

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan disajikan beberapa konsep dasar yang menjadi dalam penelitian yang meliputi (1) Konsep Pendidikan Kesehatan (2) konsep role play (3) konsep Basic Life Support (4) konsep Kemampuan Kognitif (5) kerangka Teori (6) kerangka Konsep (7) Hipotesis

#### **1.1 Konsep Health Education (Pendidikan Kesehatan)**

##### **1.1.1 Definisi Pendidikan Kesehatan**

Menurut Notoatmodjo (2003), pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Pengertian tersebut menandung tiga unsur pendidikan yang meliputi *Input* (sasaran dan pelaku pendidikan), *Proses* (upaya yang direncanakan), dan *Output* (perilaku yang diharapkan). Disimpulkan bahwa pendidikan pada dasarnya adalah segala upaya yang terencana untuk mempengaruhi, memberikan perlindungan dan bantuan sehingga peserta memiliki kemampuan untuk berperilaku sesuai harapan (Maulana, 2009).

Dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran dengan langkah-langkah sebagai berikut : pengkajian kebutuhan belajar klien, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan pendidikan kesehatan, implementasi pendidikan kesehatan, evaluasi pendidikan kesehatan, dan dokumentasi pendidikan kesehatan. (Benmsley, 2008)

Hasil dari pendidikan kesehatan baru dapat dilihat beberapa tahun kemudian. Dalam waktu yang pendek (*immediate impact*) dari pendidikan kesehatan hanya menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat. Sedangkan peningkatan pengetahuan saja belum akan berpengaruh langsung terhadap indikator kesehatan. (Notoatmodjo S. , ILMU KESEHATAN MASYARAKAT Prinsip-Prinsip Dasar, 2003)

Promosi Kesehatan (Health Promotion) Dalam tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan hygiene perorangan dan sebagainya (Gejir, 2017)

### **1.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan**

Secara Umum, tujuan dari pendidikan kesehatan ialah mengubah perilaku individu/masyarakat di bidang kesehatan (WHO, 1954) yang dikutip oleh (Notoatmodjo S. , ILMU KESEHATAN MASYARAKAT Prinsip-Prinsip Dasar, 2003) Tujuan ini dapat diperinci lebih lanjut menjadi:

1. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Secara operasional, tujuan pendidikan kesehatan diperinci oleh Wong (1974) yang dikutip Tafal (1984) sebagai berikut:

1. Agar penderita (masyarakat) memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan (dirinya), keselamatan lingkungan, dan masyarakatnya.
2. Agar orang melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat yang disebabkan oleh penyakit.
3. Agar orang memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan sistem dan cara memanfaatkannya dengan efisien dan efektif.
4. Agar orang mempelajari apa yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada sistem pelayanan kesehatan yang formal.

### **1.1.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan**

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Dari dimensi sasarannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 3 yakni:

1. Pendidikan kesehatan individual, dengan sasaran individu.
2. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran luas.

Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, dengan sendirinya sasaran berbeda pula, misalnya:

1. Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid.

2. Pendidikan kesehatan di rumah sakit, dilakukan di rumah sakit-rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien, di puskesmas dan sebagainya.
3. Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.

Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) dari leavel and clark, sebagai berikut:

1. Promosi Kesehatan (Health Promotion)

Dalam tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan hygiene perorangan dan sebagainya.

2. Perlindungan Khusus (Specifik Protection)

Dalam program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan terutama di negara-negara berkembang. Hal ini karena kesadaran masyarakat tentang pentingnya imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya maupun pada anak-anaknya masih rendah.

3. Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera (Early Diagnosis and Prompt Treatment)

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka sering sulit mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi di dalam masyarakat. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan

yang layak. Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan sangat diperlukan pada tahap ini.

#### 4. Pembatasan Cacat (Disability Limitation)

Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, maka sering masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Dengan kata lain mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau ketidakmampuan. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan pada tahap ini.

#### 5. Rehabilitasi (Rehabilitation)

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut kadang-kadang diperlukan latihan tertentu. Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut, ia tidak atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. Di samping itu orang yang cacat setelah sembuh dari penyakit, kadang-kadang malu untuk kembali ke masyarakat. Sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu jelas pendidikan kesehatan diperlukan bukan saja untuk orang yang cacat tersebut, tetapi juga perlu pendidikan kesehatan kepada masyarakat (Uha Suliha, Herwani, Sumiati, 2002).

#### **1.1.4 Sasaran**

Sesuai dengan program pembangunan Indonesia, sasaran pendidikan kesehatan meliputi masyarakat umum dengan berorientasi pada masyarakat pedesaan, kelompok tertentu (misalnya, wanita, pemuda, remaja, termasuk lembaga pendidikan), dan individu dengan teknik pendidikan kesehatan individual (Maulana, 2009).

#### **1.1.5 Metode Pendidikan Kesehatan**

Metode diartikan sebagai cara atau pendekatan tertentu. Di dalam proses belajar, pendidik harus dapat memilih dan menggunakan metode (cara) mengajar yang cocok atau relevan, sesuai dengan kondisi setempat. Menurut Notoatmojo (1993) dan WHO (1992) metode pendidikan kesehatan diklasifikasikan menjadi 3 bagian, yaitu metode pendidikan individu, kelompok, dan massa (Maulana, 2009).

#### **4. Metode Pendidikan Individu**

Dalam pendidikan kesehatan, metode yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru atau seseorang yang telah tertarik pada perubahan perilaku atau inovasi. Metode atau pendekatan individual ini adalah:

##### **a. Bimbingan dan konseling (guidance and counseling)**

Bimbingan berisi penyampaian informasi yang berkenaan dengan masalah pendidikan, pekerjaan, pribadi, dan masalah sosial yang disajikan dalam bentuk pelajaran. Informasi dalam bimbingan dimaksudkan memperbaiki dan mengembangkan pemahaman diri dan orang lain, sedangkan perubahan merupakan tujuan tidak langsung.

Konseling adalah proses belajar yang bertujuan memungkaskan konseli (peserta didik) mengenal dan menerima diri sendiri serta realitas dalam proses penyelesaian dengan lingkungannya (Nurihsan, 2005). Konseling menjadi strategi utama dalam proses bimbingan, dan merupakan teknik standar dan tugas pokok seorang konselor di pusat pendidikan. Konseling membantu konseli memecahkan masalah-masalah pribadi (sosial atau ekonomi), mengerti diri, mengeksplorasi diri, dan dapat memimpindiri sendiri dalam suatu masyarakat serta membantu mengembangkan kesehatan mental, perubahan sikap, dan tingkah laku.

b. Wawancara (Interview)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan konseling. Wawancara petugas dengan klien dilakukan untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah tertarik atau tidak terhadap perubahan dan untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau belum diadopsi memiliki dasar pengertian dan kesadaran yang kuat.

(Maulana, 2009).

5. Metode Pendidikan Kelompok

Untuk kelompok yang besar (sasaran berjumlah lebih dari 15 orang). Dapat digunakan metode ceramah dan seminar.

a. Ceramah

Ceramah adalah pidato yang disampaikan oleh seorang pembicara di depan sekelompok pengunjung atau pendengar. Metode ini dipergunakan jika berada dalam kondisi berikut.

- 1) Waktu untuk penyampaian informasi terbatas.
- 2) Orang yang mendengarkan sudah termotivasi.

- 3) Pembicara menggunakan gambar dalam kata-kata.
- 4) Kelompok terlalu besar untuk memakai metode lain
- 5) Ingin menambah atau menekankan apa yang sudah dipelajari.
- 6) Mengulangi, memperkenalkan atau mengantarkan suatu pelajaran atau aktivitas.
- 7) Sasaran dapat memahami kata-kata yang digunakan.

b. Seminar

Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat. Metode ini hanya cocok digunakan untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas.

Untuk kelompok kecil (sasaran berjumlah kurang dari lima belas orang), dapat dilakukan diskusi kelompok, curah pendapat (brain storming), snowball, Buzz group (kelompok studi kecil), bermain peran (role play), dan simulasi.

c. Diskusi Kelompok

Diskusi kelompok adalah percakapan yang diencanakan atau di persiapkan di antara tiga orang atau lebih tentang topik tertentu dan salah seorang di antaranya memimpin diskusi tersebut.

d. Curah Pendapat

Curah pendapat adalah semacam pemecahan masalah ketika setiap anggota mengusulkan dengan cepat semua kemungkinan pemecahan yang dipikirkan. Kritik evaluasi atas semua pendapat tadi dilakukan setelah semua anggota kelompok mencurahkan pendapatnya.

Metode ini cocok digunakan untuk membangkitkan pikiran yang kreatif, merangsang partisipasi, mencari kemungkinan pemecahan masalah, mendahului metode lainnya, mencari pendapat-pendapat baru, dan menciptakan suasana yang menyenangkan dalam kelompok.

e. Snowball

Metode ini dilakukan dengan membagi secara berpasangan (satu pasang dua orang). Setelah pasangan terbentuk, dilontarkan suatu pernyataan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit setiap dua pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah yang sama dan mencari kesimpulannya. Selanjutnya, setiap dua pasang yang sudah beranggotakan empat orang lain bergabung lagi dengan pasangan lainnya, demikian seterusnya akhirnya terjadi diskusi seluruh kelas.

f. Buzz Group (Kelompok Study Kecil)

Metode ini dilakukan dengan membagi kelompok sasaran yang lebih besar menjadi kelompok-kelompok kecil yang kemungkinan membalas suatu tugas tertentu tiap-tiap kelompok kecil setelah melakukan tugas melaporkan hasilnya kepada kelompok besar.

g. Bermain Peran

Bermain peran (role play) adalah permainan sebuah situasi dalam manusia dengan atau tanpa melakukan latihan sebelumnya. Metode ini dimainkan oleh beberapa orang untuk dipakai sebagai bahan analisis oleh kelompok. Dalam metode ini, peserta diminta memainkan atau memerankan bagian-bagian sebagai karakter dalam suatu kasus. Para peserta diminta membayangkan diri sendiri tentang tindakan atau peranan

tertentu yang diciptakan bagi mereka oleh pelatih. Peserta harus mengambil alih perasaan dan sikap-sikap dari orang yang ditokohkan.

#### h. Simulasi

Simulasi adalah cara meniruan karakteristik-karakteristik atau perilaku-perilaku tertentu dari dunia riil sehingga para peserta latihan dapat beraksi seperti pada keadaan sebenarnya. Dengan demikian, jika peserta latihan kembali ketempat kerjanya telah biasa melakukan pekerjaan yang disimulasikan. Metode ini merupakan gambaran antara bermain peran dan diskusi kelompok.

(Maulana, 2009).

### 6. Metode Pendidikan Massa

Metode pendidikan massa dilakukan untuk mengonsumsi pesan-pesan kesehatan yang ditujukan untuk masyarakat. Karena sasaran pendidikan bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan, umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, dan tingkat pendidikan. Umumnya, bentuk pendekatan massa diberikan cara tidak langsung, biasanya menggunakan atau melalui media massa. Salah satu contoh metode ini adalah ceramah umum (public speaking).

#### 1. Ceramah Umum (Public Speaking)

Metode ini dilakukan dengan memberikan pidato di hadapan massa dengan sasaran yang sangat besar, misalnya pejabat berpidato di hadapan rakyat. Safari KB (keluarga berencana) merupakan bentuk pendekatan massa. Hal ini membutuhkan partisipasi masyarakat, kelompok koordinasi antarsektor dan media cetak serta elektronik.

### 7. Media atau Alat Peraga

Media adalah alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan ataupun pengajaran. Media pendidikan kesehatan disebut juga sebagai alat peraga karena berfungsi membantu dan memeragakan sesuatu dalam proses pendidikan atau pengajaran. Prinsip pembantuan alat peraga atau media pengetahuan yang ada pada setiap orang diterima atau ditangkap melalui pancaindra. Manfaat alat peraga adalah sebagai berikut:

1. Menimbulkan minat sasaran.
2. Mencapai sasaran yang lebih banyak.
3. Membantu mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman.
4. Merangsang sasaran untuk meneruskan pesan pada orang lain.
5. Memudahkan penyampaian informasi.
6. Memudahkan penerimaan informasi.

Macam alat bantu secara umum:

1. Alat bantu lihat (visual aids), seperti: slide, overhead projector/OHP, film strip, leaflet, poster, dan lain-lain).
2. Alat bantu dengar (audio aids), seperti: piringan hitam, radio, CD, TV, Film, dan video)
3. Media cetak, seperti: Buklet, leaflet, Poster, dll.
4. Media elektronik, seperti: TV, Radio, Video, dll.
5. Media papan (billboard)
6. Media hiburan

(Maulana, 2009).

## **1.2 Konsep Metode Role Play**

### **1.2.1 Definisi Role Play**

Role Play adalah sejenis permainan gerak yang di dalamnya ada tujuan, aturan sekaligus melibatkan unsur senang. Role Play sering kali dimaksudkan sebagai suatu bentuk aktivitas dimana pembelajar membayangkan seolah-olah berada di luar ruangan dan memainkan peran orang lain. Dalam metode ini beberapa anggota kelompok di tunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan dan sebagainya, sedangkan anggota kelompok yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka meragakan misalnya bagaimana interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas. (Notoatmodjo S. , ILMU KESEHATAN MASYARAKAT Prinsip-Prinsip Dasar, 2003)

### **1.2.2 Kelebihan dan Kekurangan Metode Role Play**

#### **2.2.2.1 Kelebihan Metode Role Play**

1. Meningkatkan keterampilan bicara
2. Dapat menciptakan sesuatu yang beratmosphere sehingga menghasilkan kesan yang baik
3. Role play dapat memberikan kesenangan yang bermanfaat
4. Role play dapat membangkitkan ketenangan dalam menyampaikan dan mendengarkan penyampaian serta mengurangi ketegangan
5. Membangkitkan rasa percaya diri dan berani
6. Membantu anggota kelompok lebih aktif
7. Merangsang imajinasi dan kemampuan verbal dalam kelompok
8. Memberi kemudahan dalam menangkap pesan-pesan yang ada

#### 2.2.2.2 Kelemahan Metode Role Play

1. Sedikit rumit dalam pelaksanaannya
2. Perlu persiapan matang
3. Waktu yang dibutuhkan cukup banyak
4. Perlu keterampilan dalam mengoordinasi pelaksanaannya

### 1.3 Konsep Basic Life Support

#### 1.3.1 Pengertian Basic Life Support

*Basic Life Support* adalah sebuah pondasi lama yang dilakukan untuk menyelamatkan seseorang yang mengalami henti jantung. BLS terdiri dari identifikasi jantung dan aktivasi Sistem Pelayanan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT), Resusitasi Jantung Paru (RJP) dini, dan *automat ed external defibrillator* (AED) (Andra Saferi Wijaya, 2019)

*Basic Life Support* adalah dasar untuk menyelamatkan nyawa ketika terjadi henti jantung. Aspek dasar BLS meliputi penanganan langsung terhadap *sudden cardiac arrest* (SCA) dan sistem tanggap darurat, cardiopulmonary resuscitation (CPR) atau resusitasi jantung paru (RJP) dini, dan defibrilasi cepat dengan (*AED*) *automated external defibrillator* (Sartono & Sudiharto, 2011)

Bantuan hidup dasar atau *Basic Life Support* merupakan sekumpulan intervensi yang bertujuan untuk mengembalikan dan mempertahankan fungsi vital organ pada korban henti jantung dan henti nafas. Intervensi ini terdiri dari pemberian kompresi dada dan bantuan nafas (Hardisman, 2014) Menurut (Krisanty, 2009) bantuan hidup dasar adalah memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan ventilasi pada pasien henti jantung atau henti nafas melalui RJP/ CPR.

Menurut AHA *Guidelines* tahun 2015, tindakan BLS ini dapat disingkat teknik ABC pada prosedur CPR (*Cardio Pulmonary Resuscitation*) yaitu:

1. A (*Airway*): Menjaga jalan nafas tetap terbuka
2. B (*Breathing*): Ventilasi paru dan oksigenasi yang adekuat
3. C (*Circulation*): Mengadakan sirkulasi buatan dengan kompresi jantung paru.

### **2.2.2. Tujuan Basic Life Support menurut (AHA, 2015) antara lain:**

1. Mengurangi tingkat morbiditas dan kematian dengan mengurangi penderitaan.
2. Mencegah penyakit lebih lanjut atau cedera
3. Mendorong pemulihan

Tujuan *basic life support* atau yang biasa dikenal dengan bantuan hidup dasar adalah pertolongan segera kepada seseorang yang mengalami kondisi kegawatdaruratan dengan cara oksigenasi efektif pada organ jantung dan otak melalui sirkulasi dan ventilasi secara buatan yang diharapkan setelah ini jantung dan paru dapat menyediakan oksigen dengan normal, seperti biasanya, dan juga dengan memberikan pertolongan seperti ini resusitasi dapat mencegah sirkulasi peredaran darah dan pernapasan menjadi tidak dapat berfungsi secara normal ataupun berhenti, dan hal tersebut dapat menyebabkan sel-sel mengalami kematian karena kurangnya pemasokan oksigen, sehingga dengan memberikan bantuan dari luar untuk sirkulasi dengan cara kompresi dada dan ventilasi pada korban yang mengalami kegawatdaruratan seperti henti jantung dan nafas (Wiryana *et al.*, 2010).

Menurut Sudiharto and Sartono (2011) Bantuan Hidup Dasar adalah bagian dari pengelolaan gawat darurat medic yang bertujuan :

1. Mencegah berhentinya atau terhentinya respirasi.

2. Memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan ventilasi dari korban yang mengalami henti jantung atau henti nafas melalui Resusitasi Jantung Paru (RJP)

### 1.3.2 Indikasi Basic Life Support

Tindakan Resusitasi Jantung Paru (RJP) yang terkandung didalam bantuan hidup dasar sangat penting terutama pada pasien dengan *cardiac arrest* karena fibrilasi ventrikel yang terjadi di luar rumah sakit, pasien di rumah sakit dengan fibrilasi ventrikel primer dan penyakit jantung iskemi, pasien dengan hipotermi, overdosis, obstruksi jalan napas atau *primary respiratory arrest* (Alkatri, 2007)

- 1) Henti Jantung (*Cardiac Arrest*) Henti jantung adalah berhentinya sirkulasi peredaran darah karena kegagalan jantung untuk melakukan kontraksi secara efektif, keadaan tersebut bias disebabkan oleh penyakit primer dari jantung atau penyakit sekunder non jantung. Henti jantung adalah bila terjadi henti jantung primer, oksigen tidak beredar dan oksigen tersisa dalam organ vital akan habis dalam beberapa detik (Mansjoer & Sudoyo 2010). Henti jantung dapat disebabkan oleh faktor intrinsik atau ekstrinsik. Faktor intrinsik berupa penyakit kardiovaskular seperti asistol, fibrilasi ventrikel dan disosiasi elektromekanik. Faktor ekstrinsik adalah kekurangan oksigen akut (henti nafas sentral/perifer, sumbatan jalan nafas dan inhalasi asap); kelebihan dosis obat (digitas, kuinidin, antidepresan trisiklik, propoksifen, adrenalin dan isoprenalin); gangguan asam basa/elektrolit (hipo/hiperkalemia, hipo/hipermagnesia, hiperkalsemia dan asidosis); kecelakaan (syok listrik, tenggelam dan cedera kilat petir); refleks vagal; anestesi dan pembedahan (Mansjoer & Sudoyo 2010). Henti jantung ditandai oleh denyut nadi besar tidak teraba (a. karotis, a.femoralis, a. radialas), disertai kebiruan (*sianosis*) atau pucat sekali, pernapasan berhenti atau satu-satu

(*gaspng, apnu*), dilatasi pupil tidak bereaksi dengan rangsang cahaya dan pasien dalam keadaan tidak sadar (Latief & Kartini, 2009).

2) Henti Napas (*Respiratory Arrest*) Henti napas merupakan berhentinya pernafasaan spontan disebabkan karena gangguan jalan nafas persial maupun total atau karena gangguan dipusat pernafasaan. Tanda dan gejala henti napas berupa hiperkarbia yaitu penurunan kesadaran,hipoksemia yaitu takikardia, gelisah, berkeringat atau sianosis (Sudoyo & Mansjoer, 2010). Henti nafas primer (*respiratory arrest*) dapat disebabkan oleh banyak hal, misalnya serangan stroke, keracunan obat, tenggelam, inhalasi asap/uap/gas, obstruksi jalan napas oleh benda asing, tersengat listrik, tersambar petir, serangan infark jantung, radang epiglottis, tercekik (*suffocation*), trauma dan lain-lain (Latief & Kartini 2009).

Pada awal henti nafas, jantung masih berdenyut, masih teraba nadi, pemberian O2 ke otak dan organ vital lainnya masih cukup sampai beberapa menit. Jika henti napas mendapat pertolongan dengan segera maka pasien akan terselamatkan hidupnya dan sebaliknya jika terlambat akan berakibat henti jantung yang mungkin menjadi fatal (Latief & Kartini 2009)

### 1.3.3 Tahap Pelaksanaan Basic Life Support

Menurut (AHA, 2015) rantai dan langkah-langkah pemberian Basic Life Support antara lain sebagai berikut:



Gambar

#### 2.1. Rantai keselamatan pada korban dewasa

Langkah-langkah *Basic Life Support* pada korban:

1. Identifikasi korban henti jantung dan Aktivasi SPGDT Segera Melakukan 3A (Aman)  
Sebelum melakukan pertolongan harus diingat bahwa tidak jarang anda memasuki keadaan yang berbahaya. Selain resiko infeksi anda juga dapat menjadi korban jika tidak memperhatikan kondisi sekitar pada saat melakukan pertolongan. Maka ada beberapa hal yang harus dilakukan penolong pada korban yaitu :
  - 1) Memastikan keamanan anda Keamanan sendiri merupakan prioritas utama? karena bagaimana kita dapat melakukan pertolongan jika kondisi kita sendiri berada dalam bahaya. Akan merupakan hal yang ironis seandainya kita bermaksud menolong tetapi karena tidak memperhatikan situasi kita sendiri yang terjerumus dalam bahaya.
  - 2) Memastikan keamanan lingkungan Ingat rumus *do no futher harm* karena ini meliputi juga lingkungan sekitar penderita yang belum terkena sedera. Sebagai contoh ketika terjadi kecelakaan lalu lintas. Ingatlah para penonton untuk cepat-cepat menyingkir karena ada bahaya seperti ledakan/api.
  - 3) Memastikan keamanan penderita Betapun ironisnya, tetapi prioritas terakhir adalah penderita sendiri, karena penderita ini sudah mengalami cedera dari awal.
  - 4) Memastikan kesadaran korban Penolong juga perlu memeriksa pernafasaan korban, jika korban tidak sadarkan diri dan bernafas secara abnormal (terengah-engah) penolong harus mngasumsikan korban mengalami henti jantung. Penolong harus memastikan korban tidak merespon dengan cara memanggil korban dengan jelas, lalu menepuk-nepuk korban atau menggoyang-goyangkan baru korban.



Gambar 2.2. Memeriksa kesadaran korban

Meminta pertolongan Korban tidak merespon maka penolong harus segera mengaktifkan SPGDT dengan menelpon Ambulans Gawat Darurat 118 Dinas Kesehatan DKI Jakarta, atau ambulans rumah sakit terdekat. Mengaktifkan SPGDT penolong harus siap dengan jawaban mengenai lokasi kejadian, kejadian yang sedang terjadi, jumlah korban dan bantuan yang dibutuhkan. Rangkaian tindakan tersebut dapat dilakukan secara bersamaan apabila pada lokasi kejadian terdapat lebih dari satu penolong, misalnya penolong pertama memeriksa respon korban kemudian melanjutkan tindakan BLS sedangkan penolong kedua mengaktifkan SPGDT dengan menelpon ambulans terdekat dan mengambil alat kejut jantung otomatis (AED).

Bantuan nafas diberikan setelah membuka jalan napas korban dengan teknik mengadahkan kepala dan mengangkat dagu (*head tilt-chin lift*).



Gambar 2.3. Membuka jalan napas dengan menadahkan kepala dan mengangkat dagu.

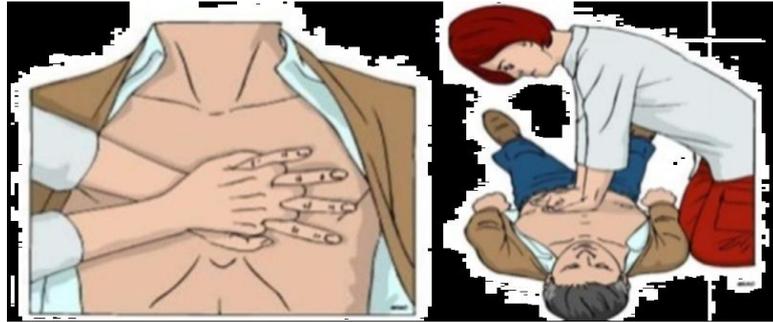
Setelah itu cuping hidung korban dijepit menggunakan ibu jari dan telunjuk agar tertutup kemudian diberikan napas buatan sebanyak dua kali, masing-masing sekitar 1 detik, buang napas seperti biasa melalui mulut. Bantuan napas diberikan dari muat atau menggunakan pelindung wajah yang diletakkan diwajah korban. Lihat dada korban saat memberikan napas buatan, apakah dadanya mengembang, kemudian tunggu hingga kembali turun memberikan napas buatan berikutnya.



Gambar 2.4. Memberikan napas buatan

## 2. Resusitasi Jantung Paru (RJP)

RJP terdiri dari penekanan dada dan bantuan napas dengan perbandingan 30:2 berarti 30 kali penekanan dada kemudian dilanjutkan dengan memberikan 2 kalibantuan napas. Bantuan napas diberikan jika penolong yakin melakukannya. Penekanan dada yang dilakukan dengan prinsip tekan kuat, tekan cepat mengembang sempurna. Memaksimalkan efektivitas penekanan dada, korban harus berada ditempat yang permukaannya datar. Penolong meletakkan pangkal telapak tangan ditengah dada korban dan meletakkan tangan yang lain diatas tangan yang pertama dengan jari-jari saling mengunci dan lengan tetap lurus.



Gambar 2.5. Posisi badan serta tangan penolong pada dada korban

Penolong memberikan penekanan dada dengan kedalaman minimal 5cm (prinsip tekan kuat) dengan minimal 100-120 kali permenit (prinsip tekan cepat). Penolong juga harus memberikan waktu bagi dada korban untuk mengembang kembali untuk memungkinkan darah terisi terlebih dahulu pada jantung (prinsip mengembang sempurna). Penolong juga harus meminimalisasi interupsi saat melakukan penekanan (prinsip interupsi minimal). RJP dilakukan bergantian setiap 2 menit (5 siklus RJP) dengan penolong lain. Penolong melakukan penekanan dada sampai alat kejut jantung otomatis (AED) datang dan siap untuk digunakan atau bantuan dari tenaga kesehatan telah datang.

### 3. Melakukan kejut jantung dengan alat kejut jantung otomatis (AED)

Alat kejut jantung otomatis (AED) merupakan alat yang dapat memberikan kejutan listrik pada korban. Pertama, pasang terlebih dahulu bantalan (*pad*) alat kejut jantung otomatis pada dada korban sesuai instruksi yang ada pada alat, setelah dinyalakan ikuti instruksi dari alat tersebut yaitu jangan menyentuh korban karena alat kejut jantung otomatis akan menganalisis irama jantung korban. Alat mengidentifikasi irama jantung yang abnormal dan membutuhkan kejut jantung, minta orang-orang agar tidak ada yang menyentuh korban, lalu penolong menekan tombol kejut jantung pada alat. Penekanan pada dada segera setelah alat memberikan kejutan listrik pada korban. Hal ini dilakukan untuk mengembalikan kelistrikan jantung seperti semula.



Gambar 2.6. Memasang bantalan (*pad*) pada dada korban sesuai petunjuk



Gambar 2.7. Meminta orang-orang disekitar agar tidak menyentuh korban jika akan melakukan kejut jantung



Gambar 2.8. Melakukan RJP setelah dilakukan kejut jantung otomatis

Posisi pemulihan dilakukan jika korban sudah bernapas dengan normal. Tidak ada standar baku untuk melakukan posisi pemulihan, yang terpenting adalah korban dimiringkan agar tidak ada tekanan pada dada korban yang bias mengganggu pernapasan. Rekomendasi posisi

pemulihan adalah meletakkan tangan kanan korban keatas, tekuk kaki kiri korban, kemudian tarik korban sehingga korban miring kearah lengan dibawah kepala korban.



Gambar 2. 9. Cara melakukan posisi pemulihan

4. Melakukan Bantuan Hidup Lanjut yang efektif
5. Melakukan resusitasi setelah henti jantung secara terintegrasi

Menurut Sudiharto and Sartono (2011) pemberian Resusitasi Jantung Paru harus dilaksanakan dengan cermat. Resusitasi Jantung Paru terdiri dari 2 tahap, yaitu:

1. Survei Primer (*Primary Survey*), yang dapat dilakukan oleh setiap orang.
2. Survei Sekunder (*Secondary Survey*), yang hanya dapat dilakukan oleh tenaga medis dan perawat terlatih yang merupakan lanjutan dari survey primer.

#### **2.3.3.1 Survei Primer (Primary Survey), yang dapat dilakukan oleh setiap orang.**

Menurut (PPNI, 2018) dalam survey primer difokuskan pada bantuan napas dan bantuan sirkulasi. Untuk dapat mengingat dengan mudah tindakan survei primer dirumuskan dengan abjad C A B.

Pedoman AHA (2010) untuk CPR merekomendasikan perubahan urutan langkah *Basic Life Support* dari A-B-C (jalan nafas, pernafasan, kompresi) ke C-A-

B (kompresi, jalan nafas, pernafasan) untuk orang dewasa, anak-anak, dan bayi (tidak termasuk yang baru lahir).

Sebelum melakukan tahapan CAB, harus terlebih dahulu dilakukan prosedur awal pada korban awat darurat, yaitu:

1. Memastikan keamanan lingkungan bagi penolong.
2. Memastikan kesadaran dari korban gawat darurat.

Untuk memastikan korban dalam keadaan sadar atau tidak penolong harus melakukan upaya agar dapat memastikan kesadaran korban gawat darurat, dapat dengan lembut dan mantap untuk mencegah pergerakan yang berlebihan, sambil memanggil namanya atau Pak!!!/ Bu!!!/ Mas!!!/ Mbak!!!.

3. Meminta pertolongan

Jika ternyata korban gawat darurat tidak memberikan respon terhadap panggilan, segera minta bantuan dengan cara berteriak “Tolong!!!” untuk mengaktifkan system pelayanan medis yang lebih lanjut.

4. Memperbaiki posisi korban gawat darurat

Untuk melakukan tindakan Basic Life Support yang efektif, korban gawat darurat harus dalam posisi tertentang dan berada pada permukaan yang rata dan keras. Jika korban ditemukan dalam posisi miring atau tengkurap, ubahlah posisi korban ke posisi terlentang. Ingat! Penolong harus membalikkan korban sebagai satu kesatuan antara kepala, leher dan bahu dipergeserkan secara bersama-sama. Jika posisi sudah terlentang, korban harus dipertahankan pada posisi horizontal dengan alas tidur yang keras dan kedua tangan diletakkan disamping tubuh.

5. Mengatur posisi penolong

Segera berlutut sejajar dengan bahu korban gawat darurat agar saat memberikan bantuan nafas dan sirkulasi, penolong tidak perlu mengubah posisi atau menggerakkan lutut.

Adapun tahapan *Primary Survey*, antara lain:

#### 1. *Circulation* (Sirkulasi)

Tahap memberikan bantuan sirkulasi terdiri dari 2 tahapan yaitu:

##### a. Memastikan ada tidaknya denyut jantung pada korban gawat darurat.

Ada tidaknya denyut jantung korban/korban dapat ditentukan dengan meraba arteri karotis di daerah leher korban, dengan 2 atau 3 jari tangan (jari telunjuk dan jari tengah) penolong dapat meraba pertengahan leher sehingga teraba trachea, kemudin kedua jari digeser ke bagian sisi kanan atau kiri 1-2 cm, raba dengan lembut selama 5-10 detik.

Jika teraba denyutan nadi, penolong harus kembali memeriksa pernafasa korban dengan melakukan maneuver tengadah kepala topang dagu menilai pernafasan korban. Jika tidak bernafas lakukan bantuan pernafasan, dan jika bernafas pertahankan jalan nafas.

##### b. Memberikan bantuan sirkulasi.

Jika telah dipastikan tidak ada denyut jantung, selanjutnya dapat diberikan bantuan sirkulasi atau yang disebut kompresi jantung luar, dilakukan dengan teknik sebagai berikut.

- 1) Dengan jari dan jari tengah penolong menelusuri tulang iga kanan atau kiri sehingga bertemu dengan tulang dada (sternum).

- 2) Dari pertemuan tulang iga (tulang sternum) diukur kurang lebih 2 atau 3 jari ke atas. Daerah tersebut merupakan tempat untuk meletakkan tangan penolong dalam memberikan bantuan sirkulasi.
- 3) Letakkan kedua tangan pada posisi tadi dengan cara menumpuk satu telapak tangan pada posisi tadi dengan cara menumpuk satu telapak tangan di atas telapak tangan lainnya, hindari jari-jari tangan menyentuh dinding dada korban, jari-jari tangan dapat diluruskan atau menyilang.
- 4) Dengan posisi badan tegak lurus, penolong menekan dinding dada korban dengan tenaga dari berat badannya secara teratur sebanyak 15 kali dengan kedalaman penekanan berkisar antara 1,5 – 2 inchi (3,8 – 5 cm).
- 5) Tekanan pada dada harus dilepaskan keseluruhan dan dada dibiarkan mengembang kembali ke posisi semula setiap kali melakukan kompresi dada. Selang waktu yang dipergunakan untuk melepaskan kompresi harus sama dengan pada saat melakukan kompresi (*50% duty cycle*).
- 6) Tangan tidak boleh lepas dari permukaan dada dan atau merubah posisi tangan pada saat melepaskan kompresi.
- 7) Rasio bantuan sirkulasi dan pemberian nafas adalah 30 : 2, dilakukan baik oleh 1 atau 2 penolong jika korban tidak terintubasi dan kecepatan kompresi adalah 100 x/menit (dilakukan 4 siklus per menit), untuk kemudian dinilai apakah perlu dilakukan siklus berikutnya atau tidak.

Menurut Panacea (2013) Langkah-langkah RJP dapat dilakukan sebagai berikut:

- 1) Berlutut di samping korban
- 2) Tentukan titik kompresi, yakni tulang dada setinggi kedua puting pada laki-laki atau 1/3 bagian bawah tulang dada. Pastikan titik kompresi bukan

di tulang rusuk atau *xiphoid*. Untuk penolong awam cukup menekan bertumpu di lengan dada.

- 3) Lakukan kompresi dengan kedua tangan yang saling mengunci. Tidak ada bukti tentang efisiensi tangan yang lebih kuat di atas atau di bawah tangan satunya.
- 4) Posisikan tubuh vertical di atas dada korban dengan lengan lurus dan manfaatkan berat tubuh penolong sebagai tenaga agar tidak cepat lelah.
- 5) Lakukan 30 kali kompresi dada secara ritmik dan tepat dengan kedalaman minimal 5 cm dan kecepatan lebih dari 100 x/menit.
- 6) Biarkan dada mengembang kembali (*recoil* sempurna) antar-kompresi. *Chest recoil* sempurna ini untuk membuat darah mencapai dan mengisi jantung.
- 7) Meminimalkan interupsi selama melakukan kompresi.
- 8) Setelah kompresi 30 kali, berikan napas bantuan (*rescue breath*) 2 kali (posisi buka *airway*, satu tangan *chin lift* (mengangkat dagu), satu tangan *head tilt* (menengadahkan kepala) dengan ibu jari dan telunjuk menutup hidung korban) masing-masing dalam waktu 1 detik, dengan volume pernafasan biasa (volume tidal = 500-600 ml). Amati pengembangan dada korban.
- 9) Dulu dipakai rasio 15:2 untuk 2 penolong. Namun sekarang, dipakai rasio 30:2, baik 2 maupun 1 penolong. Hal ini bertujuan untuk mengurangi interupsi kompresi, mengurangi kemungkinan hiperventilasi, memudahkan instruksi pengajaran dan memperbaiki ingatan keterampilan.
- 10) Hentikan RJP jika:
  - a. Bantuan telah tiba dan mengambil alih
  - b. Penolong kelelahan

c. Adanya *environmental hazard* (bahaya)

d. Korban sadar dan meminta berhenti.

Jangan berhenti melakukan kompresi jika korban mulai bernafas, membuka mata atau bergerak kecil karena hal tersebut sebenarnya merupakan tanda bahwa tindakan RJP adalah tindakan yang tepat dilakukan (bukan berarti korban telah pulih). Kompresi dada tidak berbahaya bahkan saat jantung masih berdetak. Korban tidak akan menjadi lebih parah dari sebelumnya. Kemungkinan yang terjadi adalah tulang iga (*costae*) patah, jika tidak dilakukan, pilihan lainnya adalah kematian.

11) Jika sirkulasi dan pernafasan kembali, lakukan *secondary survey assessment* dan posisikan korban pada posisi pemulihan (*recovery position*)

Dari tindakan kompresi yang benar hanya akan mencapai tekanan sistolik 60-80 mmHg, dan diastolic yang sangat rendah, sedangkan curah jantung (*cardiac output*) hanya 25% dari curah jantung normal. selang waktu mulai dari menemukan korban dan dilakukan prosedur dasar sampai dilakukan tindakan bantuan sirkulasi (kompresi dada) tidak boleh melebihi 30 detik.

## 2. *Airway* (Jalan Nafas)

Setelah selesai melakukan prosedur dasar, kemudian dilanjutkan dengan melakukan tindakan yaitu:

### a. Pemeriksaan jalan nafas

Tindakan bertujuan mengetahui ada tidaknya sumbatan jalan nafas oleh benda asing. Jika terdapat sumbatan harus dibersihkan dahulu, kalau sumbatan berupa cairan dapat dibersihkan dengan jari telunjuk atau jari tengah yang

dilapisi dengan sepotong kain, sedangkan sumbatan oleh benda keras dapat dikorek dengan menggunakan jari telunjuk yang dibengkokkan. Mulut dapat dibuka dengan teknis cross finger, dimana ibu jari diletakkan berlawanan dengan jari telunjuk pada mulut korban.

b. Membuka jalan nafas

Setelah jalan nafas dipastikan bebas dari sumbatan benda asing, bisa pada korban tidak sadar tonus otot-otot menghilang, maka lidah dan epligotis akan menutup faring dan laring, inilah salah satu penyebab sumbatan jalan nafas. Pembebasan jalan nafas oleh lidah dapat dilakukan dengan cara tengadahkepala topang dagu (*head tild-chin lift*) dan maneuver pendorongan untuk orang awam dan petugas kesehatan adalah tengadah topang dagu, namun demikian petugas kesehatan harus dapat melakukan maneuver lainnya.

Menurut (Panacea, 2013) penilaian *airway* dilakukan ketika akan melakukan *rescue breathing* setelah dilakukan *chest sompression* selama 30 kali. Pada korban yang sadar dan dapat berbicara dengan suara yang jelas tanpa ada suara tambahan terutama saat menarik nafas, maka dapat dianggap bahwa *airway* dalam keadaan baik. Saat menarik napas, hanya terdengar bunyi udara masuk. Ingat bahwa berbicara dilakukan saat ekspirasi dan tidak dapat berbicara saat inspirasi. Jika korban mengeluarkan suara tambahan saat berbicara, berarti ada sumbatan.

a. Perbaiki *Airway*

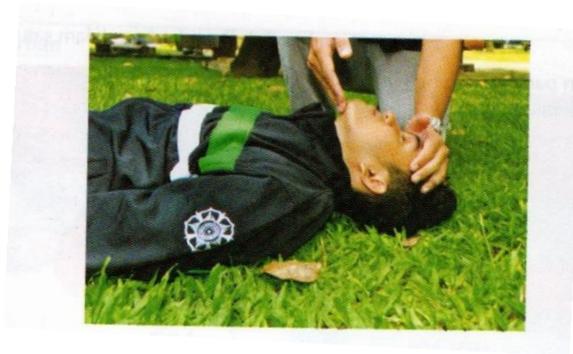
1) Buka jalan nafas

Teknik: *Manuver Head-Tilt, Chin-Lift*

Untuk membuka jalan napas yang maksimal dapat digunakan manuver ini. Teknik ini dapat digunakan pada korban yang sadar maupun tidak sadar.

Cara :

- a) Letakkan salah satu tangan penolong pada dahi korban dan ujung telunjuk dan jari tengah tangan yang lain diletakkan di bawah dagu korban
- b) Gunakan tangan untuk mendorong kepala ke belakang dan ujung jari untuk mengangkat dagu korban dan menyongkong rahang bawah.



2.10. Gambar cara melakukan headtil chin-life

Ingat : Hati-hati dalam melakukan prosedur ini, jika ditemukan adanya tanda-tanda korban dicurigai mengalami cedera *cervical*/ leher, seperti : adanya hematoma pada bagian-bagian tubuh yang berada di atas *clavicula*, keluarnya cairan atau darah dari hidung dan telinga, menurunnya kesadaran, adanya krepitasi pada spinal (tulang belakang), jauh dari ketinggian di atas 2x tinggi badan, *multiple trauma*.

b. Hilangkan sumbatan

Hal ini hanya dilakukan jika sumbatan atau obstruksi (material padat atau cair) pada mulut korban tampak dari luar dan tampak dapat dikeluarkan (*visible and removable*). Jika tidak, jangan dipaksakan karena dapat mencederai penolong sendiri dan dapat memperparah kondisi korban (obstruksi justru terdorong masuk).

- 1) Metode *finger sweep* (sapuan jari) dengan teknik *tongue jaw-lift*. Seorang korban yang tidak sadar dapat dibuka mulut dan jalan napasnya dengan teknik *tongue jaw-lift*. Teknik ini mengharuskan penolong untuk memegang lidah dan rahang bawah menggunakan jari-jari serta mengangkatnya (ibu jari memegang lidah, jari yang lain memegang rahang bawah), untuk memindahkan lidah jauh dari faring bagian belakang. Gerakan ini juga menggerakkan lidah menjauh dari benda asing yang mungkin menyumbat tenggorok bagian belakang. Hal ini akan melonggarkan obstruksi jalan nafas. Bagaimanapun juga pertahankan korban untuk menengadah dan masukkan jari telunjuk dari tangan yang bebas ke rongga mulut korban dan gerakkan jari ini dalam mulut dari dinding sebelah dalam pipi sampai pangkal lidah. Gunakan tangan sebagai suatu kait. Halau benda-benda asing yang ada, pindahkan ke mulut sehingga dapat dibuang. Pada beberapa kasus, mungkin diperlukan penggunaan jari telunjuk untuk mendorong objek asing dari tenggorok korban dengan maksud menghalau dan mengangkat objek tersebut. Prosedur ini harus dilakukan dengan hati-hati, jangan mendorong terlalu jauh dari tenggorok korban.
- 2) Untuk korban tidak sadar. Buka mulut dengan teknik *crossed-finger*. Caranya adalah gunakan salah satu tangan penolong untuk menstabilkan kening korban. Silangkan ibu jari tangan yang lain dengan telunjuk, tempatkan ibu jari di bibir bawah dan telunjuk pada gigi atas. Buka *crossing*, maka mulut korban akan

terbuka, dan tahan rahang bawah agar tidak menutup. Setelah itu lepaskan tangan yang ada dikening dan gunakan telunjuknya agar tidak menutup. Setelah itu lepaskan tangan yang ada dikening dan gunakan telunjuknya seperti pada prosedur *tongue-jaw lift*.

Pada orang dewasa, keadaan tidak sadar merupakan bahaya laten untuk *airway* karena cairan dalam mulut dapat masuk dalam *trachea*, kemudian masuk paru. Posisi terbaik pada keadaan ini adalah posisi pulih (*recovery position*), karena cairan akan mengalir keluar mulut. Ingat, posisi ini tidak boleh dilakukan pada keadaan cedera (trauma).

Pada bayi tidur terlentang biasa akan menyebabkan kepala tertekuk ke depan (fleksi) sehingga mempersulit pernafasan. Posisi terbaik adalah dengan dilakukan sedikit pendongakan (hiperekstensi) pada leher dengan cara menaruh bantal kecil lipatan atau handuk dibawah bahu (posisi mengendus/ *sniffing position*)

3) Posisi miring stabil/ posisi pulih *recovery position*). Korban non trauma dapat diletakkan pada sisi kirinya untuk membantu mempertahankan tetap terbuka jalan nafasnya. Leher harus ekstensi (mendongak) sehingga kepala tidak fleksi (menekuk) ke depan ke arah dada. Ketika korban berada dalam posisi ini, lidah bergerak ke depan sehingga tidak menyumbat jalan nafas dan *saliva*, mucus serta muntahan dapat keluar sehingga dapat membantu terbukannya jalan nafas. Posisi ini sering disebut posisi *recovery* atau posisi pemulihan. Adapun prosedur posisi pulih:

- a) Penolong berlutut disamping korban dengan kedua kaki lurus. Lengan korban yang paling dekat dengan penolong ditekuk membuat sudut

siku-siku dengan badannya, siku ditekuk dan telapak tangan membuka ke atas.



2.11 gambar memposisikan pemulihan

b) Silangkan lengan korban yang jauh pada dadanya, telapak tangannya memegang pipi.



2.12 Gambar memposisikan pemulihan

c) Pegang paha korban yang jauh dengan tangan penolong yang lain, dengan lutut korban ditekuk ke atas, kaki korban menginjak lantai. Pegang tangan korban supaya terus memegang pipi. Tarik badannya ke arah penolong melalui tangan yang memegang paha.



2.13 Gambar memposisikan pemulihan

- d) Tarik kepala korban ke belakang supaya jalan nafas selalu terbuka. Jika perlu atur tangannya agar tetap menopang kepala. Atur kaki korban yang ada di atas agar panggul dan lututnya membentuk siku-siku. Periksa nadi dan pernafasannya secara teratur.



2.14 Gambar memposisikan pemulihan



2.15 Gambar memposisikan pemulihan

### 3. *Breathing* (Bantuan Pernafasan)

Memberikan bantuan nafas terdiri dari 2 tahap yaitu :

- a. Memastikan korban tidak bernafas

Dengan cara melihat pergerakan naik turunnya dada, mendengar bunyi nafas dan merasakan hembusan nafas korban. Untuk itu penolong harus mendekatkan telinga di atas mulut dan hidung korban, sambil tetap mempertahankan jalan nafas tetap terbuka. Prosedur ini dilakukan tidak boleh melebihi 10 detik.

b. Memberikan bantuan nafas

Jika korban tidak bernafas, bantuan nafas dapat dilakukan melalui mulut ke mulut, mulut ke hidung atau mulut ke stoma (lubang yang dibuat pada tenggorokan) dengan cara memberikan hembusan nafas 2 kali hembusan, waktu yang dibutuhkan untuk tiap kali hembusan adalah 1,5 – 2 detik dan volume udara yang dihembuskan adalah 700 – 1000 ml (10 ml/kg) atau sampai dada korban terlihat mengembang. Penolong harus menarik nafas dalam pada saat akan menghembuska nafas agar tercapai volume udara yang cukup.

Konsentrasi oksigen yang dapat diberikan hanya 16-17%. Penolong juga harus memperhatikan respon dari korban gawat darurat setelah diberikan bantuan nafas.

Cara memberikan bantuan nafas:

1) Mulut ke mulut

Bantuan pernafasan dengan menggunakan cara ini merupakan cara yang tepat dan efektif untuk memberikan udara ke paru-paru korban gawat darurat. Pada saat dilakukan hembusan nafas dari mulut ke mulut, penolong harus mengambil nafas dalam terlebih dahulu dan mulut penolong harus dapat menutup seluruhnya mulut korban dengan baik agar

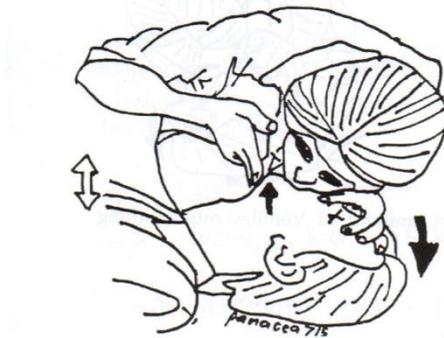
tidak terjadi kebocoran saat menghembuskan nafas dan juga penolong harus menutup lubang hidung dengan ibu jari dan jari telunjuk untuk mencegah udara keluar kembali dari hidung.

Volume udara yang diberikan pada kebanyakan orang dewasa adalah 700-1000 ml (10 ml/kg). Volume udara yang berlebihan dan laju inspirasi yang terlalu cepat dapat menyebabkan udara memasuki lambung, sehingga terjadi distensi lambung.

Menurut Panacea (2013) ketika memberikan bantuan pernafasan, penolong harus:

- a) Melihat gerakan dada, dengan aliran udara, rasakan pertukaran udara. Perhatikan hal-hal yang kelihatannya tidak wajar seperti pergerakan dada yang abnormal.
- b) Memantapkan posisi korban dalam posisi *head-tilt chin-lift* dan tutupi lubang hidung dengan ibu jari dan telunjuk tangan yang menerkan dahi korban.
- c) Membuka mulut lebar-lebar (tidak perlu ambil napas dalam).
- d) Menempatkan mulut penolong mengelilingi mulut korban, dan eratkan mulut korban dengan menggunakan bibirnya.
- e) Menerkan lubang hidung korban sehingga hidungnya tertutup.
- f) Menghembuskan napas ke dalam mulut korban hingga terlihat pengembangan dada dan rasakan tahanan yang disebabkan oleh pengembangan paru. Hentikan menghembus ketika terlihat dadanya untuk mencegah overventilasi.

g) Menyudahi kontak mulut dengan korban, dan lepaskan tekanan pada hidung agar ia dapat berekspirasi pasif, lalu ulangi lagi. Setiap *rescue*



1 detik.

2.16 Gambar mempraktekan mulut ke hidung

## 2) Mulut ke hidung

Teknik ini direkomendasikan jika usaha ventilasi dari mulut korban tidak memungkinkan, misalnya pada trismus atau dimana mulut korban mengalami luka yang berat, dan sebaliknya, jika melalui hidung, penolong harus menutup mulut korban.



2.17 Gambar mempratekan mulut ke stoma

## 3) Mulut ke stoma

Korban yang mengalami laringotomi, mempunyai lubang (stoma) yang menghubungkan trachea langsung ke kulit. Bila korban mengalami kesulitan pernafasan maka harus dilakukan ventilasi dari mulut ke stoma.

## **1.4 Konsep Kemampuan Kognitif**

### **1.4.1 Pengertian Kemampuan Kognitif**

Kemampuan kognitif adalah hasil dari hubungan perkembangan otak dan sistem nervous dan pengalaman-pengalaman yang membantu individu memperoleh pengetahuan untuk beradaptasi dengan lingkungan. (Djiwandono, 2010) Pengetahuan (*knowledge*) adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni: indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behaviour*). Pengetahuan diperlukan sebagai dukungan dalam menumbuhkan rasa percaya diri maupun sikap dan perilaku setiap hari, sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan fakta yang mendukung tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007).

### **1.4.2 Tingkat Kognitif**

Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa pengetahuan yang dicakup dalam bidang atau ranah kognitif mempunyai enam tingkatan bergerak dari yang sederhana sampai pada yang kompleks yaitu:

#### **a. Tahu (*Know*)**

Mengetahui berdasarkan mengingat kepada bahan yang sudah dipelajari sebelumnya. Mengetahui dapat menyangkut bahan yang luas atau sempit seperti

fakta (sempit) dan teori (luas). Namun, apa yang diketahui hanya sekedar informasi yang dapat disingkat saja. Oleh karena itu tahu merupakan tingkat yang paling rendah.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*Application*)

Penerapan adalah kemampuan menggunakan suatu ilmu yang sudah dipelajari ke dalam situasi baru seperti menerapkan suatu metode, konsep, prinsip atau teori.

d. Analisa (*Analysis*)

Analisa adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitan suatu sama lainnya.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, misalnya dapat menyusun, merencanakan, meringkas.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkenaan dengan kemampuan menggunakan pengetahuan untuk membuat penelitian terhadap suatu berdasarkan maksud atau kriteria tertentu

### 1.4.3 Faktor yang Mempengaruhi Kognitif

Menurut Mubarak (2007) ada tujuh faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu:

#### 1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula menerima informasi, dan pada akhirnya semakin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang penerimaan informasi dan nilai-nilai baru diperkenalkan.

#### 2) Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.

#### 3) Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek psikis dan psikologi (mental). Perubahan fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Pada aspek psikologis dan mental taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa.

#### 4) Minat

Sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap suatu minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni sesuatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih dalam.

#### 5) Pengalaman

Suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang baik seseorang berusaha untuk melupakan, namun jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang membekas dalam emosi sehingga menimbulkan sikap positif.

6) Kebudayaan

Kebudayaan lingkungan sekitar, apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan.

7) Informasi

Kemudahan memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

#### **1.4.4 Cara Memperoleh Pengetahuan**

Cara memperoleh pengetahuan yang dikutip dari Notoadmojo, 2003:11 dalam (Wawan and Dewi, 2011) adalah sebagai berikut:

1. Cara kuno untuk memperoleh pengetahuan

a. Cara coba salah (*Trial and Error*)

Cara ini telah dipakai orang sebelum kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan itu tidak berhasil maka dicoba. Kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

b. Cara kekuasaan atau otoritas

Sumber pengetahuan cara ini dapat berupa pemimpin-pimpinan masyarakat baik formal atau informal, ahli agama, pemegang pemerintah, dan berbagai prinsip orang lain yang menerima mempunyai yang dikemukakan orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji terlebih dahulu untuk membuktikan kebenarannya, baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri.

c. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman pribadipun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalamana yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi masa lalu.

## 2. Cara modern untuk memperoleh pengetahuan

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau populer atau disebut dengan metodologi penelitian. Cara ini mula-mula dikembangkan oleh *Francis Bacon* (1561-1626), kemudian dikembangkan oleh *Deobold Van Daven*. Akhirnya lahir suatu cara untuk melakukan penelitian yang dewasa ini kita kenal dengan penelitian ilmiah.

### 2.4.5 Cara Mengukur Kognitif

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau kuisioner yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo S. , 2012) Menurut Wawan&Dewi (2010) tingkat pengetahuan ada tiga yaitu:

Kriteria untuk menilai dari tingkatan pengetahuan menggunakan nilai:  $\frac{Sp}{Sm} \times 100\%$

Sp: Skor yang didapat

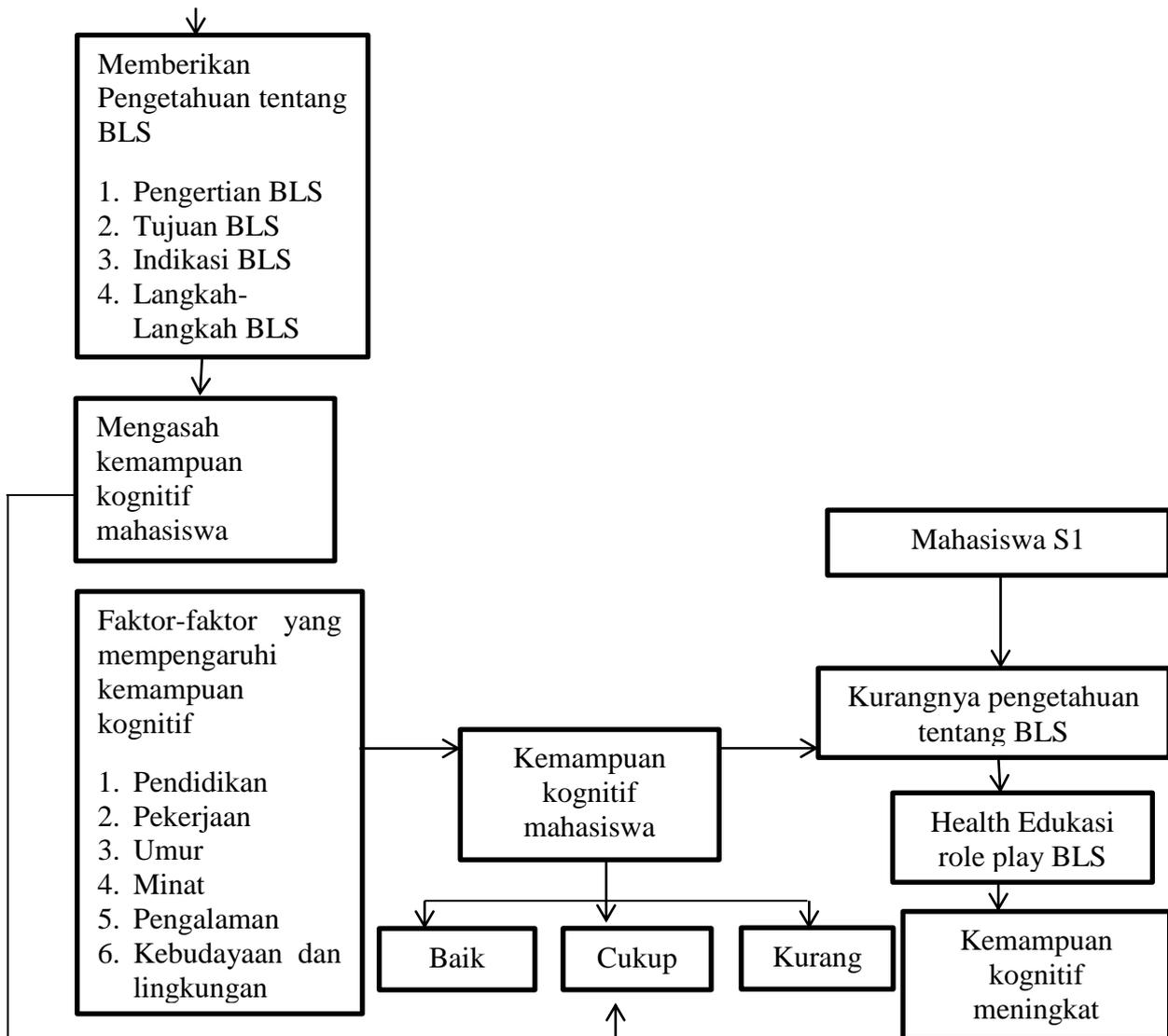
Sm= Skor tertinggi maksimum

- Tingkat pengetahuan baik bila jumlah jawaban benar 76%-100%
- Tingkat pengetahuan cukup bila jumlah jawaban benar 56%-75%
- Tingkat pengetahuan kurang bila jumlah jawaban benar <56%

## 1.5 Kerangka Teori

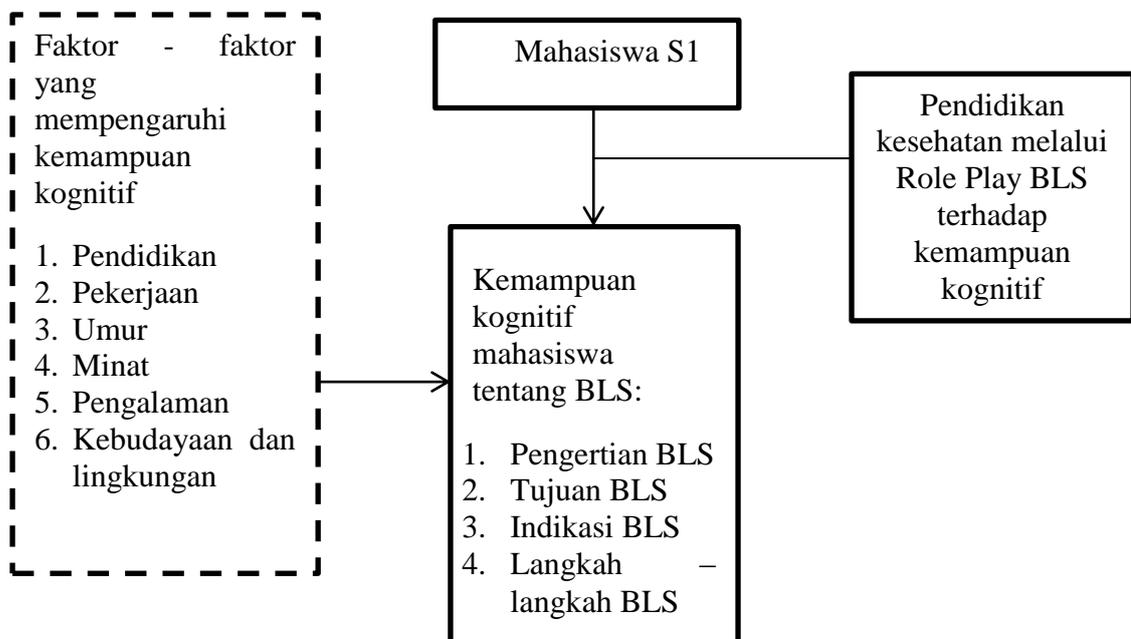
Kerangka teori penelitian merupakan kumpulan teori yang mendasari topik penelitian, yang disusun berdasarkan pada teori yang sudah ada dalam tinjauan teori dan mengikuti kaidah input, proses dan output (Saryono, 2011)

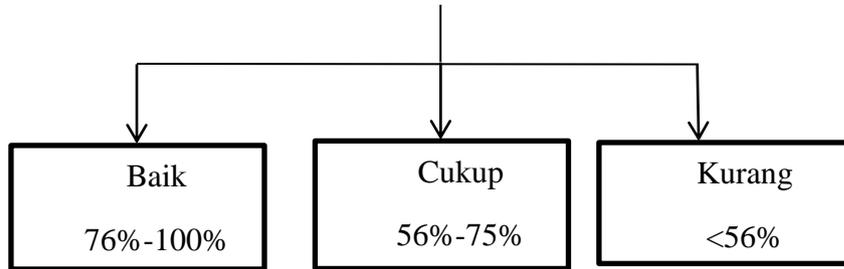




Gambar 2.10 Kerangka Teori Pengaruh Edukasi Metode Role Play Basic Life Support terhadap Kemampuan Kognitif Mahasiswa Kererawatan S1di Stikes Bina Sehat PPNI Mojokerto dalam penanganan kecelakaan.

### 1.6 Kerangka Konsep





Keterangan :

----- : Variabel yang tidak di teliti

——— : Variabel yang diteliti

**Gambar 2.11 Kerangka Konsep Pengaruh Edukasi Metode Role Play Basic Life Support terhadap Kemampuan Kognitif Mahasiswa Kererawatan S1di Stikes Bina Sehat PPNI Mojokerto dalam penanganan kecelakaan.**

## 1.7 Hipotesis

Hipotesis adalah dugaan sementara terhadap kejadian hubungan variabel yang akan diteliti (Notoatmodjo S. , 2012). Hipotesis penelitian ini adalah: Ada Pengaruh Edukasi Metode Role Play Basic Life Support (BLS) Terhadap Kemampuan Kognitif Mahasiswa Keperawatan S1 di Stikes Bina Sehat PPNI Mojokerto Dalam Penanganan Kecelakaan.