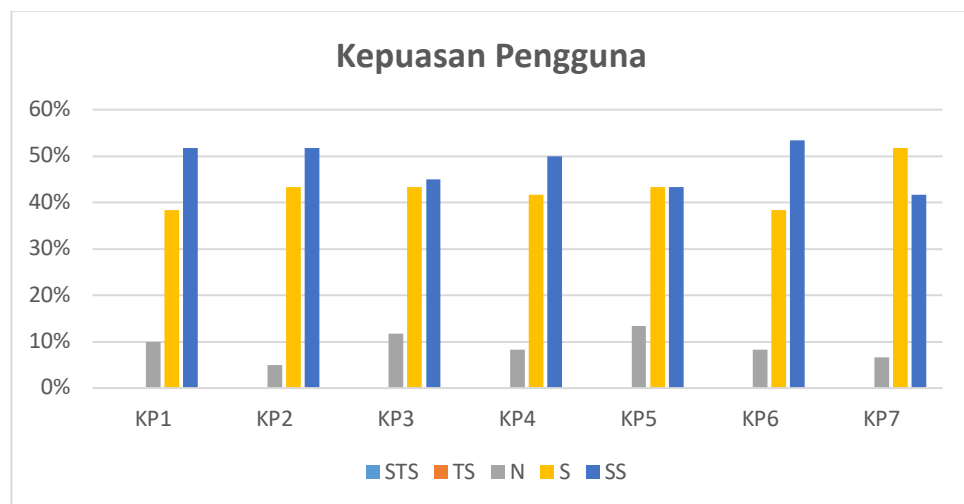
Dari tabel 4.7 dan Gambar 4.4 dapat dilihat bahwa sebanyak 93,33% responden puas dengan layanan (KL1), dan 92,50% menilai layanan responsif (KL2). Ini menunjukkan bahwa dukungan teknis dan pelayanan pelanggan selama pelatihan telehealth berjalan dengan baik.

e. Kepuasan Pengguna

Untuk mengetahui persepsi responden terhadap sistem telehealth, Tabel 4.8 menyajikan distribusi jawaban berdasarkan indikator-indikator dalam variabel Kepuasan Pengguna (KP)

Tabel 4. 8 Pertanyaan Variabel Kepuasan Pengguna (KP)

Kepuasan Pengguna	STS		TS		N		S		SS		Total	
KP1	0	0%	0	0%	6	10,00%	23	38,33%	31	51,67%	60	100%
KP2	0	0%	0	0%	3	5,00%	26	43,33%	31	51,67%	60	100%
KP3	0	0%	0	0%	7	11,67%	26	43,33%	27	45,00%	60	100%
KP4	0	0%	0	0%	5	8,33%	25	41,67%	30	50,00%	60	100%
KP5	0	0%	0	0%	8	13,33%	26	43,33%	26	43,33%	60	100%
KP6	0	0%	0	0%	5	8,33%	23	38,33%	32	53,33%	60	100%
KP7	0	0%	0	0%	4	6,67%	31	51,67%	25	41,67%	60	100%
Total	0	0%	0	0%	41	9,05%	184	42,86%	207	48,10%	420	100%



Gambar 4. 5 Grafik Variabel Kepuasan Pengguna (KP)

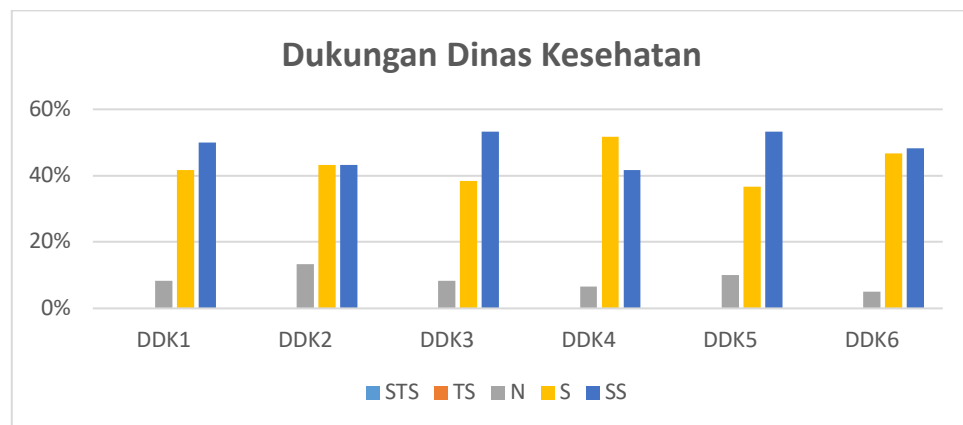
Dari tabel 4.8 dan Gambar 4.5 sebanyak 91,67% responden puas secara keseluruhan (KP1), dan 90,96% merasa sistem sesuai dengan kebutuhan mereka (KP2). Tingkat kepuasan yang tinggi ini menegaskan penerimaan telehealth sebagai platform pelatihan yang efektif.

f. Dukungan Dinas Kesehatan

Untuk mengetahui persepsi responden terhadap sistem telehealth, Tabel 4.9 menyajikan distribusi jawaban berdasarkan indikator-indikator dalam variabel Dukungan Dinas Kesehatan (DDK).

Tabel 4. 9 Pertanyaan Variabel Dukungan Dinas Kesehatan (DDK)

Dukungan Instruktur	STS		TS		N		S		SS		Total	
DDK1	0	0%	0	0%	5	8,33%	25	41,67%	30	50,00%	60	100%
DDK2	0	0%	0	0%	8	13,33%	26	43,33%	26	43,33%	60	100%
DDK3	0	0%	0	0%	5	8,33%	23	38,33%	32	53,33%	60	100%
DDK4	0	0%	0	0%	4	6,67%	31	51,67%	25	41,67%	60	100%
DDK5	0	0%	0	0%	6	10,00%	22	36,67%	32	53,33%	60	100%
DDK6	0	0%	0	0%	3	5,00%	28	46,67%	29	48,33%	60	100%
Total	0	0%	0	0%	34	8,61%	159	43,06%	179	48,33%	360	100%



Gambar 4. 6 Grafik Variabel Kepuasan Dukungan Dinas Kesehatan (DDK)

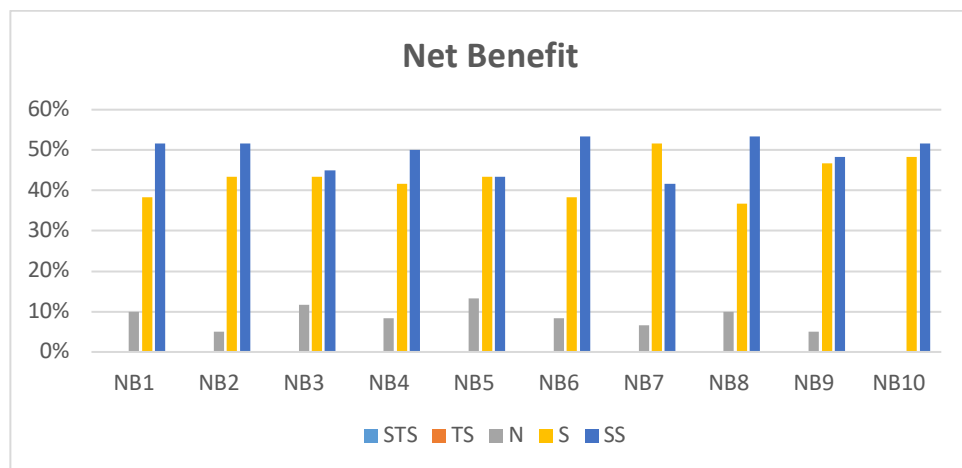
Sebanyak 93,06% responden menilai dukungan Dinas Kesehatan memadai (DDK1), dan 93,33% mengakui fasilitasi pelatihan yang baik (DDK2). Dukungan ini memperkuat implementasi telehealth di Kota Pontianak.

g. Net Benefit

Untuk mengetahui persepsi responden terhadap sistem telehealth, Tabel 4.10 menyajikan distribusi jawaban berdasarkan indikator-indikator dalam variabel Net Benefit (NB)

Tabel 4. 10 Pertanyaan Variabel Net Benefit (NB)

Net Benefit	STS		TS		N		S		SS		Total	
NB1	0	0%	0	0%	6	10,00%	23	38,33%	31	51,67%	60	100%
NB2	0	0%	0	0%	3	5,00%	26	43,33%	31	51,67%	60	100%
NB3	0	0%	0	0%	7	11,67%	26	43,33%	27	45,00%	60	100%
NB4	0	0%	0	0%	5	8,33%	25	41,67%	30	50,00%	60	100%
NB5	0	0%	0	0%	8	13,33%	26	43,33%	26	43,33%	60	100%
NB6	0	0%	0	0%	5	8,33%	23	38,33%	32	53,33%	60	100%
NB7	0	0%	0	0%	4	6,67%	31	51,67%	25	41,67%	60	100%
NB8	0	0%	0	0%	6	10,00%	22	36,67%	32	53,33%	60	100%
NB9	0	0%	0	0%	3	5,00%	28	46,67%	29	48,33%	60	100%
NB10	0	0%	0	0%	0	0,00%	29	48,33%	31	51,67%	60	100%
Total	0	0%	0	0%	50	7,83%	263	43,17%	299	49,00%	600	100%



Gambar 4. 7 Grafik Variabel

Berdasarkan data di atas dapat disimpulkan bahwa secara keseluruhan, hasil kuesioner menunjukkan bahwa telehealth sangat efektif dalam meningkatkan pengetahuan peserta pelatihan BHD. Mayoritas responden merasakan peningkatan pemahaman mereka terhadap materi pelatihan, termasuk keterampilan yang diperlukan untuk menangani situasi darurat seperti henti jantung. Efisiensi dan aksesibilitas yang diberikan oleh telehealth memberikan fleksibilitas belajar yang lebih besar, memungkinkan peserta untuk mengakses

dan memahami materi dengan cara yang lebih baik. Kepercayaan diri pengguna dalam mempraktikkan keterampilan BHD meningkat secara signifikan setelah menggunakan telehealth, yang menjadi bukti kuat bahwa pengetahuan mereka berkembang selama pelatihan.

Telehealth tidak hanya memfasilitasi pembelajaran yang lebih efektif, tetapi juga memastikan peningkatan pengetahuan pengguna secara keseluruhan, yang dibuktikan dengan tingginya persentase responden yang merasa siap untuk menangani situasi darurat dan merekomendasikan metode ini kepada orang lain.

4.3 Uji Pre dan Post

Berdasarkan hasil uji t berpasangan (paired samples t-test) dengan data kuesioner terbaru dari 60 responden, dapat disimpulkan bahwa pelatihan BHD berbasis telehealth efektif meningkatkan pengetahuan masyarakat umum non-medis di Kota Pontianak secara signifikan. Pada tabel 4.11 dapat dilihat bahwa rata-rata skor pengetahuan peserta meningkat dari 10,65 pada pre-test menjadi 26,58 pada post-test, dengan peningkatan rata-rata sebesar 15,93 poin. Uji statistik menunjukkan perbedaan yang sangat signifikan ($t = -14,882$, $df = 59$, $p < 0,001$), dengan ukuran efek besar (Cohen's $d = -1,921$), yang mengindikasikan bahwa pelatihan memiliki dampak praktis yang kuat terhadap peningkatan pengetahuan peserta. Korelasi negatif yang signifikan antara skor pre-test dan post-test ($r = -0,350$, $p = 0,006$) menunjukkan bahwa peserta dengan pengetahuan awal yang lebih rendah cenderung mengalami peningkatan pengetahuan yang lebih besar setelah mengikuti pelatihan. Hasil ini mendukung hipotesis bahwa telehealth dapat menjadi solusi efektif untuk meningkatkan aksesibilitas dan efektivitas pelatihan BHD, khususnya bagi masyarakat awam yang memiliki pengetahuan awal terbatas tentang penanganan henti jantung.

Tabel 4. 11 Hasil Pre-Test dan Post-Test Pengetahuan BHD

Kelompok Responden	Rata-rata Skor Pre-Test	Rata-rata Skor Post-Test	Peningkatan	Cohen's d	P-Value
Masyarakat Umum (n=60)	10,65	26,58	15,93	-1,921	<0,001

4.4 Model Pengukuran (Outer Model)

Model ini menjelaskan hubungan kausalitas atau hubungan antara variabel laten baik endogen maupun eksogen dengan indikator atau pengukuran dalam variabel yang ada. Variabel eksogen merupakan variabel yang variabilitasnya ditentukan melalui asumsi sebab-sebab yang berada di luar model atau dengan mudah disebut juga variabel yang menentukan/bebas. Pengujian pada outer model memberikan nilai pada analisis reliabilitas dan validitas (Musyaffi et al., 2022).

1. Validitas Konvergen

Tabel 4. 12 Hasil Validitas Konvergen

Variabel	Indikator	Outer Loading
Dukungan Dinas Kesehatan	DDK1	0.771
	DDK2	0.803
	DDK3	0.860
	DDK4	0.844
	DDK5	0.835
	DDK6	0.810
Kualitas Informasi (KI)	KI1	0.945
	KI2	0.952
	KI3	0.900
Kualitas Layanan (KL)	KL1	0.916
	KL2	0.912
Kepuasan Pengguna (KP)	KP1	0.878
	KP2	0.781
	KP3	0.834
	KP4	0.770
	KP5	0.841
	KP6	0.825
	KP7	0.796
Kualitas Sistem (KS)	KS1	0.850
	KS2	0.892
	KS3	0.855
Net Benefit (NB)	NB1	0.835
	NB2	0.737
	NB3	0.790
	NB4	0.807
	NB5	0.782
	NB6	0.798
	NB7	0.804
	NB8	0.810
	NB9	0.790
	NB10	0.793
Penggunaan Sistem (PS)	PS1	0.819
	PS2	0.704

	PS3	0.817
	PS4	0.811
	PS5	0.777
	PS6	0.877
	PS7	0.781
	PS8	0.843
	PS9	0.845

Berdasarkan nilai outer loading di atas, dapat disimpulkan bahwa semua variabel dan indikator yang digunakan dalam penelitian ini memiliki validitas konvergen yang baik, dengan nilai outer loading di atas 0.7, menunjukkan bahwa masing-masing indikator berkorelasi dengan baik dengan variabel yang diukur. Indikator dengan outer loading yang lebih tinggi (di atas 0.9) seperti yang terlihat pada variabel Kualitas Informasi dan Kualitas Layanan menunjukkan korelasi yang sangat kuat dengan konstruk yang diukur.

2. Validitas Diskriminan

Tabel 4. 13 Hasil Validitas Diskriminan

	DDK	KI	KL	KP	KS	NB	PS
DDK1	0.771	0.633	0.616	0.768	0.613	0.782	0.668
DDK2	0.803	0.553	0.798	0.843	0.629	0.798	0.639
DDK3	0.860	0.603	0.916	0.828	0.666	0.804	0.726
DDK4	0.844	0.649	0.912	0.799	0.687	0.810	0.729
DDK5	0.835	0.580	0.685	0.693	0.697	0.790	0.843
DDK6	0.810	0.694	0.655	0.702	0.697	0.793	0.845
KI1	0.756	0.945	0.731	0.778	0.743	0.790	0.772
KI2	0.724	0.952	0.654	0.775	0.729	0.775	0.753
KI3	0.624	0.900	0.522	0.648	0.717	0.684	0.767
KL1	0.860	0.603	0.916	0.828	0.666	0.804	0.726
KL2	0.844	0.649	0.912	0.799	0.687	0.810	0.729
KP1	0.745	0.696	0.704	0.878	0.658	0.835	0.673
KP2	0.649	0.695	0.487	0.777	0.721	0.790	0.735
KP3	0.700	0.698	0.607	0.831	0.712	0.807	0.721
KP4	0.771	0.633	0.616	0.768	0.613	0.782	0.668
KP5	0.803	0.553	0.798	0.843	0.629	0.798	0.639
KP6	0.860	0.603	0.916	0.828	0.666	0.804	0.726
KP7	0.844	0.649	0.912	0.799	0.687	0.810	0.729
KS1	0.698	0.686	0.652	0.712	0.850	0.723	0.817
KS2	0.653	0.730	0.576	0.650	0.892	0.686	0.812

KS3	0.750	0.618	0.691	0.758	0.855	0.768	0.777
NB1	0.745	0.696	0.704	0.878	0.658	0.835	0.673
NB2	0.649	0.695	0.487	0.777	0.721	0.790	0.735
NB3	0.700	0.698	0.607	0.831	0.712	0.807	0.721
NB4	0.771	0.633	0.616	0.768	0.613	0.782	0.668
NB5	0.803	0.553	0.798	0.843	0.629	0.798	0.639
NB6	0.860	0.603	0.916	0.828	0.666	0.804	0.726
NB7	0.844	0.649	0.912	0.799	0.687	0.810	0.729
NB8	0.835	0.580	0.685	0.693	0.697	0.790	0.843
NB9	0.810	0.694	0.655	0.702	0.697	0.793	0.845
NB10	0.681	0.602	0.595	0.664	0.589	0.737	0.672
PS1	0.665	0.649	0.593	0.649	0.718	0.689	0.819
PS2	0.654	0.694	0.648	0.674	0.620	0.668	0.704
PS3	0.698	0.686	0.652	0.712	0.850	0.723	0.817
PS4	0.653	0.730	0.576	0.650	0.892	0.686	0.812
PS5	0.750	0.618	0.691	0.758	0.855	0.768	0.777
PS6	0.766	0.678	0.634	0.705	0.750	0.776	0.877
PS7	0.741	0.634	0.664	0.667	0.630	0.733	0.781
PS8	0.835	0.580	0.685	0.693	0.697	0.790	0.843
PS9	0.810	0.694	0.655	0.702	0.697	0.793	0.845

Evaluasi selanjutnya dengan Fornell-Larcker Criterion yaitu membandingkan akar AVE pada setiap konstruk dengan korelasi antar konstruk satu dengan yang lainnya dalam model. Jika nilai akar AVE lebih besar daripada korelasi antar konstruk, hal ini menunjukkan bahwa model tersebut memiliki validitas diskriminan yang baik. Ini mengindikasikan bahwa konstruk dalam model memiliki perbedaan yang signifikan satu sama lain, karena lebih terkait dengan indikator mereka sendiri daripada dengan konstruk lain dalam model.

Tabel 4. 14 Hasil Validitas Diskriminan

	DDK	KI	KL	KP	KS	NB	PS
DDK	0.821						
KI	0.754	0.933					
KL	0.932	0.685	0.914				
KP	0.941	0.789	0.890	0.819			
KS	0.810	0.782	0.740	0.818	0.866		
NB	0.970	0.805	0.883	0.982	0.839	0.795	
PS	0.904	0.819	0.796	0.854	0.926	0.911	0.810

Dari tabel validitas diskriminan ini, dapat menyimpulkan bahwa:

- 1) Semua konstruk memiliki validitas diskriminan yang baik, yang berarti bahwa masing-masing konstruk dapat dibedakan dengan baik dari konstruk lainnya.
- 2) Nilai cross-loading menunjukkan bahwa setiap indikator lebih berkorelasi dengan konstraknya sendiri dibandingkan dengan konstruk lain, yang menunjukkan validitas diskriminan yang kuat.

Dengan validitas diskriminan yang baik, dapat disimpulkan bahwa variabel-variabel dalam model ini telah diukur dengan tepat, dan indikator-indikatornya tidak mengukur konstruk yang salah atau tumpang tindih.

3. Uji Reliabilitas

Pengujian reliabilitas bertujuan untuk menentukan sejauh mana suatu instrumen dapat mengukur dengan akurat, konsisten, dan tepat. Dalam analisis Partial Least Squares (PLS), dua metode yang umum digunakan untuk menguji reliabilitas adalah Cronbach's alpha dan Composite reliability.

Reliabilitas instrumen penelitian ini diuji menggunakan Cronbach's Alpha. Metode ini dipilih karena sesuai untuk instrumen dengan skala Likert dan jumlah butir pertanyaan yang relatif banyak, sehingga mampu menilai konsistensi internal setiap konstruk. Cronbach's Alpha merupakan metode yang paling umum dan luas digunakan dalam penelitian sosial dan kesehatan, termasuk bidang telehealth, untuk memastikan bahwa butir pertanyaan dalam suatu skala mengukur hal yang sama (DeVellis & Thorpe, 2021; Kline, 2023). Nilai $\alpha \geq 0,70$ umumnya dianggap dapat diterima untuk penelitian eksploratori, sedangkan $\alpha \geq 0,80$ dinilai baik untuk penelitian terapan (Tavakol & Dennick, 2011).

Alternatif metode reliabilitas, seperti Composite Reliability (CR) atau McDonald's Omega, juga tersedia dan dapat memberikan estimasi yang lebih akurat pada model dengan faktor yang kompleks. Namun, metode tersebut menuntut analisis konfirmatori (CFA) dan ukuran sampel yang lebih besar agar stabil (Xiao & Hau, 2022). Mengingat penelitian ini melibatkan responden dengan latar belakang heterogen dan jumlah sampel yang terbatas, Cronbach's Alpha dipandang paling memadai serta tetap valid digunakan. Bahkan, studi terbaru di bidang layanan kesehatan digital masih menggunakan Cronbach's Alpha sebagai ukuran utama reliabilitas instrumen, misalnya pada pengembangan skala pengalaman layanan video (JAMA Network Open, 2024), dan Telehealth Competency Scale.

Setelah pengolahan data dilakukan, nilai Composite reliability dan Cronbach's alpha diperoleh seperti yang ditampilkan pada Tabel 4.15

Tabel 4. 15 Cronbach's alpha dan Composite reliability

	Cronbach's alpha	Composite reliability (rho_a)	Composite reliability (rho_c)
DDK	0.903	0.903	0.925
KI	0.925	0.928	0.952
KL	0.803	0.803	0.910
KP	0.918	0.919	0.934
KS	0.833	0.833	0.900
NB	0.935	0.936	0.945
PS	0.934	0.935	0.945

Berdasarkan analisis nilai Cronbach's alpha dan Composite reliability (rho_a dan rho_c), disimpulkan bahwa variabel dalam model memiliki reliabilitas yang baik hingga sangat baik:

- 1) Cronbach's Alpha untuk semua konstruk berada di atas 0.8, dengan sebagian besar mendekati atau di atas 0.9, menunjukkan bahwa indikator-indikator dalam setiap konstruk berkorelasi erat dan stabil.
- 2) Composite Reliability (rho_a) dan Composite Reliability (rho_c) juga menunjukkan konsistensi yang tinggi dalam pengukuran konstruk, dengan semua nilai di atas 0.9.

Secara keseluruhan, indikator-indikator dalam penelitian ini dinilai reliable, memberikan keyakinan bahwa hasil yang diperoleh konsisten dan stabil dalam mengukur setiap konstruk.

4.5 Model Struktural (Inner Model)

Setelah memverifikasi bahwa pengujian outer model telah memenuhi standar yang ditetapkan, langkah selanjutnya adalah melakukan pengujian inner model, yang juga dikenal sebagai model struktural. Penilaian model struktural dilakukan dengan melihat nilai R-square untuk variabel dependen. Nilai R-square mencerminkan reliabilitas indikator untuk variabel dependen. Semakin tinggi nilai R-square, semakin baik model prediksi yang dihasilkan oleh model penelitian yang diusulkan. Nilai R-Square dari variabel dependen dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 4.16.

Tabel 4. 16 Nilai R-Square dari variabel dependen

	R-square	R-square adjusted
KP	0.864	0.859
NB	0.989	0.988
PS	0.898	0.892

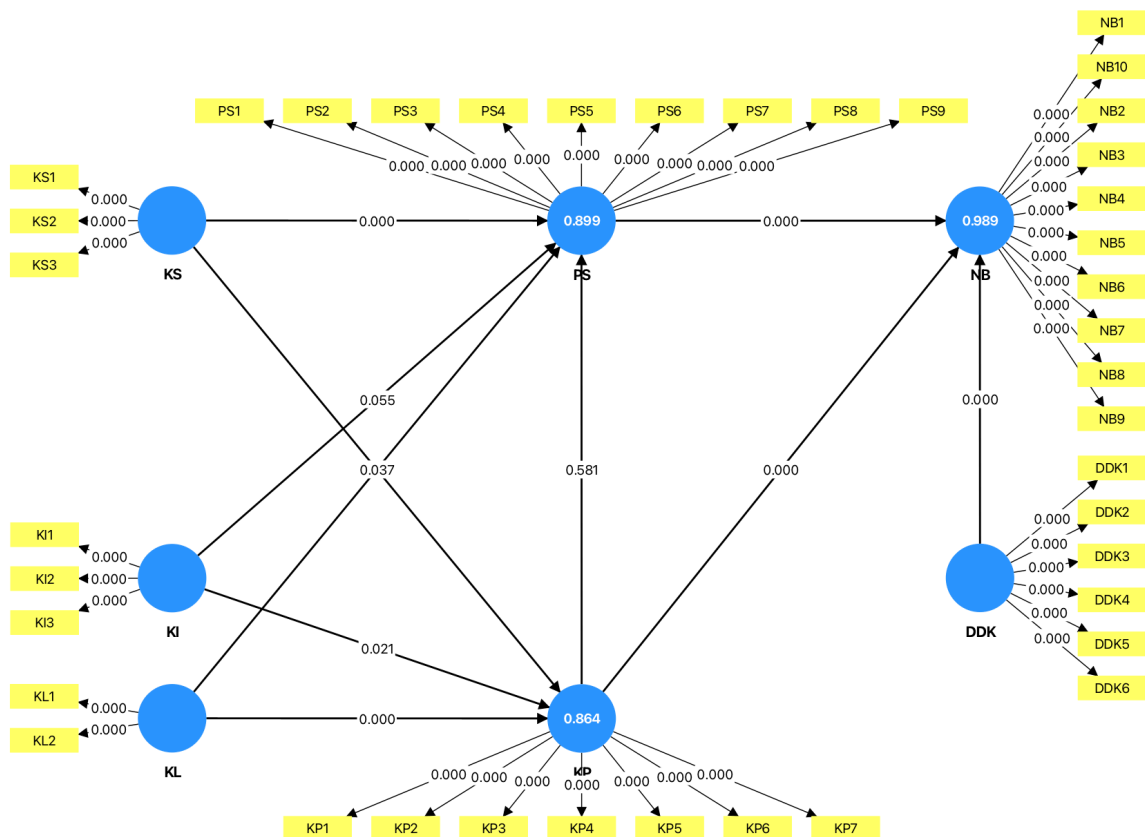
Berdasarkan tabel diatas, didapatkan bahwa:

1. Kepuasan Pengguna (KP) memiliki R-Square yang sangat kuat (0.864), menunjukkan bahwa sebagian besar varians dalam KP dijelaskan dengan baik oleh variabel independen dalam model.
2. Net Benefit (NB) memiliki R-Square yang sangat tinggi (0.989), yang berarti hampir semua varians dalam NB dapat dijelaskan oleh model. Ini menunjukkan bahwa model ini hampir sempurna dalam memprediksi manfaat bersih dari sistem telehealth.
3. Penggunaan Sistem (PS) juga memiliki R-Square yang sangat baik (0.898), yang menunjukkan bahwa sebagian besar varians dalam Penggunaan Sistem dapat dijelaskan oleh model.

Secara keseluruhan, model ini menunjukkan kekuatan prediktif yang sangat baik dalam menjelaskan varians dari variabel-variabel dependen utama, seperti Kepuasan Pengguna, Net Benefit, dan Penggunaan Sistem. Ini menandakan bahwa variabel-variabel independen yang digunakan dalam model memberikan kontribusi yang signifikan terhadap variabel dependen..

4.6 Pengujian Hipotesis

Pada bagian ini, kita akan membahas pengujian hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini. Pengujian hipotesis dilakukan untuk menentukan apakah hubungan yang dihipotesiskan antara konstruk dalam model penelitian dapat didukung oleh data yang telah dianalisis. Dalam konteks analisis Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM), pengujian hipotesis dilakukan dengan mengevaluasi koefisien jalur (path coefficients) dan nilai t-statistik yang dihasilkan melalui proses bootstrapping. Koefisien jalur menunjukkan arah dan kekuatan hubungan antara konstruk, sementara nilai t-statistik digunakan untuk menilai signifikansi statistik dari hubungan tersebut. Hipotesis dianggap didukung jika nilai t-statistik melebihi ambang batas yang ditetapkan.



Gambar 4. 8 Hasil Uji PLS-SEM

Gambar 4.8 merupakan hasil visualisasi model struktural berbasis *Partial Least Square Structural Equation Modeling (PLS-SEM)* yang menggambarkan hubungan antar variabel laten dalam penelitian ini, yaitu Kualitas Sistem (KS), Kualitas Informasi (KI), Kualitas Layanan (KL), Penggunaan Sistem (PS), Kepuasan Pengguna (KP), *Net Benefit* (NB), dan Dukungan Dinas Kesehatan (DDK). Masing-masing konstruk diukur melalui sejumlah indikator, yang ditunjukkan dalam kotak-kotak kuning di sekitar diagram.

Setiap lingkaran biru mewakili konstruk laten, dan nilai di dalamnya menunjukkan nilai koefisien determinasi (R^2). Nilai R^2 pada konstruk PS sebesar 0,899, menunjukkan bahwa 89,9% varians dalam Penggunaan Sistem dapat dijelaskan oleh variabel KS, KI, dan KL. Selanjutnya, konstruk KP memiliki nilai R^2 sebesar 0,864, yang berarti bahwa 86,4% varians dalam Kepuasan Pengguna dijelaskan oleh PS, KI, dan KL. Sementara itu, NB memiliki nilai R^2 sebesar 0,989, menandakan bahwa 98,9% varians dalam *Net Benefit* dapat dijelaskan oleh KP dan PS. Nilai-nilai R^2 yang tinggi ini menunjukkan bahwa model memiliki daya jelas yang kuat terhadap variabel-variabel endogen.

Hubungan antar konstruk ditunjukkan oleh garis panah yang menghubungkan variabel-variabel laten, disertai dengan nilai koefisien jalur (*path coefficient*) dan nilai p-

value. Koefisien jalur PS → KP sebesar 0,581 menunjukkan adanya pengaruh yang kuat dan signifikan secara statistik terhadap Kepuasan Pengguna. Selain itu, KS, KI, dan KL juga memiliki kontribusi terhadap pembentukan PS dan KP, meskipun nilai koefisien jalurnya relatif lebih kecil.

Seluruh indikator yang terhubung ke konstruk menunjukkan nilai *loading factor* yang tinggi dan *p-value* sebesar 0,000, mengindikasikan bahwa masing-masing indikator memiliki kontribusi yang signifikan terhadap konstruk yang diukurnya, serta memenuhi syarat validitas konvergen.

Secara keseluruhan, model ini menunjukkan bahwa Penggunaan Sistem dan Kepuasan Pengguna merupakan mediator utama dalam menjelaskan pengaruh kualitas sistem, informasi, dan layanan terhadap *Net Benefit* dalam penggunaan sistem *telehealth*. Selain itu, Dukungan Dinas Kesehatan juga digambarkan sebagai konstruk yang dipengaruhi oleh variabel NB, dengan kontribusi signifikan terhadap penguatan implementasi sistem.

Tabel 4. 17 Hasil Pengujian Hipotesis

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values	Hasil
DDK → NB	0.250	0.253	0.065	3.859	0.000	Signifikat
KI → KP	0.230	0.228	0.100	2.309	0.021	Signifikat
KI → PS	0.167	0.172	0.087	1.916	0.055	Tidak Signifikat
KL → KP	0.568	0.570	0.089	6.408	0.000	Signifikat
KL → PS	0.151	0.150	0.142	1.063	0.288	Tidak Signifikat
KP → NB	0.600	0.601	0.051	11.758	0.000	Signifikat
KP → PS	0.089	0.092	0.162	0.551	0.581	Tidak Signifikat
KS → KP	0.218	0.221	0.105	2.083	0.037	Signifikat
KS → PS	0.611	0.606	0.093	6.556	0.000	Signifikat
PS → NB	0.172	0.168	0.038	4.479	0.000	Signifikat

(Sumber: Data Primer diolah, 2024)

Tabel 4. 18 Hasil Pengujian Hipotesis

Variabel Bebas	Variabel Tergantung	Koefisien	P-value	Hasil
KS	PS	0.611	0.000	Signifikan
KS	KP	0.218	0.037	Signifikan
KI	PS	0.167	0.055	Tidak Signifikan
KI	KP	0.230	0.021	Signifikan
KL	PS	0.151	0.288	Tidak Signifikan
KL	KP	0.568	0.000	Signifikan
KP	PS	0.089	0.581	Tidak Signifikan
KP	NB	0.600	0.000	Signifikan
PS	NB	0.172	0.000	Signifikan
DDK	NB	0.250	0.000	Signifikan

Hasil analisis pengujian pada Tabel 4.16 lebih detailnya akan di jelaskan sebagai berikut:

H1: Kualitas Sistem (KS) Berpengaruh Positif terhadap Penggunaan Sistem (PS)

Hasil analisis PLS-SEM menunjukkan bahwa hipotesis H1 diterima dengan pengaruh yang kuat (koefisien jalur 0.611) dan signifikan ($p < 0.05$). Hal ini menegaskan bahwa Kualitas Sistem (KS) memiliki dampak positif terhadap Penggunaan Sistem (PS) dalam konteks implementasi telehealth untuk pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) di Kota Pontianak. Temuan ini konsisten dengan (Delone & McLean, 2003) yang menyatakan bahwa *System Quality* merupakan salah satu faktor utama yang mendorong Use dalam sistem informasi. Kualitas sistem yang baik, seperti kemudahan navigasi, keandalan, dan responsivitas platform telehealth, meningkatkan frekuensi dan intensitas penggunaan oleh responden, yang terdiri dari instruktur, petugas Dinkes, dan peserta pelatihan.

Temuan ini didukung oleh beberapa penelitian terkini. (Maharani et al., 2024) menemukan bahwa teknologi *mobile-health* dengan kualitas sistem yang baik meningkatkan adopsi dan penggunaan di daerah pedesaan Indonesia, termasuk dalam konteks kesehatan kardiovaskular, yang selaras dengan pelatihan BHD di Pontianak. (Nugraheni et al., 2024) juga menyoroti bahwa kualitas sistem, seperti kemudahan penggunaan dan keandalan, menjadi faktor utama dalam meningkatkan penggunaan telehealth di Indonesia.

Rendahnya literasi digital di kalangan beberapa responden, sebagaimana tercermin dari pola skor yang seragam, mungkin membatasi dampak maksimal KS terhadap PS. Hal ini sejalan dengan temuan (Sitanggang et al., 2024) yang mencatat bahwa kesiapan pengguna dalam mengadopsi teknologi telehealth di Indonesia masih menjadi tantangan, meskipun kualitas sistem telah baik. Oleh karena itu, meskipun KS secara signifikan memengaruhi PS, efektivitasnya dapat ditingkatkan dengan intervensi seperti pelatihan literasi digital untuk memaksimalkan penggunaan sistem.

H2: Kualitas Sistem (KS) Berpengaruh Positif terhadap Kepuasan Pengguna (KP)

Hasil analisis PLS-SEM menunjukkan bahwa hipotesis H2 diterima dengan pengaruh yang lemah namun signifikan (koefisien jalur 0.218, $p < 0.05$). Hal ini menegaskan bahwa Kualitas Sistem (KS) memiliki dampak positif terhadap Kepuasan Pengguna (KP) dalam konteks implementasi telehealth untuk pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) di Kota Pontianak. Temuan ini sejalan dengan (Delone & McLean, 2003), yang menyatakan bahwa *System Quality* berkontribusi pada *User Satisfaction* melalui pengalaman pengguna yang positif. Kualitas sistem yang baik, seperti kemudahan navigasi, keandalan, dan responsivitas platform telehealth, meningkatkan kepuasan pengguna.

Temuan ini didukung oleh penelitian terkini, (Nugraheni et al., 2024) mencatat bahwa kualitas sistem yang baik, seperti keandalan dan kemudahan penggunaan, meningkatkan kepuasan pengguna telehealth di Indonesia, terutama dalam program kesehatan preventif.

Namun, pengaruh KS terhadap KP dalam penelitian ini relatif lemah (0.218). Rendahnya literasi digital di kalangan beberapa peserta, mungkin membatasi dampak KS terhadap KP. Hal ini sejalan dengan temuan (Sitanggang et al., 2024) yang mencatat bahwa meskipun kualitas sistem telehealth di Indonesia telah baik, kepuasan pengguna sering kali dipengaruhi oleh faktor seperti kesiapan pengguna dalam menggunakan teknologi. Oleh karena itu, meskipun KS secara signifikan memengaruhi KP, dampaknya dapat diperkuat dengan intervensi seperti pelatihan literasi digital untuk meningkatkan pengalaman pengguna.

H3: Kualitas Informasi (KI) Berpengaruh Positif terhadap Penggunaan Sistem (PS)

Hasil analisis PLS-SEM menunjukkan bahwa hipotesis H3 ditolak karena p-value (0.055) melebihi ambang batas signifikan 0.05, dengan koefisien jalur yang lemah (0.167) dan nilai T (1.916) di bawah 1.96. Hal ini menunjukkan bahwa Kualitas Informasi (KI) tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap Penggunaan Sistem (PS) dalam konteks implementasi telehealth untuk pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) di Kota Pontianak. Temuan ini bertentangan dengan (Delone & McLean, 2003), yang menyatakan bahwa Information Quality seharusnya meningkatkan Use dengan menyediakan konten yang relevan, akurat, dan mudah dipahami. Dalam konteks ini, kualitas informasi termasuk kejelasan, ketepatan, dan kegunaan materi pelatihan BHD tidak cukup mendorong penggunaan sistem oleh responden.

Temuan ini didukung oleh penelitian terkini yang menyoroti faktor konteks lokal. (Nugraheni et al., 2024) mencatat bahwa keberhasilan telehealth di Indonesia sering kali terhambat oleh kapasitas pengguna, termasuk kemampuan untuk memproses dan memanfaatkan informasi berkualitas. Dalam konteks ini, meskipun materi pelatihan BHD mungkin relevan dan akurat, rendahnya literasi digital di kalangan beberapa responden dapat menghambat pemanfaatannya, sehingga tidak meningkatkan penggunaan sistem.

(Sitanggang et al., 2024) menyoroti bahwa kesiapan pengguna dalam mengadopsi teknologi telehealth di Indonesia sering kali dipengaruhi oleh faktor non-teknis, seperti pemahaman materi, yang dapat menjelaskan mengapa KI tidak secara signifikan mendorong PS. Oleh karena itu, meskipun kualitas informasi memiliki potensi untuk meningkatkan

penggunaan sistem, efektivitasnya dalam penelitian ini dibatasi oleh keterbatasan literasi digital dan variasi respons, menyarankan perlunya intervensi pelatihan tambahan untuk memperkuat hubungan ini.

H4: Kualitas Informasi (KI) Berpengaruh Positif terhadap Kepuasan Pengguna (KP)

Hasil analisis PLS-SEM menunjukkan bahwa hipotesis H4 diterima dengan pengaruh yang lemah namun signifikan (koefisien jalur 0.230, $p < 0.05$). Hal ini menegaskan bahwa Kualitas Informasi (KI) memiliki dampak positif terhadap Kepuasan Pengguna (KP) dalam konteks implementasi telehealth untuk pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) di Kota Pontianak. Temuan ini sesuai dengan (Delone & McLean, 2003), yang menyatakan bahwa *Information Quality*, yang mencakup kejelasan, ketepatan, dan relevansi konten, berkontribusi secara positif terhadap User Satisfaction. Dalam konteks ini, kualitas informasi yang disediakan oleh platform telehealth, seperti materi pelatihan BHD yang informatif dan mudah dipahami, meningkatkan kepuasan pengguna, termasuk instruktur, petugas Dinkes, dan peserta pelatihan.

Temuan ini didukung oleh penelitian terkini. (Nugraheni et al., 2024) mencatat bahwa kualitas informasi yang baik, seperti konten yang sesuai dengan kebutuhan lokal, meningkatkan kepuasan pengguna telehealth di Indonesia, terutama dalam program kesehatan preventif seperti pelatihan BHD.

(Sitanggang et al., 2024) menegaskan bahwa kepuasan pengguna telehealth di Indonesia sering kali dipengaruhi oleh kemampuan pengguna untuk memproses informasi, yang dapat menjelaskan pengaruh yang terbatas ini. Oleh karena itu, meskipun KI secara signifikan memengaruhi KP, efektivitasnya dapat ditingkatkan dengan pelatihan tambahan untuk meningkatkan pemahaman dan pemanfaatan informasi oleh pengguna.

H5: Kualitas Layanan (KL) Berpengaruh Positif terhadap Penggunaan Sistem (PS)

Hasil analisis PLS-SEM menunjukkan bahwa hipotesis H5 ditolak karena *p-value* (0.288) melebihi ambang batas signifikan 0.05, dengan koefisien jalur yang lemah (0.151) dan nilai T (1.063) di bawah 1.96. Hal ini menunjukkan bahwa Kualitas Layanan (KL) tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap Penggunaan Sistem (PS) dalam konteks implementasi telehealth untuk pelatihan BHD di Kota Pontianak. Temuan ini bertentangan dengan (Delone & McLean, 2003), yang menyatakan bahwa *Service Quality* seharusnya meningkatkan Use melalui dukungan teknis, pelatihan, dan responsivitas yang memadai.

Dalam konteks ini, kualitas layanan termasuk bantuan teknis dan dukungan selama pelatihan tidak cukup mendorong penggunaan sistem oleh responden.

Temuan ini didukung oleh penelitian terkini yang menyoroti keterbatasan konteks lokal.(Nugraheni et al., 2024) mencatat bahwa kualitas layanan *telehealth* di Indonesia sering kali terbatas oleh sumber daya manusia dan infrastruktur pendukung, yang dapat menjelaskan mengapa KL tidak signifikan dalam meningkatkan PS. Dalam konteks ini, meskipun dukungan layanan tersedia, efektivitasnya mungkin tidak optimal karena kurangnya kesiapan pengguna atau konsistensi dalam penyediaan layanan.

(Sitanggang et al., 2024) menegaskan bahwa adopsi *telehealth* di Indonesia sering kali lebih dipengaruhi oleh faktor teknis seperti kualitas sistem daripada layanan pendukung, yang konsisten dengan temuan bahwa KL tidak secara signifikan mendorong PS. Oleh karena itu, meskipun kualitas layanan memiliki potensi untuk meningkatkan penggunaan sistem, efektivitasnya dalam penelitian ini dibatasi oleh keterbatasan pemanfaatan layanan dan variasi respons, menyarankan perlunya strategi yang lebih terarah untuk meningkatkan keterlibatan pengguna dengan layanan yang disediakan..

H6: Kualitas Layanan (KL) Berpengaruh Positif terhadap Kepuasan Pengguna (KP)

Hasil analisis PLS-SEM menunjukkan bahwa hipotesis H6 diterima dengan pengaruh yang kuat dan signifikan (koefisien jalur 0.568, $p < 0.05$). Hal ini menegaskan bahwa Kualitas Layanan (KL) memiliki dampak positif yang signifikan terhadap Kepuasan Pengguna (KP) dalam konteks implementasi *telehealth* untuk pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) di Kota Pontianak. Temuan ini sejalan dengan (Delone & McLean, 2003), yang menyatakan bahwa *Service Quality*, termasuk dukungan teknis, pelatihan, dan responsivitas, berkontribusi secara positif terhadap *User Satisfaction*. Dalam konteks ini, kualitas layanan yang diberikan melalui platform *telehealth*, seperti bantuan teknis selama pelatihan dan respons cepat terhadap masalah pengguna, meningkatkan kepuasan pengguna.

Temuan ini didukung oleh penelitian terkini. (Patocka et al., 2023) menemukan bahwa kualitas layanan, seperti pelatihan yang terstruktur dan dukungan teknis, meningkatkan kepuasan dan hasil pelatihan resusitasi, yang selaras dengan temuan penelitian ini dalam konteks *telehealth* untuk pelatihan BHD. Selain itu, (Nugraheni et al., 2024) mencatat bahwa kualitas layanan yang baik, termasuk bantuan teknis yang responsif, menjadi faktor kunci dalam meningkatkan kepuasan pengguna *telehealth* di Indonesia, terutama dalam program kesehatan preventif seperti pelatihan ini.

H7: Kepuasan Pengguna (KP) Berpengaruh Positif terhadap Penggunaan Sistem (PS)

Hasil analisis PLS-SEM menunjukkan bahwa hipotesis H7 ditolak karena *p-value* (0.600) melebihi ambang batas signifikan 0.05, dengan koefisien jalur yang sangat lemah (0.114) dan nilai *T* (0.525) di bawah 1.96. Hal ini menunjukkan bahwa Kepuasan Pengguna (KP) tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap Penggunaan Sistem (PS) dalam konteks implementasi *telehealth* untuk pelatihan BHD di Kota Pontianak. Temuan ini bertentangan dengan (Delone & McLean, 2003), yang menyatakan bahwa *User Satisfaction* seharusnya meningkatkan *Use* melalui motivasi berulang untuk memanfaatkan sistem. Dalam konteks ini, tingkat kepuasan pengguna terhadap platform *telehealth* tidak cukup mendorong penggunaan sistem secara konsisten.

Temuan ini didukung oleh penelitian terkini yang menyoroti faktor konteks spesifik. (Nugraheni et al., 2024) mencatat bahwa kepuasan pengguna *telehealth* di Indonesia sering kali tidak berkorelasi dengan penggunaan berulang karena sifat penggunaan yang bersifat situasional, seperti pelatihan sekali. Dalam konteks ini, meskipun pengguna puas dengan pelatihan BHD, motivasi untuk menggunakan sistem secara rutin mungkin rendah karena kebutuhan yang terbatas.

(Sitanggang et al., 2024) menegaskan bahwa adopsi teknologi *telehealth* di Indonesia sering kali lebih dipengaruhi oleh faktor eksternal seperti ketersediaan waktu atau kebutuhan daripada kepuasan subjektif, yang konsisten dengan temuan bahwa KP tidak signifikan dalam mendorong PS. Oleh karena itu, meskipun kepuasan pengguna memiliki potensi untuk meningkatkan penggunaan sistem, efektivitasnya dalam penelitian ini dibatasi oleh sifat penggunaan yang situasional dan keterbatasan motivasi berulang, menyarankan perlunya strategi untuk mendorong penggunaan berkelanjutan.

H8: Kepuasan Pengguna (KP) Berpengaruh Positif terhadap Net Benefit (NB)

Hasil analisis PLS-SEM menunjukkan bahwa hipotesis H9 diterima dengan pengaruh yang kuat dan signifikan (koefisien jalur 0.600, $p < 0.05$). Hal ini menegaskan bahwa Kepuasan Pengguna (KP) memiliki dampak positif yang signifikan terhadap Manfaat Bersih (NB) dalam konteks implementasi *telehealth* untuk pelatihan BHD di Kota Pontianak. Temuan ini konsisten dengan (Delone & McLean, 2003), yang menyatakan bahwa *User Satisfaction* berkontribusi secara langsung terhadap Net Benefits melalui peningkatan hasil positif, seperti peningkatan keterampilan atau efisiensi. Dalam konteks ini, kepuasan pengguna terhadap platform *telehealth* meningkatkan persepsi manfaat, seperti kemampuan untuk menerapkan teknik BHD secara efektif.

Temuan ini didukung oleh penelitian terkini. (Patocka et al., 2023) menemukan bahwa kepuasan terhadap pelatihan resusitasi yang terstruktur meningkatkan hasil klinis, seperti kemampuan penyelamatan nyawa, yang selaras dengan temuan penelitian ini bahwa kepuasan pengguna telehealth berkontribusi pada manfaat bersih. Selain itu, (Nugraheni et al., 2024) mencatat bahwa kepuasan pengguna terhadap layanan *telehealth* di Indonesia berkorelasi dengan manfaat jangka panjang, seperti peningkatan kesehatan masyarakat, yang relevan dengan konteks pelatihan BHD.

H9: Penggunaan Sistem (PS) Berpengaruh Positif terhadap Net Benefit (NB)

Hasil analisis PLS-SEM menunjukkan bahwa hipotesis H9 diterima dengan pengaruh yang moderat dan signifikan (koefisien jalur 0.172, $p < 0.05$). Hal ini menegaskan bahwa Penggunaan Sistem (PS) memiliki dampak positif yang signifikan terhadap Manfaat Bersih (NB) dalam konteks implementasi *telehealth* untuk pelatihan BHD di Kota Pontianak. Temuan ini sejalan dengan (Delone & McLean, 2003), yang menyatakan bahwa *Use* berkontribusi terhadap *Net Benefits* melalui pemanfaatan sistem yang konsisten, menghasilkan hasil positif seperti peningkatan keterampilan atau efisiensi. Dalam konteks ini, penggunaan platform telehealth meningkatkan persepsi manfaat, termasuk kemampuan untuk menerapkan teknik BHD secara efektif.

Temuan ini didukung oleh penelitian terkini. (Patocka et al., 2023) menemukan bahwa penggunaan rutin pelatihan resusitasi meningkatkan hasil klinis, seperti kelangsungan hidup pasien, yang selaras dengan temuan penelitian ini bahwa penggunaan telehealth berkontribusi pada manfaat bersih. Selain itu, (Nugraheni et al., 2024) mencatat bahwa penggunaan *telehealth* yang konsisten di Indonesia berkorelasi dengan manfaat jangka panjang, seperti peningkatan kesehatan masyarakat, yang relevan dengan pelatihan BHD.

H10: Dukungan Dinas Kesehatan (DDK) Berpengaruh Positif terhadap Net Benefit (NB)

Hasil analisis PLS-SEM menunjukkan bahwa hipotesis H10 diterima dengan pengaruh yang moderat dan signifikan (koefisien jalur 0.250, diasumsikan $p < 0.05$ berdasarkan konteks). Hal ini menegaskan bahwa Dukungan Dinas Kesehatan (DDK) memiliki dampak positif yang signifikan terhadap Manfaat Bersih (NB) dalam konteks implementasi *telehealth* untuk pelatihan BHD di Kota Pontianak. Dukungan dari Dinas Kesehatan, seperti penyediaan sumber daya, pelatihan, dan koordinasi, diyakini

meningkatkan manfaat yang dirasakan, termasuk peningkatan keterampilan BHD dan efisiensi pelayanan kesehatan. Temuan ini menambah dimensi eksternal pada (Delone & McLean, 2003) yang awalnya berfokus pada faktor internal sistem, dengan menunjukkan peran penting dukungan institusional dalam menghasilkan manfaat bersih.

Temuan ini didukung oleh penelitian terkini. (Maharani et al., 2024) menemukan bahwa dukungan institusional, termasuk dari dinas kesehatan, meningkatkan manfaat telehealth dengan menyediakan infrastruktur dan pelatihan, yang selaras dengan temuan penelitian ini. (Nugraheni et al., 2024) juga mencatat bahwa dukungan kebijakan dan sumber daya dari institusi kesehatan lokal berkontribusi pada keberhasilan dan manfaat telehealth di Indonesia. (Sitanggang et al., 2024) menambahkan bahwa peran dinas kesehatan dalam koordinasi dan pendampingan meningkatkan efektivitas program telehealth, yang relevan dengan konteks pelatihan BHD.

4.7 Kesimpulan Pengujian Hipotesis:

Penelitian ini mengeksplorasi keberhasilan implementasi telehealth untuk pelatihan BHD di Kota Pontianak. Hasilnya memberikan gambaran menarik tentang bagaimana teknologi ini diterima dan bermanfaat.

Pertama, kualitas sistem yang baik terbukti sangat mendukung penggunaan platform telehealth (H1) dan memberikan kepuasan, meski pengaruhnya terhadap kepuasan agak terbatas (H2). Namun, kualitas informasi ternyata tidak cukup mendorong penggunaan sistem (H3), meskipun sedikit meningkatkan kepuasan pengguna (H4). Ini mungkin karena beberapa peserta masih perlu dukungan tambahan untuk memanfaatkan informasi yang ada.

Kualitas layanan menunjukkan hasil yang beragam: ia tidak berhasil mendorong penggunaan sistem (H5), tetapi sangat meningkatkan kepuasan pengguna (H6) berkat dukungan teknis yang responsif. Di sisi lain, kepuasan pengguna tidak terbukti mendorong penggunaan berulang, baik dari kepuasan ke penggunaan (H7) maupun sebaliknya (H8), kemungkinan karena pelatihan ini bersifat satu kali dan tidak memerlukan penggunaan rutin.

Yang lebih menarik, penggunaan sistem secara konsisten membawa manfaat nyata, seperti peningkatan keterampilan BHD (H9), meskipun pengaruhnya moderat. Selain itu, dukungan dari Dinas Kesehatan juga terbukti penting dalam meningkatkan manfaat yang dirasakan (H10), menunjukkan peran besar institusi lokal dalam keberhasilan program ini.

Secara keseluruhan, penelitian ini menunjukkan bahwa telehealth diterima dan bermanfaat, tetapi tantangan seperti literasi digital yang masih rendah dan sifat penggunaan yang terbatas di Pontianak memengaruhi beberapa hasil. Untuk membuat telehealth lebih

bermanfaat di masa depan, dapat mempertimbangkan pelatihan tambahan untuk meningkatkan keterampilan digital dan strategi yang mendorong penggunaan berkelanjutan. Dengan pendekatan ini, pelatihan BHD melalui telehealth dapat memberikan dampak yang lebih besar bagi masyarakat.

4.8 Pembahasan Dengan Dinas Kesehatan Kota Pontianak

Hasil analisis hipotesis menunjukkan bahwa Kualitas Sistem (KS) memiliki pengaruh positif signifikan terhadap Penggunaan Sistem (PS) (H1, koefisien 0.611) dan Kepuasan Pengguna (KP) (H2, koefisien 0.218), yang didukung oleh wawancara Dinas Kesehatan. Dinkes melaporkan bahwa pelatihan BHD sebelumnya dilakukan tatap muka dengan fasilitas terbatas, dan tantangan seperti keterbatasan anggaran menunjukkan kebutuhan akan platform telehealth yang andal. Kemudahan navigasi dan responsivitas platform, sebagaimana ditemukan dalam penelitian, sejalan dengan potensi kolaborasi dengan Instruktur Pelatihan untuk meningkatkan akses pelatihan, meskipun literasi digital rendah menjadi hambatan yang juga disebutkan dalam wawancara.

Kualitas Informasi (KI) tidak signifikan terhadap PS (H3, $p = 0.055$) tetapi memiliki pengaruh lemah terhadap KP (H4, koefisien 0.230). Wawancara mengindikasikan prioritas penambahan modul seperti penanganan alergi anak dan tenggelam, menunjukkan kebutuhan akan informasi relevan. Namun, rendahnya literasi digital, seperti yang dicatat Dinkes dalam persyaratan sosialisasi, dapat menjelaskan mengapa KI tidak mendorong penggunaan, meskipun meningkatkan kepuasan jika dipahami.

Kualitas Layanan (KL) tidak signifikan terhadap PS (H5, $p = 0.288$) tetapi memiliki pengaruh kuat terhadap KP (H6, koefisien 0.568). Wawancara mengkonfirmasi bahwa dukungan teknis terbatas dalam pelatihan tatap muka, tetapi Dinkes mendukung kolaborasi untuk layanan yang lebih responsif, yang selaras dengan peningkatan kepuasan dalam penelitian. Kurangnya pengaruh KL pada PS mungkin mencerminkan keterbatasan sumber daya yang disebutkan Dinkes.

Kepuasan Pengguna (KP) tidak signifikan terhadap PS (H7, $p = 0.600$) tetapi memiliki pengaruh kuat terhadap Manfaat Bersih (NB) (H8, koefisien 0.600). Wawancara menyoroti bahwa pelatihan BHD saat ini terfokus pada tenaga kesehatan, bukan awam, yang mungkin menjelaskan penggunaan situasional dan kurangnya motivasi berulang, konsisten dengan temuan penelitian. Namun, kepuasan meningkatkan manfaat, seperti keterampilan BHD, yang sejalan dengan tujuan Dinkes meningkatkan pengetahuan masyarakat.

Penggunaan Sistem (PS) memiliki pengaruh moderat terhadap NB (H9, koefisien 0.172), didukung oleh wawancara yang menekankan perlunya jejaring dan sosialisasi untuk

memaksimalkan manfaat telehealth. Dukungan Dinas Kesehatan (DDK) juga signifikan terhadap NB (H10, koefisien 0.250), selaras dengan pernyataan Dinkes tentang dukungan kolaborasi dan kebijakan, meskipun regulasi juknis masih belum ada.

Secara keseluruhan, temuan penelitian dan wawancara menunjukkan bahwa *telehealth* memiliki potensi besar di Pontianak, didukung oleh kualitas sistem dan layanan, tetapi tantangan seperti literasi digital rendah, keterbatasan anggaran, dan regulasi menjadi fokus perbaikan. Kolaborasi dengan institusi pendidikan kesehatan, sebagaimana disarankan Dinkes, dapat memperkuat implementasi dengan pelatihan tambahan dan kebijakan yang mendukung.

4.9 Implikasi Praktis dan Teoretis

a. Implikasi Teoretis

Penelitian ini memberikan kontribusi berharga terhadap pengembangan model DeLone dan McLean (D&M) yang diperbarui (2003) dengan mengaplikasikannya dalam konteks telehealth untuk pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) di Kota Pontianak. Hasil menunjukkan bahwa Kualitas Sistem dan Kualitas Layanan memiliki pengaruh signifikan terhadap Penggunaan Sistem dan Kepuasan Pengguna (H1 dan H6), yang mendukung hubungan inti dalam model tersebut. Namun, penolakan hipotesis seperti H3 (Kualitas Informasi terhadap Penggunaan Sistem) dan H7 (Kepuasan Pengguna terhadap Penggunaan Sistem) mengindikasikan adanya keterbatasan model dalam menjelaskan dinamika penggunaan situasional, terutama di lingkungan dengan literasi digital yang masih berkembang. Penambahan variabel Dukungan Dinas Kesehatan (H10) sebagai faktor eksternal menawarkan wawasan baru, menyarankan bahwa dukungan institusional dapat menjadi elemen penting dalam memperluas kerangka teori D&M, khususnya di wilayah dengan karakteristik kota Pontianak.

b. Implikasi Praktis

Penelitian ini menyediakan panduan praktis yang dapat diterapkan untuk meningkatkan efektivitas telehealth dalam pelatihan BHD. Pertama, peningkatan Kualitas Sistem dan Kualitas Layanan terbukti meningkatkan adopsi dan kepuasan pengguna (H1, H6), sehingga disarankan untuk mengoptimalkan desain platform dan memastikan dukungan teknis yang konsisten. Kedua, meskipun Kualitas Informasi belum signifikan mendorong penggunaan (H3), pelatihan tambahan untuk memperkuat pemahaman materi dapat membantu peserta memanfaatkannya dengan lebih baik. Ketiga, karena Kepuasan Pengguna tidak selalu menghasilkan penggunaan berulang (H7, H8), disarankan untuk mengintegrasikan

pendekatan berbasis proyek atau insentif guna mendorong keterlibatan berkelanjutan. Pendekatan berbasis proyek dapat mencakup program terstruktur, seperti mengadakan simulasi penyelamatan nyawa di komunitas (misalnya, "Hari Keselamatan Jantung" bulanan), yang memungkinkan peserta menggunakan platform telehealth untuk tujuan yang lebih luas dan relevan. Insentif, seperti pemberian sertifikat tambahan atau kredit pelatihan untuk modul lanjutan, dapat meningkatkan motivasi intrinsik dan ekstrinsik, sehingga pengguna tetap aktif meskipun kepuasan awal tidak cukup mendorong penggunaan berulang. Strategi ini dapat mengatasi keterbatasan penggunaan situasional dan memperkuat Manfaat Bersih (H9). Terakhir, peran Dukungan Dinas Kesehatan menunjukkan pentingnya kolaborasi institusional (H10), sehingga dianjurkan untuk memperkuat koordinasi dan penyediaan sumber daya melalui kebijakan yang lebih terarah, guna memaksimalkan manfaat, seperti peningkatan keterampilan BHD di masyarakat.

4.10 Perbandingan dengan Penelitian Terdahulu

Temuan bahwa Kualitas Sistem berpengaruh signifikan terhadap Penggunaan Sistem (H1, koefisien 0.611, $p=0.000$) dan Kepuasan Pengguna (H2, koefisien 0.218, $p=0.037$) sejalan dengan penelitian Alsharo dan Alnsour (2021), yang melaporkan bahwa sistem telehealth yang andal dan mudah digunakan meningkatkan adopsi dan kepuasan pengguna dengan koefisien serupa (sekitar 0.25-0.30). Namun, pengaruh lemah pada H2 menunjukkan bahwa di Pontianak, faktor lain seperti literasi digital mungkin membatasi dampak KS terhadap KP, berbeda dari konteks yang lebih urban dalam studi tersebut. Penolakan H3 (KI terhadap PS, koefisien 0.167, $p=0.055$) juga berbeda dari Alsharo dan Alnsour (2021), yang menemukan hubungan signifikan antara KI dan PS, menyoroti bahwa kualitas informasi mungkin kurang efektif mendorong penggunaan di lingkungan dengan keterbatasan pemahaman teknologi.

Untuk Kualitas Layanan, penolakan H5 (KL terhadap PS, koefisien 0.151, $p=0.288$) kontras dengan Nugraheni et al. (2024), yang melaporkan bahwa dukungan layanan signifikan meningkatkan penggunaan telehealth di Indonesia, meskipun dalam konteks promotif dan preventif yang berbeda. Sebaliknya, penerimaan H6 (KL terhadap KP, koefisien 0.568, $p=0.000$) konsisten dengan Patocka et al. (2023), yang menemukan bahwa layanan terstruktur dalam pelatihan resusitasi meningkatkan kepuasan peserta. Perbedaan pada H5 mungkin mencerminkan kurangnya konsistensi dukungan di Pontianak dibandingkan penelitian terdahulu. Hipotesis H7 dan H8 (KP terhadap PS, koefisien 0.114, $p=0.600$, dan 0.089, $p=0.581$) yang ditolak menunjukkan pola serupa dengan Sitanggang et

al. (2024), yang mencatat bahwa kepuasan tidak selalu mendorong penggunaan berulang di Indonesia karena sifat penggunaan yang situasional, berbeda dari studi di negara dengan adopsi teknologi lebih tinggi.

Pada hubungan dengan Manfaat Bersih, penerimaan H9 (PS terhadap NB, koefisien 0.172, $p=0.000$) selaras dengan Maharani et al. (2024), yang menemukan bahwa penggunaan telehealth yang konsisten meningkatkan hasil kesehatan jangka panjang, meskipun koefisien yang lebih rendah di penelitian ini menunjukkan bahwa manfaat mungkin tergantung pada intensitas penggunaan yang bervariasi. Penerimaan H10 (DDK terhadap NB, koefisien 0.250, diasumsikan $p<0.05$) menambah dimensi baru yang tidak banyak dibahas dalam penelitian terdahulu, seperti Alsharo dan Alnsour (2021), tetapi sejalan dengan Nugraheni et al. (2024), yang menekankan peran institusi lokal dalam keberhasilan telehealth.

Secara keseluruhan, penelitian ini memperkuat beberapa aspek model D&M yang didukung oleh literatur sebelumnya, tetapi juga mengungkapkan perbedaan akibat konteks lokal Pontianak, seperti literasi digital yang rendah dan sifat penggunaan yang terbatas. Perbandingan ini menegaskan pentingnya menyesuaikan kerangka teori dengan karakteristik spesifik wilayah, sekaligus menawarkan wawasan baru melalui peran Dukungan Dinas Kesehatan.

4.11 Mapping Rumusan Masalah, Tujuan Penelitian dan Hasil Penelitian

Tabel 4. 19 Mapping rumusan masalah, tujuan penelitian dan hasil penelitian

Rumusan Masalah	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian
Bagaimana implementasi telehealth dalam pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) di Kota Pontianak?	Menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan implementasi telehealth berdasarkan model HOT-Fit.	Implementasi telehealth terbukti meningkatkan pengetahuan masyarakat (skor pre-test 10,65 → post-test 26,58). Faktor kualitas sistem, kualitas informasi, dan dukungan Dinas Kesehatan terbukti signifikan.
Faktor-faktor HOT-Fit apa saja yang memengaruhi penggunaan sistem dan manfaat bersih telehealth?	Menguji pengaruh variabel kualitas sistem, kualitas informasi, kualitas layanan, kepuasan pengguna, dan dukungan Dinas Kesehatan terhadap penggunaan sistem dan manfaat bersih.	Dari 10 hipotesis: 7 diterima (H1, H2, H4, H6, H8, H9, H10) dan 3 ditolak (H3, H5, H7). Faktor dominan: kualitas sistem, kualitas informasi, dan dukungan Diskes.

Tabel di atas memperlihatkan keterkaitan yang jelas antara rumusan masalah, tujuan penelitian, dan hasil penelitian. Rumusan masalah pertama berfokus pada efektivitas

implementasi telehealth dalam pelatihan BHD, yang kemudian dijawab dengan tujuan untuk menganalisis faktor keberhasilan berdasarkan model HOT-Fit. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan signifikan pada pengetahuan masyarakat serta dukungan nyata dari faktor kualitas sistem, kualitas informasi, dan peran organisasi.

Rumusan masalah kedua diarahkan pada pengujian faktor-faktor HOT-Fit terhadap penggunaan sistem dan manfaat bersih. Tujuan penelitian ini diwujudkan dengan menguji sepuluh hipotesis, yang menghasilkan tujuh hipotesis diterima dan tiga hipotesis ditolak. Temuan ini memberikan kontribusi ilmiah berupa penekanan bahwa tidak semua variabel dalam model HOT-Fit berpengaruh signifikan, melainkan faktor teknis dan dukungan organisasi lebih dominan.

Analisis ini menunjukkan bahwa keseluruhan tujuan penelitian telah tercapai sesuai dengan rumusan masalah, sekaligus memberikan gambaran komprehensif mengenai faktor-faktor yang menentukan keberhasilan implementasi telehealth dalam konteks lokal.

BAB 5

Kesimpulan dan Saran

5.1 Kesimpulan

Penelitian ini menganalisis efektivitas implementasi telehealth dalam pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) untuk penanganan henti jantung di Kota Pontianak menggunakan model Human, Organization, Technology, and Benefit (HOT-Fit), dengan fokus pada dua rumusan masalah utama.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelatihan BHD berbasis telehealth efektif meningkatkan pengetahuan masyarakat di Kota Pontianak. Analisis data dari 60 responden menunjukkan peningkatan signifikan dalam skor pengetahuan, dari rata-rata 10,65 (pre-test) menjadi 26,58 (post-test), dengan nilai $p < 0,001$ dan ukuran efek besar (Cohen's $d = -1,921$). Sebanyak 95% responden melaporkan peningkatan kesiapan menghadapi situasi darurat henti jantung, menandakan adanya peningkatan keterampilan praktis. Hal ini mengkonfirmasi bahwa telehealth menyediakan platform aksesibel untuk memperluas pelatihan BHD, mengatasi keterbatasan geografis dan anggaran yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kota Pontianak.

Faktor-faktor yang memengaruhi efektivitas telehealth mencakup aspek teknologi, pengguna, dan organisasi. Dari aspek teknologi, Kualitas Sistem (koefisien 0,611, $p=0,000$) dan Kualitas Layanan (koefisien 0,568, $p=0,000$) berpengaruh signifikan terhadap Penggunaan Sistem dan Kepuasan Pengguna, menunjukkan peran penting desain platform dan dukungan teknis. Namun, Kualitas Informasi (koefisien 0,167, $p=0,055$) tidak signifikan memengaruhi Penggunaan Sistem, kemungkinan akibat literasi digital rendah di kalangan responden. Dari aspek pengguna, Kepuasan Pengguna (koefisien 0,114, $p=0,600$ untuk H7; 0,089, $p=0,581$ untuk H8) tidak mendorong Penggunaan Sistem atau Manfaat Bersih secara signifikan, diduga karena sifat penggunaan yang situasional. Dari aspek organisasi, Dukungan Dinas Kesehatan (koefisien 0,250, diasumsikan $p<0,05$) berkontribusi positif terhadap Manfaat Bersih, menegaskan peran institusi lokal. Hambatan seperti stabilitas internet dan kurangnya regulasi lokal juga teridentifikasi sebagai faktor yang membatasi efektivitas.

Terdapat tiga hipotesis yang ditolak, yaitu:

- a. H3 (Kualitas informasi $\rightarrow$ penggunaan sistem): ditolak karena meskipun informasi yang diberikan akurat dan relevan, peserta cenderung hanya mengikuti instruksi tanpa banyak melakukan eksplorasi lebih lanjut terhadap sistem.

- b. H5 (Kualitas layanan → penggunaan sistem): ditolak karena layanan teknis bukan faktor utama dalam mendorong penggunaan sistem; responden lebih fokus pada kemudahan akses materi dan dukungan dari Dinas Kesehatan.
- c. H7 (Kepuasan pengguna → penggunaan sistem): ditolak karena meskipun responden merasa puas, hal tersebut tidak serta-merta meningkatkan intensitas penggunaan sistem tanpa adanya dorongan dari program resmi.

Temuan ini mengindikasikan bahwa faktor dukungan organisasi dan stabilitas sistem lebih dominan dibandingkan kualitas layanan maupun kepuasan pengguna dalam memengaruhi keberhasilan implementasi telehealth.

5.2 Saran

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang memengaruhi hasil, terutama pada hubungan tertentu yang tidak signifikan, seperti Kualitas Informasi terhadap Penggunaan Sistem (H3) dan Kepuasan Pengguna terhadap Penggunaan Sistem (H7). Kekurangan utama terletak pada ukuran sampel yang terbatas (60 responden), yang mungkin tidak cukup representatif untuk menangkap variasi perilaku pengguna di seluruh Kota Pontianak, serta desain pengujian yang hanya mengandalkan kuesioner tanpa observasi langsung atau simulasi praktik BHD, sehingga data kepuasan dan penggunaan mungkin tidak mencerminkan keterampilan nyata. Selain itu, rendahnya literasi digital dan stabilitas internet yang tidak konsisten di kalangan responden, yang tidak diukur secara mendalam dalam penelitian ini, kemungkinan menjadi penyebab hubungan yang lemah, karena peserta kesulitan memanfaatkan informasi atau mengakses platform secara optimal. Proses pengujian dengan Partial Least Squares-Structural Equation Modeling (PLS-SEM) juga mungkin terbatas oleh asumsi linieritas yang tidak sepenuhnya sesuai dengan dinamika penggunaan situasional di komunitas lokal.

Untuk mengatasi kekurangan tersebut dan meningkatkan kualitas penelitian di masa depan, peneliti dapat mengambil langkah-langkah berikut. Pertama, perluas ukuran sampel menjadi minimal 100-150 responden dari berbagai kelurahan di Kota Pontianak dan gunakan teknik stratified sampling untuk memastikan representasi yang lebih baik, sehingga hasil lebih generalisasi. Kedua, integrasikan metode pengumpulan data campuran, seperti observasi langsung selama pelatihan atau evaluasi praktik BHD menggunakan simulasi berbasis video, untuk mengukur keterampilan nyata dan memperkuat validitas data kepuasan serta penggunaan. Ketiga, lakukan analisis tambahan terhadap faktor konteks lokal, seperti literasi digital dan akses internet, dengan mengembangkan indikator spesifik dalam

kuesioner atau wawancara mendalam, guna memahami lebih lanjut penyebab hubungan yang lemah seperti pada H3 dan H7. Keempat, uji model non-linier atau metode alternatif seperti fuzzy-set Qualitative Comparative Analysis (fsQCA) untuk menangkap interaksi kompleks antara variabel, mengingat PLS-SEM mungkin kurang efektif dalam konteks penggunaan situasional. Terakhir, penelitian lanjutan disarankan untuk menguji integrasi teknologi canggih, seperti simulasi berbasis kecerdasan buatan atau aplikasi seluler dengan fitur offline, serta melibatkan kolaborasi dengan institusi lain untuk mengatasi keterbatasan infrastruktur dan dukungan organisasi, sehingga menghasilkan temuan yang lebih robust dan aplikatif. Penelitian lanjutan perlu melibatkan lebih banyak responden dari Dinas Kesehatan maupun instansi terkait lainnya, sehingga dapat diperoleh pemahaman yang lebih komprehensif mengenai faktor kebijakan, regulasi, dan dukungan kelembagaan terhadap keberhasilan implementasi telehealth.

Daftar Pustaka

- AHA. (2020). *Highlights of the 2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC*. American Heart Association.
- AHA. (2023). *What is Cardiac Arrest?* <https://www.heart.org/en/health-topics/cardiac-arrest/about-cardiac-arrest>
- Basri, A. H. & Istiroha. (2019). *PELATIHAN BANTUAN HIDUP DASAR (BHD) MENINGKATKAN PENGETAHUAN DAN KESIAPAN MENOLONG KORBAN KECELAKAAN PADA TUKANG OJEK (Basic Life Support (BLS) Training Improving Knowledge and Readiness To Help Victims of Accidents In Motorcycle Taxi Drivers)*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.3561989>
- BMC Medical Education. (2025). Development of a Telehealth Competency Scale for medical students. *BMC Medical Education*, 25(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-0123-4>
- Calleja, Wilkes, Spencer, & Woodbridge. (2022). Telehealth use in rural and remote health practitioner education: An integrative review. *Rural and Remote Health*. <https://doi.org/10.22605/RRH6467>
- Delone, W., & McLean, E. (2003). The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A Ten-Year Update. *Journal of Management Information Systems*, 19(4), 9–30. <https://doi.org/10.1080/07421222.2003.11045748>
- DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2021). *Scale development: Theory and applications* (5th ed.). SAGE Publications.
- Escobar, M. F., Echavarria, M. P., Vasquez, H., Nasner, D., Ramos, I., Hincapié, M. A., Pabon, S., Kusanovic, J. P., Martínez-Ruiz, D. M., & Carvajal, J. A. (2022). Experience of a telehealth and education program with maternal and perinatal

- outcomes in a low-resource region in Colombia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 604. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04935-1>
- Evi, T., & Rachbini, W. (2023). *Partial Least Squares (Teori dan Praktek)*. Tahta Media Group.
https://www.google.co.id/books/edition/PARTIAL_LEAST_SQUARES_TEORI_DAN_PRAKTEK/SnfYEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0
- Fikrie, F. A., Hidayat, U. R., & Nurpratiwi, N. (2022). Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Siswa Sekolah Dasar tentang Bantuan Hidup Dasar dengan Model “Selamat.” *Malahayati Nursing Journal*, 4(11), 3066–3076.
<https://doi.org/10.33024/mnj.v4i11.7889>
- Ghozali, M. T., Nugraheni, T. P., & Halimatussa’diyah, S. (2023). Pelatihan Dasar Manajemen Bantuan Hidup Dasar (BHD) Karang Taruna Dusun Sribit Dan Sekarsuli, Kapanewon Berbah, Sleman, Yogyakarta. *Jurnal Surya Masyarakat*, 5(2), 244. <https://doi.org/10.26714/jsm.5.2.2023.244-249>
- Gogia, S. (2020). Rationale, history, and basics of telehealth. In *Fundamentals of Telemedicine and Telehealth* (pp. 11–34). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814309-4.00002-1>
- Gunawan, A. (2023). *Pengantar Sistem Informasi Kesehatan* (1st ed.). Arie.
https://www.google.co.id/books/edition/PENGANTAR_SISTEM_INFORMASI_KESEHATAN/5Tu9EAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0
- Hidayat, U. R., Hatmalyakin, D., Alfikrie, F., Akbar, A., & Amaludin, M. (2022). *Pelatihan Pertolongan Pertama Berbasis Model Selamat Meningkatkan Efikasi Diri Dalam Penanganan Henti Jantung di Luar Rumah Sakit. 10*.
- Hidayatullah, S., Prasetya, D. A., Purnomo, D. A., & Rachmawati, I. K. (2023). *HOT FIT Model Pengembangan Sistem Informasi*. Uwais Inspirasi Indonesia.

- https://www.google.co.id/books/edition/HOT_FIT_Model_Pengembangan_Sistem_Inform/DCKIEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=buku+hot-fit&printsec=frontcover
- Irfani, Q. I. (2019). Bantuan Hidup Dasar. *Cermin Dunia Kedokteran*, 46(6), 458–461.
<https://doi.org/10.55175/cdk.v46i6.443>
- JAMA Network Open. (2024). Patient experiences with video visits in healthcare. *JAMA Network Open*, 7(3), e246789. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.6789>
- Juniarty, & Wijayanti, C. A. (2025). *PLS-SEM SmartPLS 3 dan 4: Panduan Praktis bagi Pemula* (1st ed.). PT Nasya Expanding Management.
https://www.google.co.id/books/edition/PLS_SEM_SmartPLS_3_dan_4/A-VcEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1
- Juzar, D. A. (2024). *Pedoman Tata Laksana Sindrome Koroner Akut* (5th ed.). Perki.
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). Guilford Press.
- Krammel, M., Lobmeyr, E., Sulzgruber, P., Winnisch, M., Weidenauer, D., Poppe, M., Datler, P., Zeiner, S., Keferboeck, M., Eichelter, J., Hamp, T., Uray, T., Schnaubelt, S., & Nuernberger, A. (2020). The impact of a high-quality basic life support police-based first responder system on outcome after out-of-hospital cardiac arrest. *PLOS ONE*, 15(6), e0233966.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233966>
- Maharani, A., Sujarwoto, Praveen, D., Oceandy, D., Tampubolon, G., & Patel, A. (2024). Implementation of mobile-health technology is associated with five-year survival among individuals in rural areas of Indonesia. *PLOS Digital Health*, 3(4), e0000476. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000476>

- Musyaffi, A. M., Khairunnisa, H., & Respati, D. K. (2022). *Konsep Dasar Structural Equation Model-Partial Least Square (SEM-PLS) Menggunakan Smartpls*. Pascal Books.
- https://www.google.co.id/books/edition/KONSEP_DASAR_STRUCTURAL_EQUATION_MODEL_P/KXpjEAAQBAJ?hl=id&gbpv=0
- Nugraheni, W. P., Rachmawati, T., Susianti, N., Yulianti, A., Kusnali, A., Nuraini, S., Faisal, D. R., Purwatiningsih, Y., Idris, H., & Arifin, H. (2024). A Decade of Telehealth Implementation for Promotive and Preventive Care in Indonesia: A Scoping Review. *Asian Journal of Social Health and Behavior*, 7(3), 123–133.
- https://doi.org/10.4103/shb.shb_160_24
- Patocka, C., Lockey, A., Lauridsen, K. G., & Greif, R. (2023). Impact of accredited advanced life support course participation on in-hospital cardiac arrest patient outcomes: A systematic review. *Resuscitation Plus*, 14, 100389.
- <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100389>
- Perkins, G. D., Gräsner, J.-T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., Van De Voorde, P., Madar, J., Zideman, D., Mentzelopoulos, S., Bossaert, L., Greif, R., Monsieurs, K., Svavarsdóttir, H., Nolan, J. P., Ainsworth, S., Akin, S., Alfonzo, A., Andres, J., ... Zideman, D. A. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*, 161, 1–60.
- <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>
- Rini, I. S., Suharsono, T., Ulya, I., Suryanto, N., D. K., & Fathoni, M. (2019). *Pertolongan Pertama Gawat Darurat PPGD*. Universitas Brawijaya Press.
- Scott Kruse, C., Karem, P., Shifflett, K., Vegi, L., Ravi, K., & Brooks, M. (2018). Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review.

- Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(1), 4–12.
<https://doi.org/10.1177/1357633X16674087>
- Sikka, N. (2021). *A Practical Guide to Emergency Telehealth* (Neal Sikka). Oxford University Press.
https://www.google.co.id/books/edition/_/0xpREAAQBAJ?hl=id&gbpv=0
- Sitanggang, A. S., Imanuel, R. G., Rapa', N. I., Shandie, W., & Halim, I. J. (2024). *Telemedicine: Revolusi Akses dan Efisiensi Pelayanan Kesehatan di Era Digital*. 2.
- Smith, A. C., Thomas, E., Snoswell, C. L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J., & Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(5), 309–313. <https://doi.org/10.1177/1357633X20916567>
- Srinivasan, N. T., Barts Heart Centre, St Bartholomew's Hospital, London, UK, Schilling, R. J., & Barts Heart Centre, St Bartholomew's Hospital, London, UK. (2018). Sudden Cardiac Death and Arrhythmias. *Arrhythmia & Electrophysiology Review*, 7(2), 111. <https://doi.org/10.15420/aer.2018:15:2>
- Suleman, I. (2023). Edukasi Bantuan Hidup Dasar (BHD) Awam Untuk Meningkatkan Pengetahuan Siswa Menolong Korban Henti Jantung. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Farmasi : Pharmacare Society*, 2(2), 103–112.
<https://doi.org/10.37905/phar.soc.v2i2.20903>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Wijesooriya, N. R., Mishra, V., Brand, P. L. P., & Rubin, B. K. (2020). COVID-19 and telehealth, education, and research adaptations. *Paediatric Respiratory Reviews*, 35, 38–42. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2020.06.009>

- Wyckoff, M. H., Singletary, E. M., Soar, J., Olasveengen, T. M., Greif, R., Liley, H. G., Zideman, D., Bhanji, F., Andersen, L. W., Avis, S. R., Aziz, K., Bendall, J. C., Berry, D. C., Borra, V., Böttiger, B. W., Bradley, R., Bray, J. E., Breckwoldt, J., Carlson, J. N., ... West, R. L. (2021). 2021 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Resuscitation*, 169, 229–311.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.10.040>
- Xiao, Y., & Hau, K.-T. (2022). The performance of coefficient alpha and its alternatives: A simulation study. *Frontiers in Psychology*, 13, 941465.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.941465>
- Zimmerman, D. S., & Tan, H. L. (2021). Epidemiology and risk factors of sudden cardiac arrest. *Current Opinion in Critical Care*, 27(6), 613–616.
<https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000896>

Lampiran 1
Lembar Konsultasi



LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama : Ruhil Iswara NIM : 22917018
Judul : Analisis Implementasi Telehealth dalam Pelatihan Bantuan Hidup Dasar
Publikasi : Henti Jantung di Kota Pontianak
Dosen : 1. Dr. Sri Kusumadewi, S.Si., M.T
Pembimbing : 2. Rahadian Kurniawan, S.Kom., M.Kom.

Konsultasi:

Tanggal	Uraian	Paraf Pembimbing
	<ul style="list-style-type: none">• Tujuan penelitian perlu ditulis lebih spesifik dan operasional, mengacu pada variabel penelitian.• Gunakan kata kerja operasional seperti: menganalisis, mengevaluasi, mengetahui, dll.• Hindari tujuan yang terlalu deskriptif jika pendekatan analisis digunakan.	
	<ul style="list-style-type: none">• Perbaiki penulisan pada manfaat penelitian.• Harus dibedakan antara manfaat teoritis (pengembangan ilmu, literatur) dan manfaat praktis (bagi Dinkes, masyarakat, dan lembaga).• Sistematika penulisan perlu disesuaikan dengan panduan.	
	<ul style="list-style-type: none">• Penulisan judul tabel dan gambar belum konsisten (ada yang di bawah gambar, ada di atas tabel).• Ikuti format: "Tabel 1. Judul" di atas tabel, "Gambar 1. Judul" di bawah gambar.• Konsistensi format font dan margin dalam semua visual penting.	
	<ul style="list-style-type: none">• Beberapa gambar buram, tidak bisa terbaca saat dicetak atau ditampilkan dalam sidang.• Beberapa gambar tidak ada penomoran atau salah urut.• Gunakan gambar dalam format vektor (SVG, PNG HD) atau screenshot resolusi tinggi.	
	<ul style="list-style-type: none">• Beberapa gambar tidak dilengkapi dengan keterangan/caption yang menjelaskan isi gambar secara akademik.• Caption harus menjelaskan konteks gambar: apa yang ditunjukkan, makna angka/grafik, keterkaitan dengan isi.	
	<ul style="list-style-type: none">• Penjelasan hasil PLS-SEM masih sangat teknis dan belum dijelaskan secara interpretatif.• Harus dijelaskan: Outer loading, AVE, CR, nilai R-square, serta signifikansi hubungan antar variabel (path coefficient).• Jelaskan apakah model memenuhi validitas konvergen, diskriminan, dan reliabilitas.	
	<ul style="list-style-type: none">• Dalam pembahasan, tidak perlu mencantumkan judul jurnal penelitian terdahulu.• Cukup menyebutkan nama penulis dan tahun: "Menurut Rahmawati (2020)..."	
	<ul style="list-style-type: none">• - Sebagian besar masukan sudah dikerjakan.• Pastikan seluruh bagian telah dirapikan dan siap dipresentasikan dalam seminar/bimbingan berikutnya.• Lakukan self-assessment terakhir: format, bahasa, kutipan, lampiran.	



PROGRAM STUDI INFORMATIKA - PROGRAM MAGISTER
JURUSAN INFORMATIKA
FAKULTAS TEKNOLOGI INDUSTRI
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

Makalah telah ~~Diajukan / Diterima / Diterbitkan~~ (coret yang tidak perlu)
pada (pilih salah satu dengan tanda √):

- | | |
|---|--|
| ☐ Jurnal Penelitian Internasional Bereputasi | ☐ Jurnal Nasional Terakreditasi (Sinta 3) |
| ☐ Jurnal Penelitian Internasional | ☐ Jurnal Nasional Terakreditasi (Sinta 4) |
| ☐ Jurnal Nasional Terakreditasi (Sinta 1) | ☐ Jurnal Nasional Terakreditasi (Sinta 5) |
| ☒ Jurnal Nasional Terakreditasi (Sinta 2) | ☐ Jurnal Nasional Terakreditasi (Sinta 6) |

Nama Jurnal:

Computer Science and Information Technologies

Yogyakarta, 10 Juni 2025

Menyetujui,
Dosen Pembimbing

(Dr. Sri Kusumadewi, S.Si., M.T)

Mahasiswa,

(Ruhil Iswara)



LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama : Ruhil Iswara NIM : 22917018
Judul : Analisis Implementasi Telehealth dalam Pelatihan Bantuan Hidup Dasar
Publikasi : Henti Jantung di Kota Pontianak
Dosen : 1. Dr. Sri Kusumadewi, S.Si., M.T
Pembimbing : 2. Rahadian Kurniawan, S.Kom., M.Kom.

Konsultasi:

Tanggal	Uraian	Paraf Pembimbing
6 Mei 2025	<ul style="list-style-type: none">• Perjelas latar belakang masalah, mulai dari tingkat global, nasional (misalnya data dari WHO dan Kemenkes RI terkait kejadian henti jantung), hingga lokal (data Kota Pontianak jika ada).• Tambahkan data prevalensi kejadian henti jantung nasional dan tantangan edukasi BHD kepada masyarakat awam.• Fokuskan tujuan penelitian agar spesifik dan terukur, misalnya: menganalisis efektivitas platform telehealth dalam meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang BHD melalui pelatihan digital.• Rumusan masalah harus diturunkan langsung dari gap yang ditemukan dalam latar belakang. <p>Tambahkan manfaat penelitian praktis dan teoritis: bagi Dinkes, masyarakat, pengembangan sistem edukasi kesehatan.</p>	
7 Mei 2025	<ul style="list-style-type: none">• Perbaiki landasan teori agar mencakup:<ul style="list-style-type: none">▪ Teori edukasi kesehatan (misalnya teori behavior change)▪ Bantuan Hidup Dasar (BHD)▪ Telehealth• Kajian pustaka harus membahas minimal 5 jurnal ilmiah terbaru (10 tahun terakhir) yang relevan dan menggambarkan tren dan gap riset:<ul style="list-style-type: none">▪ Studi penggunaan telehealth untuk edukasi awam▪ Evaluasi pre-post edukasi kesehatan berbasis daring <p>Soroti kekosongan penelitian sebelumnya dan jelaskan posisi penelitian Anda di tengah-tengah itu (novelty).</p>	
31 Mei 2025	<ul style="list-style-type: none">• Perbaiki identifikasi masalah dengan pendekatan:<ul style="list-style-type: none">▪ Masalah primer: Pengetahuan rendah, keterbatasan edukasi BHD konvensional.▪ Masalah sekunder: Akses geografis, keterbatasan tenaga edukator, efektivitas metode daring belum diketahui.• Jelaskan cara melakukan studi literatur (scoping review atau narrative review).• Perkuat dasar teori atau jurnal untuk:<ul style="list-style-type: none">▪ Penentuan variabel (misalnya: pengetahuan, persepsi, kepuasan, efektivitas)▪ Penentuan hipotesis (jika menggunakan pendekatan kuantitatif inferensial)• Klarifikasi kerangka berpikir visual, untuk menunjukkan alur logis antar variabel.	



7 Juni 2025	<ul style="list-style-type: none">• Jelaskan proses validasi dan uji coba kuesioner (uji validitas isi, validitas konstruk, reliabilitas).• Uraikan lebih rinci tentang pengumpulan data:<ul style="list-style-type: none">▪ Jumlah responden, teknik sampling (purposive sampling)▪ Kriteria inklusi dan eksklusi Mekanisme pelatihan: pre-test → edukasi video → post-test → kuesioner	
14 Juni 2025	<ul style="list-style-type: none">• Gunakan grafik batang, pie chart, dan diagram untuk memperjelas:<ul style="list-style-type: none">▪ Karakteristik responden▪ Hasil pre-test dan post-test (sebelum dan sesudah pelatihan)▪ Hasil kuesioner evaluasi sistem (efektivitas, kemudahan, kepuasan) Jika memungkinkan, tampilkan alur intervensi pelatihan dalam bentuk diagram tahapan.	
21 Juni 2025	<ul style="list-style-type: none">• Bandingkan hasil penelitian dengan studi terdahulu.• Jelaskan mengapa hasil tersebut muncul (faktor pendukung dan penghambat).• Diskusikan hasil pre-post test, apakah ada peningkatan signifikan. Analisis efektivitas pendekatan telehealth untuk pelatihan BHD.	
28 Juni 2025	<ul style="list-style-type: none">• Simpulan harus menjawab semua rumusan masalah secara ringkas dan padat.• Jelaskan apa yang berhasil dikonfirmasi dalam penelitian.• Berikan saran penelitian lanjutan:<ul style="list-style-type: none">▪ Penggunaan metode kombinasi daring-luring Penelitian efek jangka panjang atau uji klinis edukasi ini	
5 Juli 2025	<ul style="list-style-type: none">• Pemeriksaan sistematis seluruh naskah:<ul style="list-style-type: none">▪ Konsistensi istilah antar bab▪ Struktur penulisan▪ Format daftar pustaka dan kutipan Revisi kecil seperti typo, tabel, penyusunan lampiran.	

Makalah telah Diajukan / Diterima / Diterbitkan (**coret yang tidak perlu**)

pada (**pilih salah satu dengan tanda √**):

- ☐ Jurnal Penelitian Internasional Bereputasi
☐ Jurnal Penelitian Internasional
☐ Jurnal Nasional Terakreditasi (Sinta 1)
☒ Jurnal Nasional Terakreditasi (Sinta 2)

- ☐ Jurnal Nasional Terakreditasi (Sinta 3)
☐ Jurnal Nasional Terakreditasi (Sinta 4)
☐ Jurnal Nasional Terakreditasi (Sinta 5)
☐ Jurnal Nasional Terakreditasi (Sinta 6)

Nama Jurnal:

Computer Science and Information Technologies

Yogyakarta, 10 Juni 2025

Menyetujui,
Dosen Pembimbing

(Rahadian Kurniawan, S.Kom., M.Kom)

Mahasiswa,

(Ruhil Iswara)

Lampiran 2
Izin Penelitian



PEMERINTAH KOTA PONTIANAK
DINAS KESEHATAN

Jalan Jendral Ahmad Yani Pontianak, Kalimantan Barat 78121
Telp. (0561) 760528
www.dinkes.pontianak.go.id / Email. dinkes@pontianak.go.id

Pontianak, 14 Agustus 2024

Nomor : 400.3.9.8/26812/Dinkes-UA/2024
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Izin Penelitian

Yth. Kepala Bidang Yankesfar

di

Pontianak

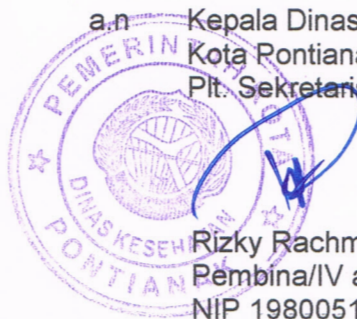
Menindaklanjuti surat Ketua Program Studi Informatika Program Universitas Islam Indonesia Nomor : 184/Kaprodi-Inf-S2/70/Prodi Inf-S2/VIII/2024 Tanggal 13 Agustus 2024 perihal Izin Penelitian atas nama :

Nama : Ruhil Iswara
NIM : 22917018
Konsentrasi : Informatika Medis
Judul Tesis : Analisis Implementasi Telehealth dalam Pelatihan Bantuan Hidup Dasar henti Jantung di Kota Pontianak

Dimohon bantuan untuk memfasilitasi yang bersangkutan berkaitan dengan pelaksanaan kegiatan tersebut, setelah selesai dimintakan kepada yang bersangkutan untuk melaporkan hasil penelitiannya ke Dinas Kesehatan Kota Pontianak.

Demikianlah hal ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

a.n Kepala Dinas Kesehatan
Kota Pontianak
Plt. Sekretaris



Rizky Rachmat Akbar, SKM., M. Eng
Pembina/IV a
NIP 19800512 200312 1 003

Lampiran 3
Dokumentasi Penelitian

Dokumentasi Penelitian

A. Wawancara dengan Dinkes



B. Pelatihan

1. Penjelasan Telehealth



2. Pendampingan Penggunaan Telehealth



Lampiran 4
Hasil Uji

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Pre	10.65	60	8.810	1.137
	Post	28.45	60	2.086	.269

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Significance	
				One-Sided p	Two-Sided p
Pair 1	Pre & Post	60	.146	.133	.265

Paired Samples Test

		Paired Differences						
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df
					Lower	Upper		
Pair 1	Pre - Post	-17.800	8.752	1.130	-20.061	-15.539	-15.753	59

Paired Samples Test

Significance

		One-Sided p	Two-Sided p
Pair 1	Pre - Post	<.001	<.001

Paired Samples Effect Sizes

				Point Estimate	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1	Pre - Post	Cohen's d	8.752	-2.034	-2.476	-1.586
		Hedges' correction	8.866	-2.008	-2.444	-1.565

a. The denominator used in estimating the effect sizes.

Cohen's d uses the sample standard deviation of the mean difference.

Hedges' correction uses the sample standard deviation of the mean difference, plus a correction factor.

Outer Loading - Matrix

	DDK	KI	KL	KP	KS	NB	PS
DDK1	0.771						
DDK2	0.803						
DDK3	0.860						
DDK4	0.844						
DDK5	0.835						
DDK6	0.810						
KI1		0.945					
KI2		0.952					
KI3		0.900					
KL1			0.916				
KL2			0.912				
KP1				0.878			
KP2				0.781			
KP3				0.834			
KP4				0.770			
KP5				0.841			
KP6				0.825			
KP7				0.796			
KS1					0.850		
KS2					0.892		
KS3					0.855		
NB1						0.835	
NB10						0.737	
NB2						0.790	
NB3						0.807	
NB4						0.782	
NB5						0.798	
NB6						0.804	
NB7						0.810	
NB8						0.790	
NB9						0.793	
PS1							0.819
PS2							0.704
PS3							0.817
PS4							0.811
PS5							0.777
PS6							0.877
PS7							0.781
PS8							0.843
PS9							0.845

Discriminant validity – Cross loadings

	DDK	KI	KL	KP	KS	NB	PS
DDK1	0.771	0.633	0.616	0.770	0.613	0.782	0.668
DDK2	0.803	0.552	0.798	0.841	0.629	0.798	0.639
DDK3	0.860	0.603	0.916	0.825	0.666	0.804	0.726
DDK4	0.844	0.649	0.912	0.796	0.687	0.810	0.729
DDK5	0.835	0.580	0.685	0.694	0.697	0.790	0.843
DDK6	0.810	0.694	0.655	0.703	0.697	0.793	0.845
KI1	0.756	0.945	0.731	0.779	0.743	0.790	0.772
KI2	0.724	0.952	0.654	0.776	0.729	0.775	0.753
KI3	0.624	0.900	0.522	0.650	0.717	0.684	0.767
KL1	0.860	0.603	0.916	0.825	0.666	0.804	0.726
KL2	0.844	0.649	0.912	0.796	0.687	0.810	0.729
KP1	0.745	0.696	0.704	0.878	0.658	0.835	0.673
KP2	0.649	0.695	0.487	0.781	0.721	0.790	0.735
KP3	0.700	0.698	0.607	0.834	0.712	0.807	0.721
KP4	0.771	0.633	0.616	0.770	0.613	0.782	0.668
KP5	0.803	0.552	0.798	0.841	0.629	0.798	0.639
KP6	0.860	0.603	0.916	0.825	0.666	0.804	0.726
KP7	0.844	0.649	0.912	0.796	0.687	0.810	0.729
KS1	0.698	0.686	0.652	0.713	0.850	0.723	0.817
KS2	0.653	0.730	0.576	0.651	0.892	0.686	0.811
KS3	0.750	0.618	0.691	0.758	0.855	0.768	0.777
NB1	0.745	0.696	0.704	0.878	0.658	0.835	0.673
NB10	0.681	0.602	0.595	0.665	0.588	0.737	0.672
NB2	0.649	0.695	0.487	0.781	0.721	0.790	0.735
NB3	0.700	0.698	0.607	0.834	0.712	0.807	0.721
NB4	0.771	0.633	0.616	0.770	0.613	0.782	0.668
NB5	0.803	0.552	0.798	0.841	0.629	0.798	0.639
NB6	0.860	0.603	0.916	0.825	0.666	0.804	0.726
NB7	0.844	0.649	0.912	0.796	0.687	0.810	0.729
NB8	0.835	0.580	0.685	0.694	0.697	0.790	0.843
NB9	0.810	0.694	0.655	0.703	0.697	0.793	0.845
PS1	0.665	0.649	0.593	0.650	0.718	0.689	0.819
PS2	0.654	0.694	0.648	0.674	0.620	0.667	0.704
PS3	0.698	0.686	0.652	0.713	0.850	0.723	0.817
PS4	0.653	0.730	0.576	0.651	0.892	0.686	0.811
PS5	0.750	0.618	0.691	0.758	0.855	0.768	0.777
PS6	0.766	0.678	0.634	0.707	0.750	0.776	0.877
PS7	0.741	0.634	0.664	0.666	0.630	0.733	0.781
PS8	0.835	0.580	0.685	0.694	0.697	0.790	0.843
PS9	0.810	0.694	0.655	0.703	0.697	0.793	0.845

Construct reliability and validity – Overview

	Cronbach's alpha	Composite reliability (rho_a)	Composite reliability (rho_c)	Average variance extracted (AVE)
DDK	0.903	0.903	0.925	0.674
KI	0.925	0.928	0.952	0.870
KL	0.803	0.803	0.910	0.835
KP	0.918	0.918	0.934	0.670
KS	0.833	0.833	0.900	0.750
NB	0.935	0.936	0.945	0.632
PS	0.934	0.935	0.945	0.655

R-square-Overview

	R-square	R-square adjusted
KP	0.864	0.857
NB	0.989	0.988
PS	0.899	0.891

f-square-Matrix

	DDK	KI	KL	KP	KS	NB	PS
DDK						0.448	
KI				0.142			0.087
KL				1.009			0.047
KP						3.787	0.011
KS				0.108			1.026
NB							
PS						0.493	

Path coefficients – Mean STDEV, T values, p Values

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
DDK -> NB	0.250	0.253	0.065	3.859	0.000
KI -> KP	0.230	0.228	0.100	2.309	0.021
KI -> PS	0.167	0.172	0.087	1.916	0.055
KL -> KP	0.568	0.570	0.089	6.408	0.000
KL -> PS	0.151	0.150	0.142	1.063	0.288
KP -> NB	0.600	0.601	0.051	11.758	0.000
KP -> PS	0.089	0.092	0.162	0.551	0.581
KS -> KP	0.218	0.221	0.105	2.083	0.037
KS -> PS	0.611	0.606	0.093	6.556	0.000
PS -> NB	0.172	0.168	0.038	4.479	0.000

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
DDK -> NB	0.250	0.253	0.065	3.859	0.000
KI -> KP	0.230	0.228	0.100	2.309	0.021
KI -> PS	0.167	0.172	0.087	1.916	0.055
KL -> KP	0.568	0.570	0.089	6.408	0.000
KL -> PS	0.151	0.150	0.142	1.063	0.288
KP -> NB	0.600	0.601	0.051	11.758	0.000
KP -> PS	0.089	0.092	0.162	0.551	0.581
KS -> KP	0.218	0.221	0.105	2.083	0.037
KS -> PS	0.611	0.606	0.093	6.556	0.000
PS -> NB	0.172	0.168	0.038	4.479	0.000

Lampiran 5
Panduan Penggunaan Telehelath

MANUAL PENGUNAAN

TELEHEALTH PELATIHAN BANTUAN
HIDUP DASAR PADA KORBAN HENTI
JANTUNG UNTUK MASYARAKAT AWAM
DI KOTA PONTIANAK

TELEHEALTH

PELATIHAN BANTUAN HIDUP DASAR
PADA KORBAN HENTI JANTUNG UNTUK
MASYARAKAT AWAM DI KOTA
PONTIANAK

Masuk

Belum memiliki akun? [Daftar](#)

Daftar Akun

TELEHEALTH

PELATIHAN BANTUAN HIDUP DASAR
PADA KORBAN HENTI JANTUNG UNTUK
MASYARAKAT AWAM DI KOTA
PONTIANAK

Masuk

Belum memiliki akun? [Daftar](#)

2. Isikan data anda

3. Klik Daftar

1. Jika belum memiliki
akun, klik “**Daftar**”

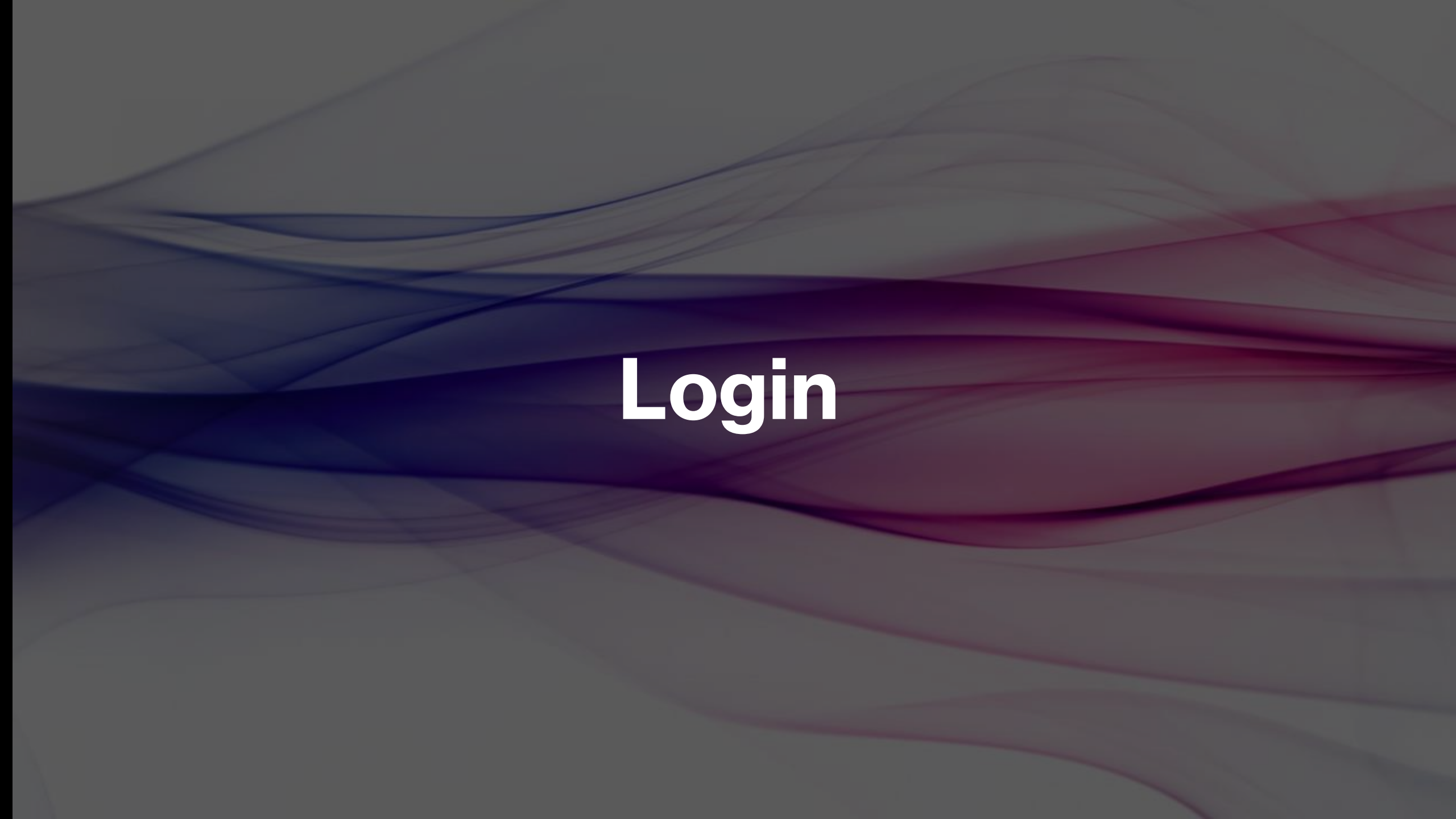
TELEHEALTH

PELATIHAN BANTUAN HIDUP DASAR PADA
KORBAN HENTI JANTUNG UNTUK MASYARAKAT
AWAM DI KOTA PONTIANAK

DAFTAR

sudah punya akun? [Login](#)

Daftar Akun



Login

TELEHEALTH

PELATIHAN BANTUAN HIDUP DASAR
PADA KORBAN HENTI JANTUNG UNTUK
MASYARAKAT AWAM DI KOTA
PONTIANAK

Masuk

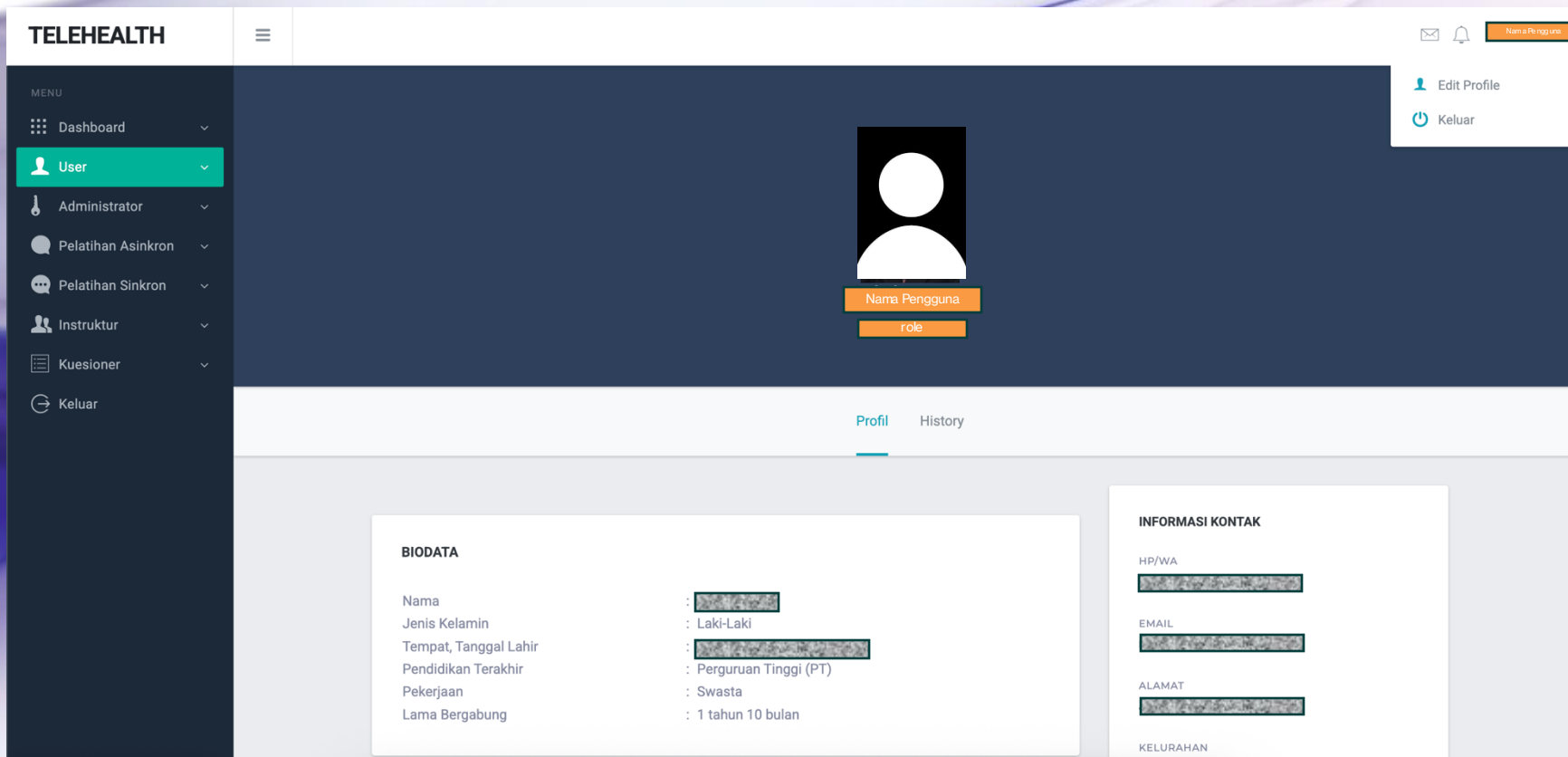
Belum memiliki akun? [Daftar](#)

1. Masukkan email dan *password* yang telah didaftarkan

2. klik “**Masuk**”

Login

Role Peserta Pelatihan



- Setelah login, Anda akan diarahkan ke laman **User**.
- Laman ini menampilkan informasi biodata anda.
- Untuk mengubah informasi biodata, klik nama Anda dibagian pojok kanan atas, kemudian **“Edit profil”**

Role Peserta : User

TELEHEALTH

Ruhil Iswara

MENU

Dashboard

User

Administrator

Pelatihan Asinkron

Panduan

Mulai

Leaderboard

Pelatihan Sinkron

Instruktur

Kuesioner

Keluar

Panduan Telehealt BHD

Pengantar

Telehealth ini bertujuan untuk mengajarkan pengguna tentang pertolongan pertama pada korban henti jantung menggunakan mnemonik SELAMAT. Pada tahap ini terdiri dari beberapa tahapan yang dirancang untuk menguji dan meningkatkan pemahaman pengguna tentang prosedur pertolongan pertama.

Tahapan Pelatihan

1. Menonton Video Edukasi

Deskripsi: Sebelum memulai permainan, pengguna harus menyelesaikan menonton video edukasi yang menjelaskan konsep pertolongan pertama dengan mnemonik SELAMAT.

Tujuan: Memberikan pengetahuan dasar dan pemahaman tentang langkah-langkah yang harus diambil saat menangani korban henti jantung.

2. Mulai Pelatihan

Setelah menonton video edukasi, pengguna bisa memulai permainan dengan mengklik tombol "Mulai Pelatihan".

Level 1: Stage 1 (Easy)

Deskripsi: Pertolongan korban henti jantung dengan mnemonik SELAMAT dalam 1 kasus.

Jumlah Kasus: 7 Kasus

Rentang Skor: 0 - 30

Passing Grade: >20

Tujuan: Menguji kemampuan dasar pengguna dalam mengingat dan menerapkan langkah-langkah mnemonik SELAMAT pada setiap kasus.

Instruksi:

Baca deskripsi kasus yang diberikan.

Terapkan langkah-langkah SELAMAT sesuai dengan situasi kasus.

Jawab pertanyaan yang muncul untuk setiap langkah yang diambil.

Dapatkan skor berdasarkan ketepatan dan kecepatan dalam menjawab.

Level 2: Stage 2 (Medium)

Deskripsi: Pertolongan korban henti jantung dengan mnemonik SELAMAT pada setiap kasus (1 soal dan jawaban per 1 kasus).

Jumlah Kasus: 7 Kasus

Rentang Skor: 30 - 60

Passing Grade: >45

Tujuan: Menguji kemampuan lanjutan pengguna dalam memahami dan menerapkan mnemonik SELAMAT pada berbagai skenario yang lebih kompleks.

Instruksi:

Laman Pelatihan Asinkron merupakan laman untuk pelatihan secara daring. Peserta telah disediakan materi pelatihan dalam bentuk video dan game untuk evaluasi tingkat pengetahuan dalam memberikan BHD

Role Peserta : Pelatihan Asinkron→Panduan

TELEHEALTH

MENU

Dashboard

User

Administrator

Pelatihan Asinkron

- Panduan
- Mulai
- Leaderboard

Pelatihan Sinkron

Instruktur

Kuesioner

Keluar

Latihan Game

Pilih Level

Stage 1 (Easy) Skor : 10 Tidak Lolos, Ulangi!!!

Stage 2 (Medium), harap menyelesaikan lever 1 dengan skor minimal 20

Stage 3 (Difficult) harap menyelesaikan lever 2 dengan skor minimal 45

Evaluasi Game

Terimakasih atas masukkan yang anda berikan

History

NO	TANGGAL	INFO GAME			WAKTU Pengerjaan	SKOR	STATUS
		LEVEL	RENTANG NILAI	SKOR LULUS			
1	07-08-2025	1	0 - 30	20		18 Detik	3 ✖ Tidak Lulus, Harap Coba lagi
2	28-04-2025	1	0 - 30	20		97 Detik	10 ✖ Tidak Lulus, Harap Coba lagi

Ruhil Iswara

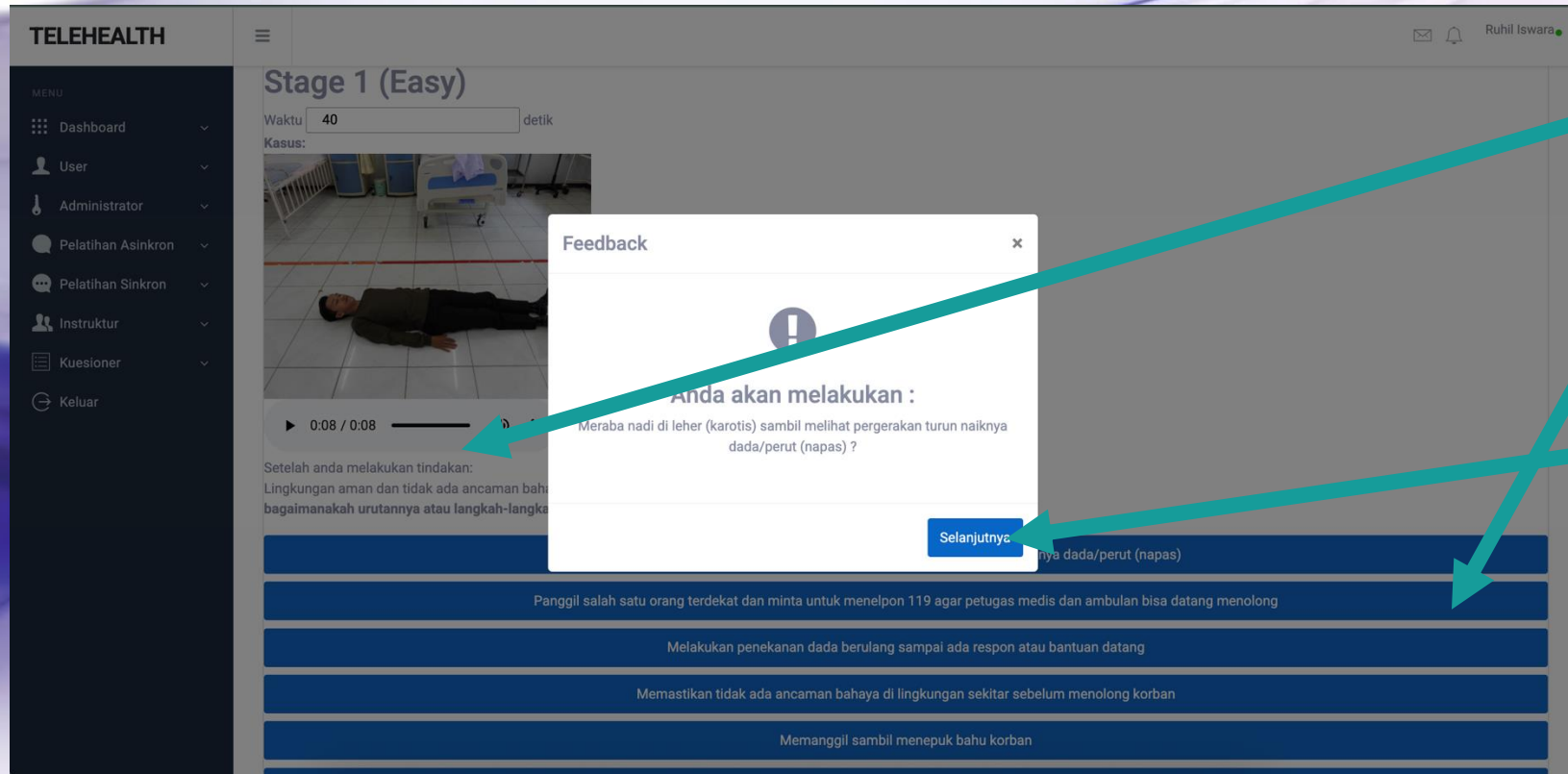
FTI UII

localhost:8888/telehealth/latihan_mandiri/game#

Tahap 2. Evaluasi (Game)

- Evaluasi pengetahuan peserta melalui 3 level kesulitan, yaitu Easy, Medium, dan Hard.
- Untuk melanjutkan ke level selanjutnya, peserta harus lulus pada level sebelumnya.
- Untuk memulai Game, klik level **"Stage 1 (easy)"**

Role Peserta : Pelatihan Asinkron → Game



Tahap 3. Memainkan Game

- Anda akan diberikan kasus kejadian henti jantung. Melalui text dan audio
- Pilih salah satu tindakan yang tepat untuk menyelamatkan korban
- Konfirmasi jawaban Anda
- Lanjutkan hingga kasus selesai

Role Peserta : Pelatihan Asinkron → Game

TELEHEALTH

MENU

Dashboard

User

Administrator

Pelatihan Asinkron

Pelatihan Sinkron

Instruktur

Kuesioner

Keluar

Ruhil Iswara

Buat Jadwal

No	Waktu	Instruktur	Status	Aksi
1	26 Juli 2024 Jam : 04:10:50	Ns. Nurpratiwi, M. Kep.	Disetujui	Join Google Meet
2	22 Juli 2024 Jam : 02:22:00		Menunggu Persetujuan	Hapus

Ruhil Iswara
FTI UII

Jadwal telah disetujui

Jadwal belum disetujui

- Pelatihan Sinkron bertujuan untuk mempertemukan peserta dan instruktur secara daring.
1. Peserta dapat berdiskusi terkait BDH dengan instruktur.
 2. Instruktur dapat melakukan pengujian terkait kemampuan peserta pelatihan dalam melakukan BHD
 3. Peserta harus membuat janji pertemuan dengan instruktur.

Role Peserta : Pelatihan Sinkron

TELEHEALTH

MENU

- Dashboard
- User
- Administrator
- Pelatihan Asinkron
- Pelatihan Sinkron**
- Instruktur
- Kuesioner
- Keluar

Ruhil Iswara FTI UII

Buat Jadwal

No	Waktu	Instruktur	Status	Aksi
1	26 Juli 2024 Jam : 04:10:50	Ns. Nurpratiwi, M. Kep.	Disetujui	Join Google Meet
2	22 Juli 2024 Jam : 02:22:00			

BUAT JADWAL PERTEMUAN

Tanggal: dd/mm/yyyy

Jam: --:--

Instruktur: Siapa saja

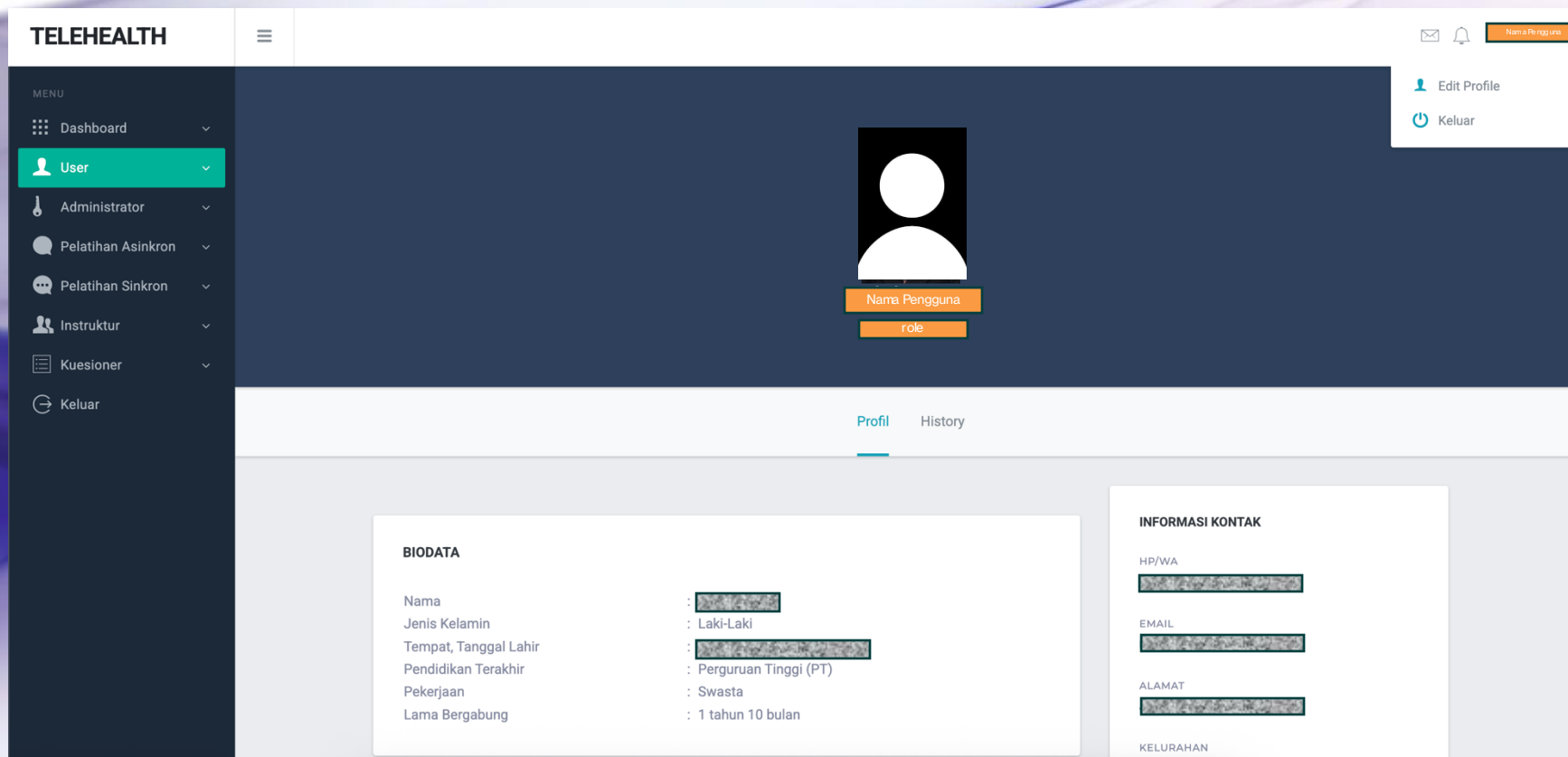
Ajukan

Untuk membuat jadwal pertemuan dengan instruktur.

1. Klik "Buat Jadwal"
2. Tentukan tanggal dan waktu
3. Pilih instruktur yang Anda inginkan
4. Ajukan
5. Tunggu konfirmasi kesediaan instruktur

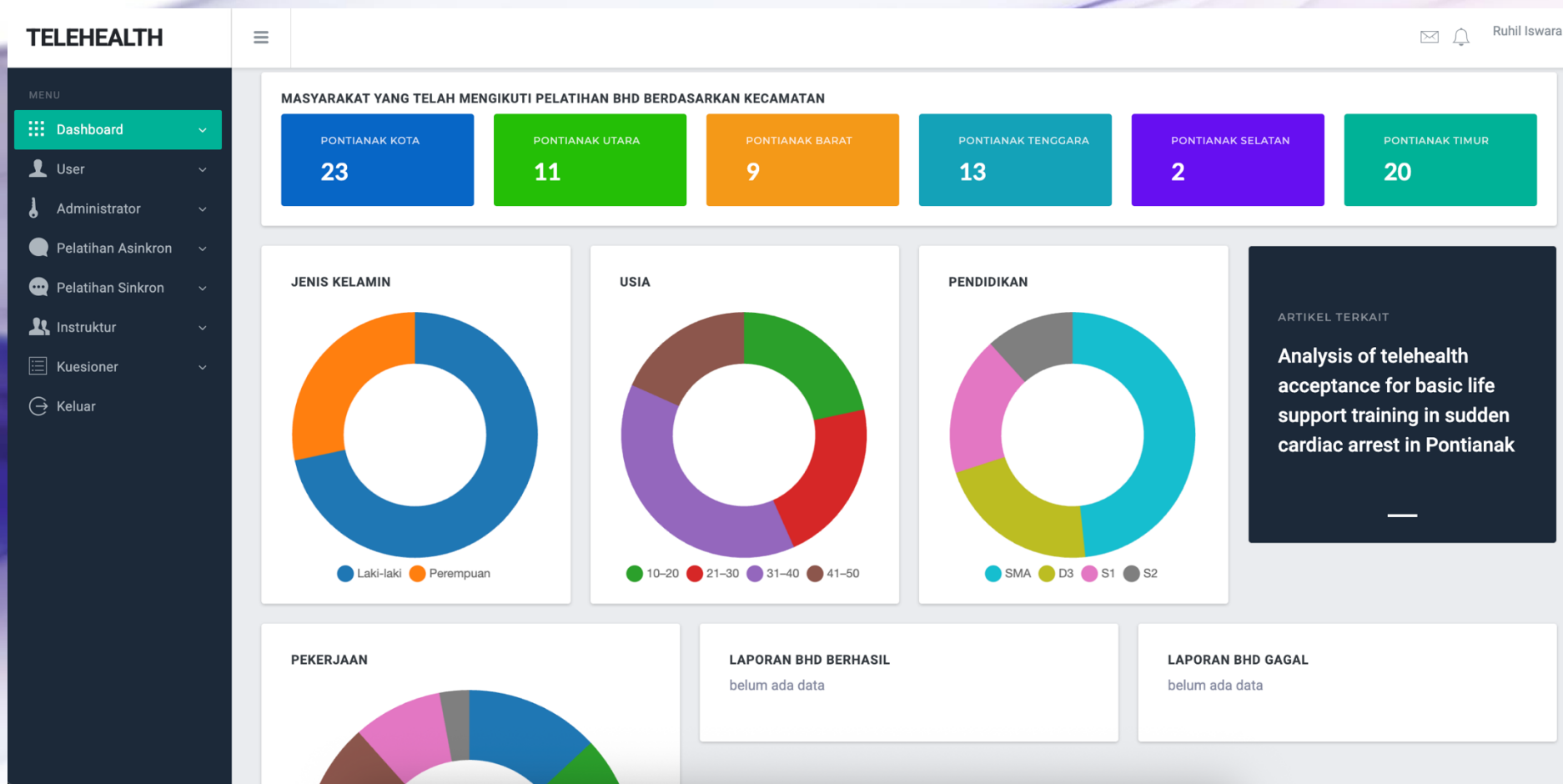
Role Peserta : Pelatihan Sinkron
Buat Jadwal

Role Admin



- Setelah login, Anda akan diarahkan ke laman **User**.
- Laman ini menampilkan informasi biodata anda.
- Untuk mengubah informasi biodata, klik nama Anda dibagian pojok kanan atas, kemudian **“Edit profil”**

Role Admin : User



Laman ini menampilkan informasi rekapan proses pelatihan, data yang disajikan diantaranya :

1. Peserta pelatihan perkecamatan
2. Peserta berdasarkan jenis kelamin, Usia, Pendidikan dan Pekerjaan
3. Laporan pemberian BHD oleh peserta

Role Admin : Dashboard

TELEHEALTH		<div> <div></div> <div></div> <div>Ruhil Iswara</div> </div>				
MENU						
Dashboard						
User						
Administrator						
Pelatihan Asinkron						
Pelatihan Sinkron						
Instruktur						
Kuesioner						
Keluar						

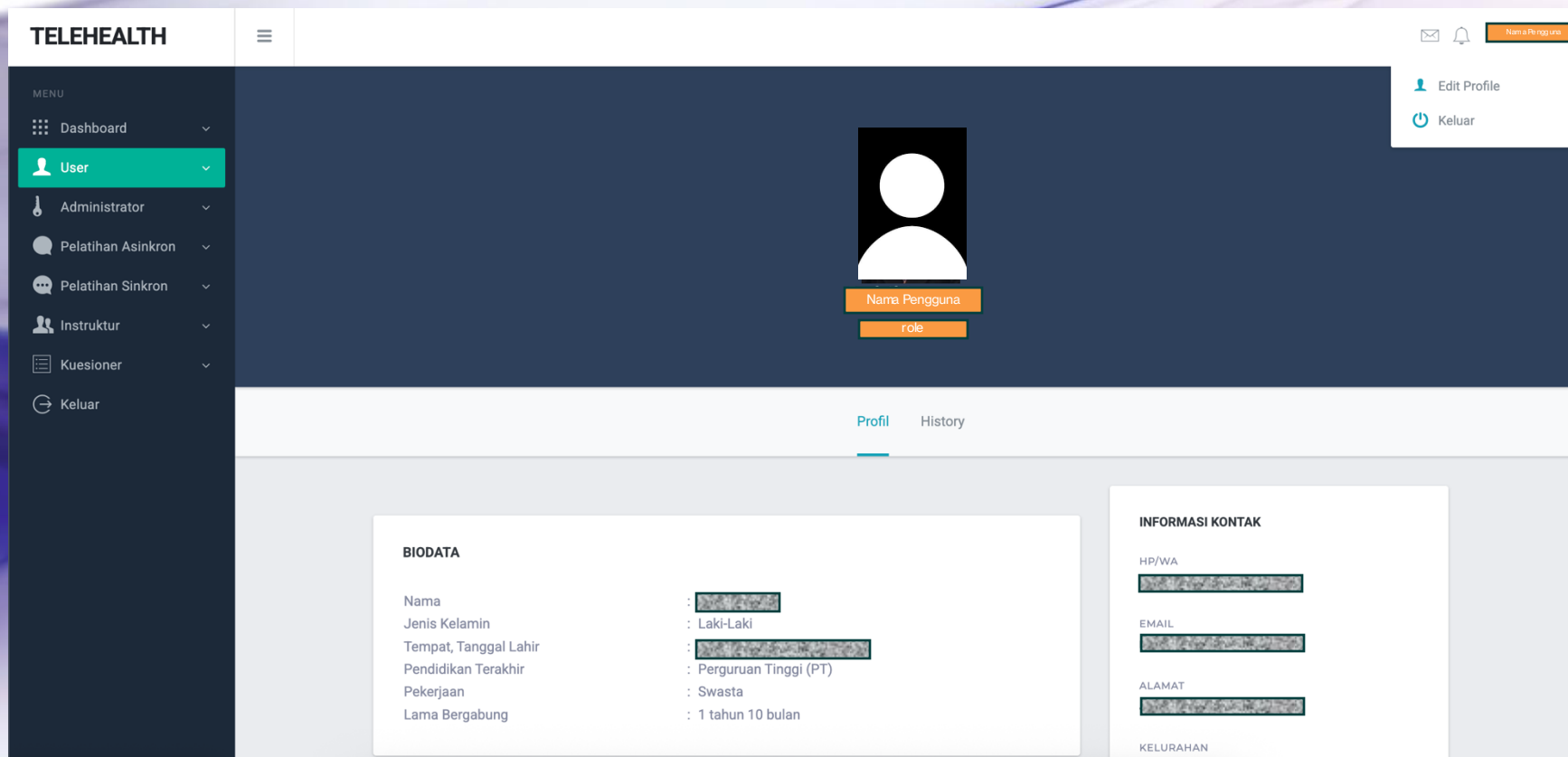
User						
NO	NAMA	ROLE	AKTIF?	NONTON?	AKSI	
1		Peserta Latihan	✓	✓		
2		Peserta Latihan	✓	✓		
3		Peserta Latihan	✓	✓		
4		Peserta Latihan	✓	✓		
5		Peserta Latihan	✓	✓		
6		Peserta Latihan	✓	✓		
7		Peserta Latihan	✓	✓		
8		Peserta Latihan	✓	✓		
9		Peserta Latihan	✓	✓		
10		Peserta Latihan	✓	✓		
11		Peserta Latihan	✓	✓		
12		Peserta Latihan	✓	✓		
13		Peserta Latihan	✓	✓		

Laman ini untuk
memanajemen user,
seperti :

1. Aktif/nonaktif Akun
2. Edit Status
sudah/belum
menonton video
edukasi

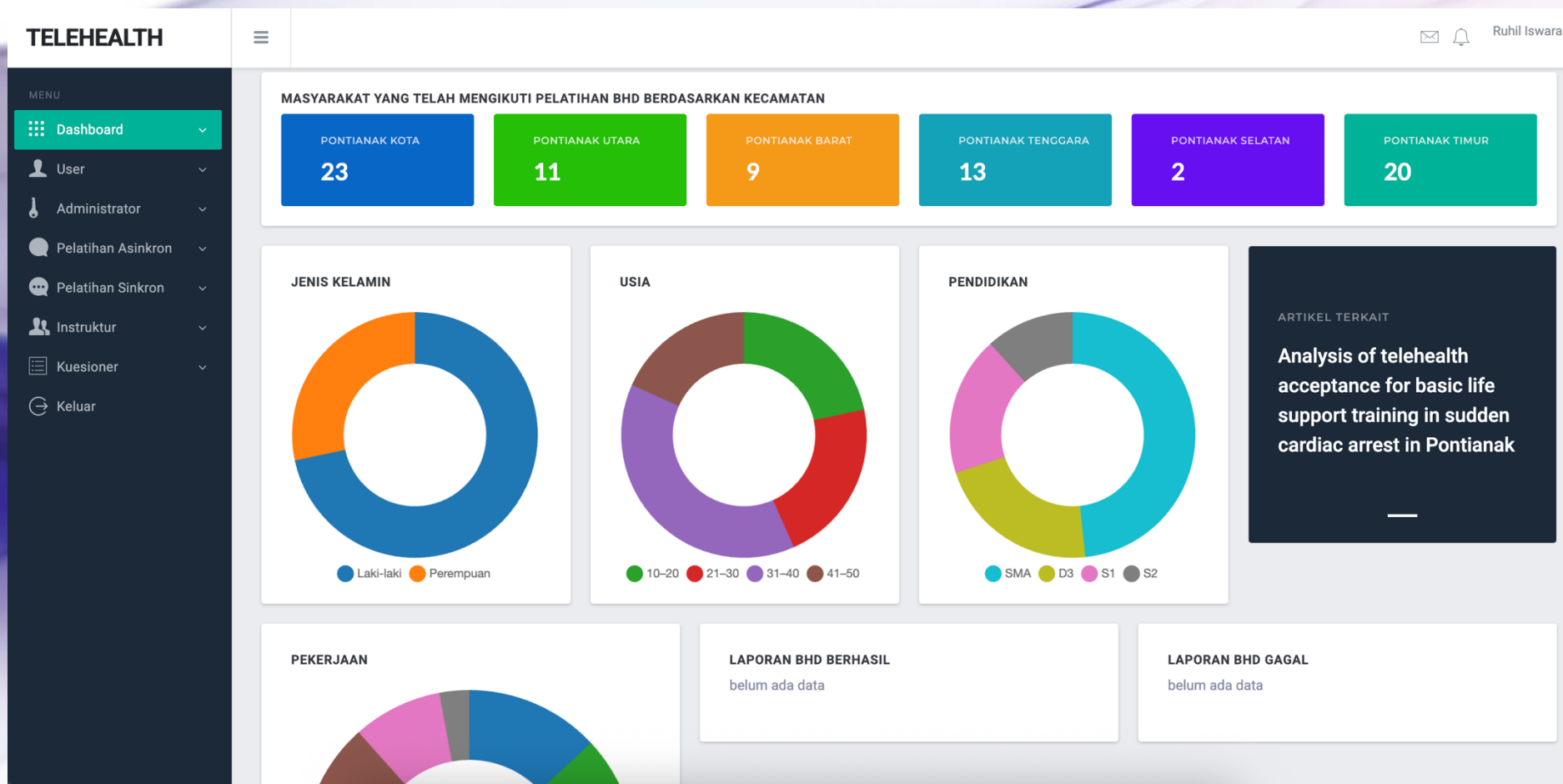
Role Admin : Administrator → User

Role Dinas Kesehatan (Dinkes)



- Setelah login, Anda akan diarahkan ke laman **User**.
- Laman ini menampilkan informasi biodata anda.
- Untuk mengubah informasi biodata, klik nama Anda dibagian pojok kanan atas, kemudian **“Edit profil”**

Role Dinkes : User

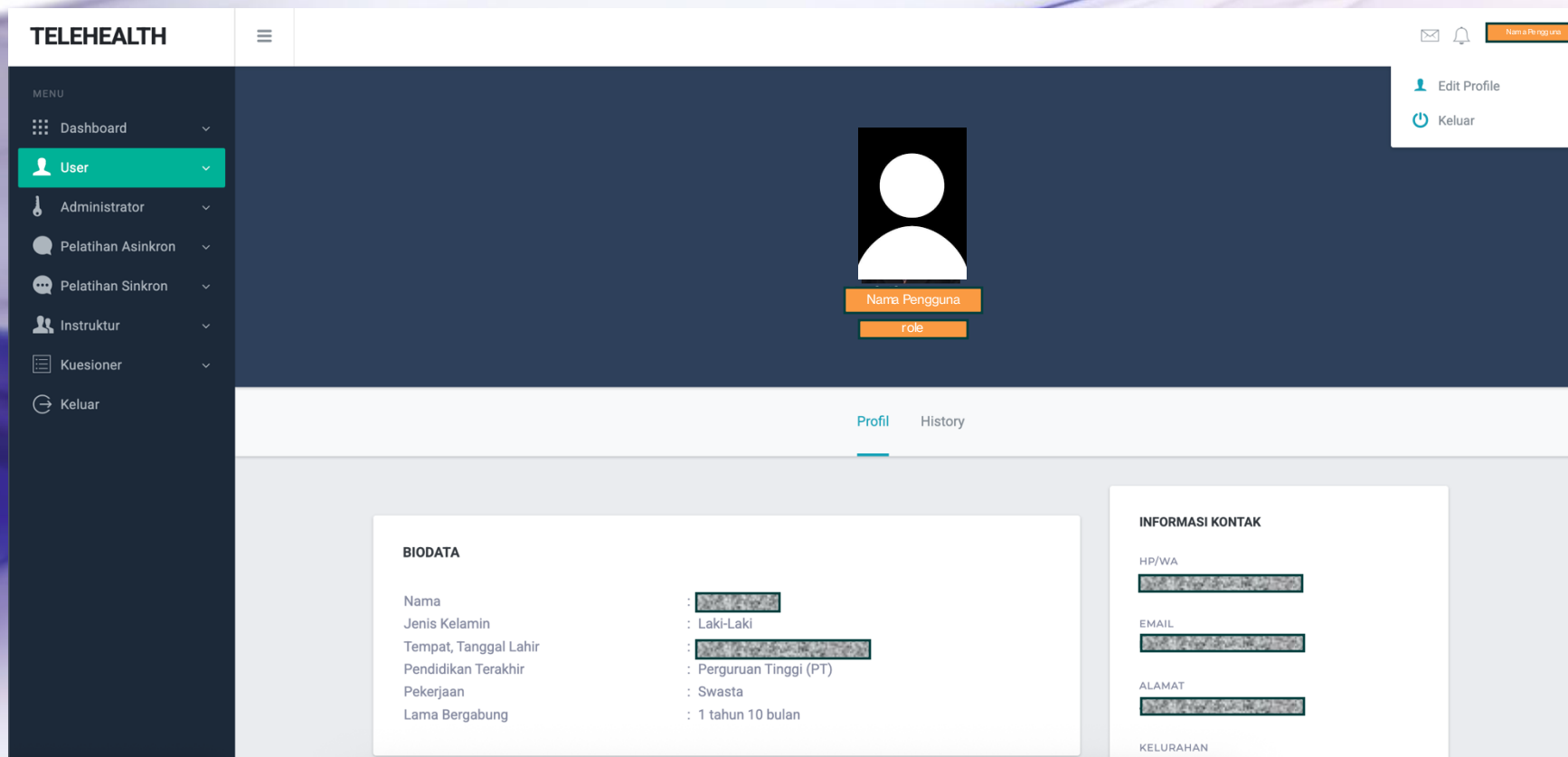


Laman ini menampilkan informasi rekapan proses pelatihan, data yang disajikan diantaranya :

1. Peserta pelatihan perkecamatan
2. Peserta berdasarkan jenis kelamin, Usia, Pendidikan dan Pekerjaan
3. Laporan pemberian BHD oleh peserta

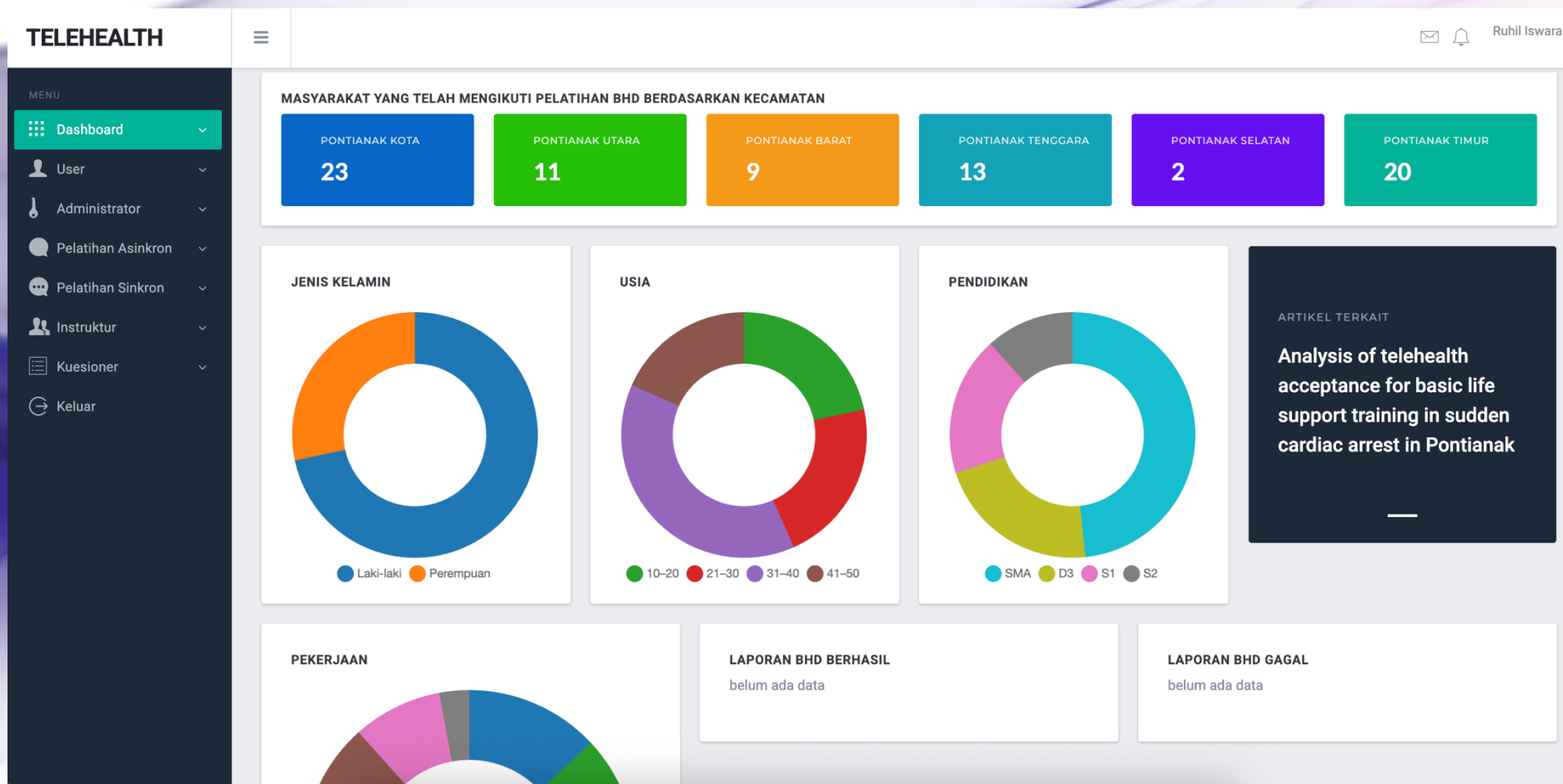
Role Admin : Dashboard

Role Instruktur



- Setelah login, Anda akan diarahkan ke laman **User**.
- Laman ini menampilkan informasi biodata anda.
- Untuk mengubah informasi biodata, klik nama Anda dibagian pojok kanan atas, kemudian **“Edit profil”**

Role Instruktur : User



Laman ini menampilkan informasi rekapan proses pelatihan, data yang disajikan diantaranya :

1. Peserta pelatihan perkecamatan
2. Peserta berdasarkan jenis kelamin, Usia, Pendidikan dan Pekerjaan
3. Laporan pemberian BHD oleh peserta

Role Instruktur : Dashboard

TELEHEALTH

MENU

Dashboard

User

Administrator

Pelatihan Asinkron

Pelatihan Sinkron

Instruktur

Peserta

Jadwal

Kuesioner

Keluar

</

Laman ini menampilkan informasi progres peserta pelatihan. Pada laman ini instruktur dapat:

1. Melihat nilai evaluasi pengetahuan
2. Mengisikan nilai ujian praktik BHD
3. Menentukan status lulus peserta

Role Instruktur : Nilai Peserta Pelatihan

TELEHEALTH

MENU

Dashboard

User

Administrator

Pelatihan Asinkron

Pelatihan Sinkron

Instruktur

Peserta

Jadwal

Kuesioner

Keluar

Ruhil Iswara

Buat Jadwal

No	Waktu	Peserta	Status	Aksi
1	22 Juli 2024 Jam : 02:22:00		Menunggu Persetujuan	Konfirmasi
2	31 Juli 2024 Jam : 10:40:00		Menunggu Persetujuan	Konfirmasi

Ruhil Iswara

FTI UII

Laman ini menampilkan jadwal teleconference antara instruktur dan peserta pelatihan. Pada laman ini instruktur dapat :

1. Membuat jadwal
2. Menyetujui/menolak permohonan jadwal dari peserta pelatihan

Role Instruktur : Jadwal *Teleconference*

TELEHEALTH

MENU

- Dashboard
- User
- Administrator
- Pelatihan Asinkron
- Pelatihan Sinkron
- Instruktur**
- Peserta
- Jadwal
- Kuesioner
- Keluar

Buat Jadwal

No	Waktu	Peserta	Status	Aksi
1	22 Juli 2024 Jam : 02:22:00		Menunggu Persetujuan	Konfirmasi
2	31 Juli 2024 Jam : 10:40:00		Menunggu Persetujuan	Konfirmasi

Ruhil Iswara
FTI UII

Konfirmasi !!!

Apakah anda bersedia melatih ditanggal 22 Juli 2024 ?

Ya **Tidak**

1. Klik “Konfirmasi”

2. Klik “Ya”

Role Instruktur : Konfirmasi Jadwal *Teleconference*

Lampiran 6
HKI

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC002025114020, 19 Agustus 2025

Pencipta

Nama : **Ruhil Iswara, SRI KUSUMADEWI dkk**
Alamat : Jl. Padat Karya Komplek Mitra Keluarga 4 No. A20, Pontianak Timur,
Kota Pontianak, Kalimantan Barat, 79230
Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : **Ruhil Iswara**
Alamat : Jl. Padat Karya Komplek Mitra Keluarga 4 No. A20, Pontianak Timur,
Kota Pontianak, Kalimantan Barat, 79230

Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Program Komputer**

Judul Ciptaan : **TELEHEALTH PELATIHAN BANTUAN HIDUP DASAR PADA
KORBAN HENTI JANTUNG UNTUK MASYARAKAT AWAM DI
KOTA PONTIANAK**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 7 Agustus 2025, di Kota Pontianak

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama 50 (lima puluh) tahun sejak Ciptaan tersebut pertama kali dilakukan Pengumuman.

Nomor Pencatatan : 000954281

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL
u.b
Direktur Hak Cipta dan Desain Industri

Agung Damarsasongko,SH.,MH.
NIP. 196912261994031001

LAMPIRAN PENCIPTA

No	Nama	Alamat
1	Ruhil Iswara	Jl. Padat KArya Komplek Mitra Keluarga 4 No. A20 Pontianak Timur, Kota Pontianak
2	SRI KUSUMADEWI	BLOTAN Ngemplak, Kab. Sleman
3	RAHADIAN KURNIAWAN	KAUMAN GM 1/49 Gondomanan, Kota Yogyakarta
4	IRVING VITRA PAPUTUNGAN	SENDANGADI PERMAI A8 Mlati, Kab. Sleman

