

**SKRIPSI**

**GAMBARAN EVALUASI NILAI PENGETAHUAN DAN *SKILL BASIC*  
*LIFE SUPPORT* (BLS) MAHASISWA PROGRAM STUDI NERS  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**



OLEH:

**ANDRI PRIANTO**

**C121 16 014**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2020**



Halaman Persetujuan Skripsi

**GAMBARAN EVALUASI NILAI PENGETAHUAN DAN *SKILL BASIC LIFE SUPPORT* (BLS) MAHASISWA PROGRAM STUDI NERS FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

oleh :

**ANDRI PRIANTO**

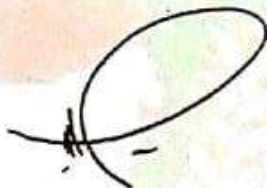
**C12116014**

Disetujui Untuk diajukan dihadapan Tim Penguji Akhir Skripsi Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

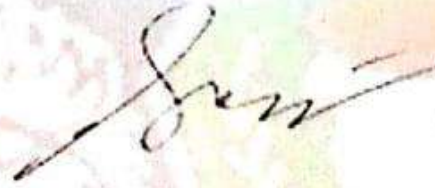
Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



**Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes**  
NIP. 19770421 200912 1 003



**Syahrul Ningrat, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB**  
NIK. 19831016 201801 5 001

Diketahui,

Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin



**Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M. Si**  
NIP. 196804212001122002



Halaman Pengesahan Skripsi

**GAMBARAN EVALUASI NILAI PENGETAHUAN DAN *SKILL BASIC LIFE SUPPORT* (BLS) MAHASISWA PROGRAM STUDI NERS FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir  
Pada

Hari/ Tanggal: Jumat/15 Mei 2020

Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Via Online

Disusun Oleh :

**ANDRI PRIANTO**  
**C12116014**

Dan yang bersangkutan dinyatakan


**LULUS**

**Tim Penguji Akhir**

Pembimbing I : Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes ( )  
Pembimbing II : Syahrul Ningrat, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB ( )  
Penguji I : Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si ( )  
Penguji II : Abd. Majid, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB ( )

Mengetahui,

Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin

  
**Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M. Si**  
NIP. 19680421 200112 2 002



## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertandatangan di bawa ini:

Nama : Andri Prianto

NIM : C12116014

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia memepertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan yang tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan sama sekali.

Makassar, Juli 2020

Yang membuat pernyataan,



Andri Prianto



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## KATA PENGANTAR

*Assalamualaikum Wr Wb*

Puji syukur kita panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidayat, dan karunia-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi penelitian yang berjudul “Gambaran Evaluasi Nilai Pengetahuan dan *Skill Basic Life Support* (BLS) Mahasiswa Program Studi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin”

Proses penyelesaian skripsi penelitian ini sangat disadari penulis banyaknya pihak yang selalu membantu dalam proses ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Si selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes dan Syahrul Ningrat, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku pembimbing pertama dan kedua yang sangat berperan penting dalam penyelesaian proposal ini. Selama bimbingan beliau sangat sabar dan selalu memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian proposal penelitian ini.
4. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si dan Bapak Abdul Majid, p.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku penguji pertama dan kedua yang ntiasa selalu memberikan saran kepada penulis dan memberikan motivasi m penyusunan skripsi ini.



5. Seluruh Dosen, Staf Akademik, dan Staf Perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang banyak membantu selama proses perkuliahan dan penyusunan skripsi ini.
6. Orang tua tercinta dan keluarga yang selalu mendoakan dan selalu memberikan semangat agar penulis segera menyelesaikan perkuliahan ini.
7. Harfiah Lutfia Ilham sebagai seseorang yang selalu ada dan selalu membantu sejak masuk kuliah hingga penyelesaian tugas akhir ini yaitu skripsi. Seseorang yang selalu memotivasi dan memberikan dukungan yang tak pernah henti.

Dari semua bantuan, bimbingan, dan doa yang telah diberikan kepada penulis, semoga Allah SWT senantiasa memberikan rahmat, hidayah, dan karunia-Nya kepada hamba-Nya yang selalu membantu dan meringankan beban sesama umat manusia.

Penyusunan skripsi penelitian ini sangat disadari oleh peneliti jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, peneliti berharap adanya kritik dan saran yang bersifat membangun kepada peneliti agar penyusunan skripsi ini dapat dibuat lebih baik lagi. Akhir kata mohon maaf atas segala kekurangan dan khilaf penulis.

Makassar, 11 Maret 2020

Andri Prianto



## ABSTRAK

Andri Prianto. C12116014. **GAMBARAN EVALUASI NILAI PENGETAHUAN DAN SKILL BASIC LIFE SUPPORT (BLS) MAHASISWA PROGRAM STUDI NERS FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANNUDIN**, dibimbing oleh Takdir Tahir dan Syahrul Ningrat.

**Latar belakang:** Mahasiswa Program studi ners sebagai calon perawat harus memiliki pengetahuan dan skill yang baik dalam melakukan tindakan BLS, hal ini sangat penting karena tindakan BLS dilakukan untuk menolong korban dengan henti jantung baik dirumah sakit maupun diluar rumah sakit. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran evaluasi nilai pengetahuan dan skill BLS oleh mahasiswa program studi ners fakultas keperawatan universitas hasanuddin saat mengikuti pelatihan dan durasi pasca pelatihan.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan metode *deskriptif*. Instrumen yang digunakan adalah kuisisioner pertanyaan untuk menilai pengetahuan dan lembar observasi untuk melihat nilai *skill*. Sampel pada penelitian ini berjumlah 47 responden mahasiswa yang sedang menjalani pofesi ners yang terdiri dari angkatan 2019 dan 2020.

**Hasil:** Pada penelitian ini diperoleh hasil yaitu evaluasi nilai pengetahuan dan *skill* BLS mahasiswa program studi ners mengalami penurunan pasca pelatihan dengan nilai rata-rata pengetahuan dari  $\pm 97,64$  menjadi  $\pm 75,30$  dan nilai rata-rata *skill* dari  $\pm 89,62$  menjadi  $\pm 79,80$ .

**Kesimpulan dan Saran:** Disimpulkan bahwa adanya penurunan nilai pengetahuan dan *skill* BLS mahasiswa program studi ners yang menunjukkan mahasiswa tidak meriview kembali materi mengenai BLS. Sehingga mahasiswa perlu meriview materi mengenai BLS agar selalau mengingat kembali materi yang telah didapatkan sebelumnya minimal 3 bulan.

**Kata Kunci** : BLS, Evaluasi, Pengetahuan, Skill

**Kepustakaan** : 51 (2010-2020)



## ABSTRACT

Andri Prianto. C12116014. **DESCRIPTION OF EVALUATION KNOWLEDGE AND SKILL VALUES BASIC LIFE SUPPORT (BLS) STUDENTS OF PROGRAM STUDENT NERS FACULTY OF NURSING HASANNUDIN UNIVERSITY**, guided by Takdir Tahir and Syahrul Ningrat.

**Background:** Nurses study program students as prospective nurses must have good knowledge and skills in performing BLS actions, this is very important because BLS actions are carried out to help victims with cardiac arrest both in the hospital and outside the hospital. **Objective:** This study aims to determine the evaluation of the value of BLS knowledge and skills by students of the Nursing Study Program at the Hasanuddin University Nursing Faculty while attending training and the duration of post-training.

**Method:** This research uses descriptive method. The instrument used was a question questionnaire to assess knowledge and observation sheets to see the value of skills. The sample in this study amounted to 47 student respondents who were undergoing nurses profession consisting of class 2019 and 2020.

**Results:** In this study, the results obtained are evaluating the value of BLS knowledge and skills of nurses study programs decreased after training with an average value of knowledge from  $\pm 97,64$  to  $\pm 75,30$  and the average value of skills from  $\pm 89,62$  to  $\pm 79,80$ .

**Conclusions and Recommendations:** It was concluded that there was a decrease in the value of BLS knowledge and skills of nurses study program students which showed students did not review material about BLS. So students need to review the material about BLS so that they always remember the material that has been obtained before at least 3 months

**Keywords** : BLS, Evaluation, Knowledge, Skills

**Bibliography** : 51 (2010-2020)







<b>B. Tempat dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>30</b>
<b>C. Populasi dan Sampel .....</b>	<b>30</b>
<b>D. Alur Penelitian.....</b>	<b>32</b>
<b>E. Variabel Penelitian.....</b>	<b>32</b>
<b>F. Instrumen Penelitian.....</b>	<b>34</b>
<b>G. Pengolahan dan Analisa Data.....</b>	<b>34</b>
<b>H. Masalah Etika.....</b>	<b>35</b>
<b>BAB V.....</b>	<b>41</b>
<b>A. Hasil Penelitian.....</b>	<b>41</b>
<b>B. Pembahasan .....</b>	<b>46</b>
<b>BAB VI.....</b>	<b>55</b>
<b>A. Kesimpulan .....</b>	<b>55</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>57</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>62</b>



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Rantai Kelangsungan Hidup di Dalam Rumah Sakit .....	10
Gambar 2. 2 Rantai Kelangsungan Hidup diluar Rumah Sakit .....	12
Gambar 2. 3 Algoritma BLS Pada Pasien Dewasa .....	17



## DAFTAR TABEL

Tabel 5. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Angkatan (n=47).....	42
Tabel 5. 2 Karakteristik Responden Berdasarkan Presentase dan Rata-rata Nilai Pengetahuan Post Test dan Durasi Pasca Pelatihan BLS terhadap Mahasiswa Program Studi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin (n=47) .....	43
Tabel 5. 3 Distribusi Frekuensi Item Pengetahuan BLS terhadap Mahasiswa Program Studi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin (n=47) .....	44
Tabel 5. 4 Karakteristik Responden Berdasarkan Persentase Nilai Skill Post Tes dan Durasi Pasca Pelatihan BLS terhadap Mahasiswa Program Studi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin (n=47) .....	45
Tabel 5. 5 Distribusi Frekuensi Item Skill BLS terhadap Mahasiswa Program Studi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin (n=47) .....	46



## DAFTAR BAGAN

3.1 Kerangka Konsep.....	25
4.1 Alur Penelitian.....	28



## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Surat Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Kuesioner Penelitian

Lampiran 4 Master Tabel

Lampiran 5 Hasil Analisa Data

Lampiran 6 Surat-surat



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Henti jantung merupakan suatu kondisi hilangnya fungsi jantung pada seseorang secara tiba-tiba yang mungkin atau tidak terdiagnosis penyakit jantung. Berdasarkan data *American Heart Association* (AHA, 2014), sedikitnya terdapat 2 juta kematian akibat henti jantung diseluruh dunia serta mengkaji layanan gawat darurat menemukan adanya lebih dari 420.000 Henti jantung terjadi di luar rumah sakit di Amerika Serikat tiap tahunnya.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013), menyatakan prevalensi gagal jantung di Indonesia sebanyak 0,13% atau diperkirakan sekitar 229.696 orang dan yang mengalami gejala sebesar 0,3% atau di perkirakan sekitar 530.068 orang. Sementara itu, menurut *Indonesian Heart Association* (2015) angka kejadian henti jantung di Indonesia berkisar 10 dari 100.000 orang normal yang berusia di bawah 35 tahun dan pertahunnya mencapai sekitar 300.000-350.000 kejadian. Hasil dari Riskesdas (2018), prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk semua umur di Indonesia sebesar 1,017,290 orang atau sekitar 1,5%.

Jumlah pasien penyakit gagal jantung di Provinsi Sulawesi Selatan sebanyak 4.017 orang atau sekitar 0,7% (Riskesdas,2013). Sedangkan hasil Riskesdas (2018) prevalensi penyakit jantung yang terdiagnosa dokter pada penduduk semua umur menurut provinsi, didapatkan bahwa di Provinsi Sulawesi



Selatan jumlah penduduk yang mengalami penyakit jantung sebesar 33,693 orang atau sekitar 1,5%.

Jumlah pasien yang dirawat dengan gagal jantung selama 6 tahun terakhir (2013-2018) di *Cardiac Centre* atau Pusat Jantung Terpadu (PJT) Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, data yang didapatkan jumlah rata-rata pasien gagal jantung yang dirawat pada tahun 2013 terdaftar 35 pasien/bulan, tahun 2014 terdaftar 34 pasien/bulan, tahun 2015 terdaftar 36 pasien/ bulan, tahun 2016 terdaftar 40 pasien/ bulan dan pada tahun 2017 (Januari-Mei) terdaftar 47 pasien/bulan sedangkan tahun 2018 (januari-desember) jumlah kasus sebanyak 556 orang atau sekitar 46 pasien/bulan (Instalasi Rekam Medik RSWS, 2018).

Henti jantung dan kasus darurat yang mengancam nyawa merupakan masalah kesehatan global yang sangat penting, dimana penilaian awal yang cepat dan respon yang benar dapat mencegah kematian atau kecacatan permanen (Lami, Nair, & Gadvhi, 2016). Kematian terjadi biasanya karena ketidakmampuan petugas kesehatan untuk menangani penderita pada fase gawat darurat (*golden period*). Ketidakmampuan tersebut bisa disebabkan oleh tingkat keparahan, kurang memadainya peralatan, belum adanya sistem yang terpadu dan pengetahuan dalam penanggulangan darurat yang masih kurang, keadaan seseorang yang menjadi korban kecelakaan dapat semakin memburuk dan bahkan berujung kematian apabila tidak ditangani secara cepat (*Resucitation*

*il*, 2010).





Kematian yang diakibatkan oleh henti jantung dapat dicegah dengan melakukan *Basic Life Support* dengan langkah-langkah *chain of survival* (Nolan, 2010). Salah satu komponen dari *chain of survival* yaitu Resusitasi Jantung Paru (RJP) yang berkualitas (Gruber, 2012). Pemberian BLS dengan segera terhadap korban serangan jantung mendadak hanya mendapatkan dua atau tiga kesempatan untuk bertahan hidup, namun hanya 32% dari korban henti jantung yang mendapatkan pertolongan BLS dengan cepat (AHA, 2011).

Mahasiswa profesi ners sebagai calon perawat harus memiliki tingkat pengetahuan dan *skill* yang baik dalam melakukan pertolongan pada korban henti jantung. Hal ini penting karena mahasiswa profesi ikut bertanggung jawab terhadap pasien yang membutuhkan pertolongan BLS. Untuk memperoleh pengetahuan dan *skill* dalam melakukan BLS, mahasiswa profesi sangat membutuhkan pelatihan serta proses pembelajaran yang terus-menerus sehingga dapat menguasai dengan baik teknik-teknik BLS. Namun seseorang yang telah mempunyai pengetahuan belum tentu memiliki *skill* atau kemampuan yang memadai, karena ada tiga aspek tingkatan perilaku seseorang yaitu pengetahuan, sikap dan perilaku atau kemampuan psikomotor (Notoatmodjo, 2010).

Hasil penelitian Sangamesh N.C et al. (2017) tentang Kesadaran, Sikap, dan Pengetahuan tentang *Basic Life Support* antara Fakultas Kedokteran Umum, Kedokteran Gigi, dan Keperawatan Mahasiswa di Rumah Sakit Universitas didapatkan bahwa masing-masing memiliki pengetahuan yang buruk yaitu 47%,

dan 38%. Mayoritas peserta belum pernah melakukan BLS , dan hanya



sedikit dari mereka mengikuti pelatihan BLS yang menunjukkan buruknya paparan pelatihan mengenai BLS.

Penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa keperawatan universitas hasanuddin (Saifuddin, 2017) tentang gambaran pengetahuan dan pelaksanaan RJP pada mahasiswa profesi program studi ilmu keperawatan universitas hasanuddin didapatkan mahasiswa profesi yang memiliki kemampuan kurang baik yaitu sekitar 39,3% atau 33 orang dari 84 responden. Mahasiswa profesi kurang baik dalam melakukan kompresi dada selama 30 kali, posisi kurang tepat dalam melakukan kompresi dan kurang dalam melakukan evaluasi setiap 5 siklus. Hal ini menunjukkan mahasiswa profesi yang telah mendapatkan pelatihan sebelumnya masih ada yang belum mampu atau kurang dalam melakukan BLS.

Data yang telah dipaparkan diatas mengenai tingkat pengetahuan mahasiswa profesi keperawatan dalam melakukan tindakan BLS, masih sebagian besar belum menguasai teknik BLS dengan benar. Sudah diketahui sebelumnya bahwa mahasiswa keperawatan yang akan melaksanakan profesi di rumah sakit sudah dibekali dengan pelatihan BLS. Sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian pada mahasiswa program studi ners fakultas keperawatan universitas hasanuddin dengan judul penelitian “Gambaran Evaluasi Nilai Pengetahuan Dan *Basic Life Support* (BLS) Mahasiswa Program Studi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin”.



## B. Rumusan Masalah

Kejadian henti jantung biasanya berlangsung cepat dan tidak bisa diprediksi kapan akan terjadi. Dalam situasi seperti ini langkah terbaik adalah melakukan upaya pertolongan yang tepat dan cepat untuk mengantisipasinya. Keberhasilan pertolongan sangat tergantung pada penolong dalam memberikan *Basic Life Support*. Namun tidak semua tenaga kesehatan termasuk mahasiswa kesehatan mengetahui dengan baik tentang pemberian *Basic Life Support*. Sehingga diperlukan pelatihan yang berkualitas sebagai upaya meningkatkan pengetahuan dan *skill*. Akan tetapi, tidak diketahui apakah . Hal ini lah yang mendasari peneliti merumuskan masalah: Bagaimanakah Gambaran Evaluasi Nilai Pengetahuan dan *Skill Basic Life Support* (BLS) Mahasiswa Program Studi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin?

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Teridentifikasi Evaluasi Nilai Pengetahuan Dan *Skill* Basic Life Support Mahasiswa Program Studi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

### 2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui nilai pengetahuan mahasiswa program studi ners fakultas keperawatan universitas hasanuddin terhadap *Basic Life Support* saat mendapatkan pelatihan dan pasca pelatihan.



- b. Diketahui nilai *skill* mahasiswa program studi ners fakultas keperawatan universitas hasanuddin terhadap pelaksanaan *Basic Life Support* saat mendapatkan pelatihan dan pasca pelatihan.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Bagi Institusi

Sebagai bahan masukan dalam upaya meningkatkan kualitas mahasiswa keperawatan sehingga menjadi perawat yang profesional dalam bidang kegawatdaruratan.

##### 2. Bagi Profesi

Menjadi bahan masukan dalam menambah wawasan ilmu keperawatan terutama dalam pelaksanaan kegawatdaruratan.

##### 3. Bagi Peneliti

Sebagai pengalaman berharga dan menambah wawasan ilmu pengetahuan baru tentang penelitian ilmiah dalam bidang kegawatdaruratan.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Tentang *Basic Life Support*

##### 1. Definisi *Basic Life Support*

*Basic Life Support* adalah sekumpulan tindakan yang bertujuan untuk mempertahankan dan mengembalikan fungsi organ penting pada korban henti jantung dan napas. Tindakan tersebut terdiri dari pemberian kompresi dada dan bantuan napas (Hardisman, 2014).

*Basic Life Support* adalah praktik penyelamatan nyawa dimana penyelamat berusaha mempertahankan patensi jalan napas, mendukung pernapasan, dan sirkulasi tanpa menggunakan peralatan kecuali alat pelindung diri. Tindakan *Basic Life Support* biasanya digunakan untuk menyelamatkan nyawa pasien dan korban yang menderita henti jantung mendadak dimana jantung menghentikan fungsi kritisnya memompa darah ke seluruh tubuh. Defibrilator dapat digunakan untuk merangsang otot-otot jantung mendapatkan kembali kekuatan untuk berkontraksi lagi (Mani, 2014).

*Basic Life Support* merupakan teknik penyelamatan medis secara modern yang terdiri dari serangkaian tindakan penyelamatan untuk orang dengan henti jantung. Tindakan penyelamatan tersebut berupa kompresi dada dan bantuan napas yang membantu mengembalikan aliran darah yang mengandung oksigen ke organ vital terhadap seseorang dengan henti jantung

(Harbi MM, et al, 2016).



## 2. Tujuan *Basic Life Support*

Menurut AHA (2015) tindakan *Basic Life Support* memiliki tujuan, diantaranya yaitu:

- a. Mempertahankan dan mengembalikan fungsi oksigenasi organ-organ vital (otak, jantung, dan paru-paru).
- b. Mempertahankan hidup dan mencegah kematian.
- c. Mencegah komplikasi yang bisa timbul akibat kecelakaan.
- d. Mencegah tindakan yang dapat membahayakan korban.
- e. Melindungi orang yang tidak sadar.
- f. Mencegah berhentinya sirkulasi atau berhentinya respirasi.
- g. Memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan ventilasi dari korban yang mengalami henti jantung dan henti napas melalui resusitasi jantung paru (RJP).

Prinsip utama *Basic Life Support* adalah mengalirkan sirkulasi darah dan pemberian napas melalui jalan napas yang bersih, sehingga proses kerusakan organ-organ tubuh dapat dihambat (Ditjen Yankes, 2018).

## 3. Indikasi *Basic Life Support*

- a. Henti Jantung

Henti jantung adalah suatu keadaan saat sirkulasi darah berhenti akibat kegagalan jantung untuk berkontraksi secara efektif. Keadaan henti jantung ditandai dengan tidak adanya nadi dan tanda-tanda sirkulasi

(AHA, 2015).



Henti jantung adalah hilangnya fungsi pompa jantung secara mendadak dan terjadi secara tiba-tiba yang dipicu oleh kerusakan listrik pada jantung yang menyebabkan detak jantung tidak teratur (*aritmia*) dan selanjutnya akan menyebabkan gangguan pompa jantung, sehingga jantung tidak bisa memompa darah ke otak, paru-paru, dan organ lainnya (Hazinski, M.F. et al, 2015).

b. Henti Napas

Henti napas 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 radang epiglotis, tercekik (*suffocation*), trauma, dan lain-lain (AHA, 2010).

Henti napas ditandai dengan tidak adanya gerakan dada dan aliran udara pernapasan dari korban dan ini merupakan kasus yang harus dilakukan tindakan Basic Life Support (Wiryana IM, et al, 2010).

4. Rantai Kelangsungan Hidup (*chain of survival*)

Konsep Rantai Kelangsungan Hidup adalah pendekatan yang terbaik untuk penanganan korban dengan henti jantung. Dalam panduan AHA (2015) rantai kelangsungan hidup dibagi menjadi dua pendekatan yaitu :



a. Pendekatan di dalam rumah sakit (*Intra Hospital Cardiac Arrest/ IHCA*)



Gambar 2. 1 Rantai Kelangsungan Hidup di Dalam Rumah Sakit

Lima rantai dalam konsep ini adalah pengenalan adanya pemburukan kondisi pasien, pengaktifan tim reaksi cepat (*code blue*), CPR, defibrilasi, dan perawatan paska henti jantung.

1) Rantai Pertama: Pengenalan kondisi pemburukan

Berdasarkan epidemiologi, kebanyakan pasien yang mengalami henti jantung di rumah sakit adalah pasien yang menderita gangguan pernapasan dan syok sirkulasi. Oleh karena, itu pengenalan terhadap pasien-pasien yang berisiko mengalami gangguan tersebut harus diidentifikasi secepatnya. Kebanyakan pasien yang mempunyai risiko tinggi untuk mengalami kondisi yang buruk adalah pasien di ruang rawat inap biasa bukan di ruang rawat intensif, dimana perbandingan jumlah perawat dan pasiennya rendah. Tanda-tanda yang dapat dijadikan acuan untuk kondisi ini adalah gagal napas, syok, dan penurunan kesadaran yang bisa diramalkan dengan adanya takikardi, takipneu, dan hipotensi.

2) Rantai Kedua: Mengaktifkan tim reaksi cepat atau tim *emergency* medis





Tim ini diaktifkan segera setelah terlihat tanda-tanda yang buruk pada pasien. Tim terdiri dari dokter, perawat, atau fisioterapi pernapasan. Tim akan membawa peralatan monitor, resusitasi, dan obat-obatan. Dalam rantai ini juga akan dipertimbangkan perlu dilakukannya RJP atau tidak pada kondisi pasien yang mempunyai penyakit terminal.

### 3) Rantai Ketiga dan ke empat: RJP dan defibrilasi

Kualitas RJP sangat penting pada kondisi henti jantung pada pasien-pasien di rumah sakit dalam menentukan hasil akhir. Kerjasama tim, kualitas tinggi RJP dengan kompresi dada yang efektif, ventilasi, dan defibrilasi yang dilakukan secara baik akan meningkatkan kemungkinan sirkulasi pasien akan kembali normal. Defibrilasi dini pada kasus-kasus sesuai indikasi akan membantu kembalinya sirkulasi spontan pada pasien. RJP kualitas tinggi dan defibrilasi merupakan satu kesatuan yang harus dilakukan pada saat terjadi henti jantung pada pasien di rumah sakit.

### 4) Rantai ke lima: Perawatan paska henti jantung

Pasien yang mengalami sirkulasi spontan setelah henti jantung akan mengalami proses patofisiologis yang disebut dengan sindrom paska henti jantung yaitu cedera otak paska henti jantung, disfungsi miokard paska henti jantung, iskemia sistemik atau respon reperfusi, dan kondisi patologis akut atau kronis yang memicu terjadinya henti jantung.

Penanganan yang komprehensif pada pasien paska henti jantung



membutuhkan optimalisasi hemodinamik, terapi, pembalikan faktor pemicu dan manajemen temperatur (RSMA, 2017).

b. Pendekatan di luar rumah sakit (*Out Hospital Cardiac Arrest/ OHCA*)



Gambar 2. 2 Rantai Kelangsungan Hidup diluar Rumah Sakit

Lima rantai dalam konsep ini adalah: akses awal ke Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT), RJP dini, Defibrilasi Dini, Transpor ke RS, dan Perawatan Paska Henti Jantung.

1) Rantai Pertama: Akses Awal

Akses awal membutuhkan pengenalan yang cepat dari keadaan darurat seperti serangan jantung, *stroke*, obstruksi jalan napas benda asing, henti napas dan jantung, yang membutuhkan intervensi kritis cepat Basic Life Support. Pengenalan tanda-tanda peringatan dini seperti nyeri dada dan sesak napas yang meminta seseorang untuk memanggil *ambulance* sebelum korban pingsan adalah komponen kunci dari rantai ini. Akses awal ke SPGDT meningkatkan kewaspadaan penyedia SPGDT yaitu paramedis yang bisa merespon dengan defibrillator.

2) Rantai Kedua : RJP Dini

RJP adalah paling efektif ketika dimulai segera setelah korban pingsan. Keberhasilan resusitasi pada korban pingsan di luar rumah sakit



tergantung pada RJP yang cepat. RJP dini mencegah *fibrilasi ventrikel* (VF), ritme jantung yang mengancam jiwa dari memburuk ke *asistole* yaitu tidak adanya aktivitas kelistrikan jantung. Ini memberikan kontribusi untuk mempertahankan fungsi jantung dan otak, dan secara signifikan meningkatkan kemungkinan bertahan hidup. RJP adalah intervensi sementara dan kehilangan nilainya jika rantai berikut tidak cepat dilakukan. Pada masyarakat awam teknik kompresi dada saja terbukti tidak kurang efektifnya bila dibanding dengan teknik RJP normal (kompresi dada + ventilasi).

### 3) Rantai Ketiga: Defibrilasi dini

Penelitian telah menunjukkan bahwa defibrilasi dini bersama dengan RJP dini, meningkatkan lebih dari duakali lipat angka harapan hidup untuk korban serangan jantung di luar rumah sakit. Oleh karena itu untuk meningkatkan angka harapan hidup pasien yang mengalami henti jantung di luar rumah sakit, direkomendasikan juga untuk meningkatkan program adanya alat defibrilasi di tempat-tempat umum dengan menggunakan AED (*Automated External Defibrillation*), terutama pada komunitas dimana masyarakatnya mempunyai risiko tinggi mengalami henti jantung misal di stasiun, halte bus, bandara, pelabuhan, dll.

### 4) Rantai Keempat: SPGDT atau *call centre* dan Transpor ke rumah sakit

Dalam konsep SPGDT sesuai permenkes no.19 tahun 2016, masyarakat awam boleh melakukan tindakan pertolongan dengan bantuan dari *call*



*centre*. Dalam hal ini peran “*dispatcher*” sangat menentukan penanganan awal oleh masyarakat awam. Selain itu bantuan hidup lanjut yang dilakukan oleh tenaga *ambulance* atau EMS akan menjembatani transisi perawatan diluar rumah sakit sampai datang di rumah sakit. Bantuan hidup lanjut yang dapat dilakukan selama transport antara lain monitor jantung, EKG 12 lead, defibrilasi tambah atau kardioversi, akses vaskular, intervensi obat-obatan dan manajemen jalan napas lanjutan.

#### 5) Rantai Kelima : perawatan paska henti jantung

Konsep perawatan paska henti jantung pada prinsipnya sama dengan IHCA. Pada pasien-pasien dengan kecurigaan penyebabnya adalah jantung koroner, maka dapat dikirim ke rumah sakit “*cardiac centre*”.

Perbedaan pendekatan ini berdasarkan prioritas pada awal rantai yaitu pada IHCA lebih ditekankan pada pengenalan saat mulai terjadi perburukan pada pasien yang dirawat di rumah sakit sedangkan pada OHCA lebih ditekankan pada pengenalan henti jantung oleh masyarakat (Kleinman et.al., 2019).

#### 5. Langkah-Langkah dan Algoritma *Basic Life Support*

Pemberian CPR dapat dilakukan melalui 3 fase (C-A-B), yaitu (Kleinman et al., 2019):

##### a. *Danger* (Keamanan)

Memastikan bahwa penolong aman serta lingkungannya aman.



b. *Response* (Pengenalan kesadaran)

Kesadaran korban dapat diperiksa dengan memberikan rangsangan verbal dan nyeri. Pemeriksaan ini dilakukan setelah lingkungan dianggap aman untuk korban maupun penolong. Rangsangan verbal dilakukan untuk memanggil korban disertai dengan menepuk bahunya.

c. *Shourt for help* (meminta pertolongan)

Jika sudah dipastikan korban tidak berespon maka panggil orang terdekat yang dapat membantu pada saat menemui korban yang tidak sadarkan diri dan minta orang tersebut untuk memanggil ambulans dan meminta untuk mengambilkan AED.

d. *Circulation* (kompresi)

Periksa terkait reaksi pada korban napas terhenti serta nadi, pemeriksaan denyut dan napas bisa dilakukan secara bersamaan penilaian dalam 10 detik. Lakukan CPR secepat mungkin setelah mengenali henti jantung. AHA (2015) merekomendasikan CPR dilakukan dengan cepat dan dalam dengan kecepatan berkisar 100 hingga 120 kali/menit, dengan kedalaman 2 inci (5cm) - 2,4 inci (6 cm) dan membolehkan *recoil* penuh setelah setiap kali pemberian CPR dengan rasio 30:2 (1 atau 2 penolong) untuk dewasa dan remaja, (30:2) untuk anak-anak dan bayi dengan 1 penolong sedangkan (15:2) untuk anak-anak dan bayi dengan 2 penolong atau lebih.



e. *Airway* (Jalan napas)

Pastikan jalan napas terbuka dan bersih yang memungkinkan pasien dapat bernapas. Cek rongga mulut korban, apabila terdapat cairan atau sesuatu yang menghalangi jalan napas korban maka bersihkan rongga mulut dengan jari dan bisa menggunakan kasa untuk menyerap cairan yang ada pada rongga mulut. Kemudian buka jalan napas dengan teknik *head tilt & chin lift* (pada korban yang tidak mengalami trauma kepala ataupun leher) atau *jaw thrust* (jika korban mengalami trauma).

f. *Breathing* (Pernapasan)

Menurut *guideline* AHA 2015 yang terbaru, tidak ada perbedaan dalam pemberian pernapasan dengan *guideline* 2010. Pemberian napas buatan 12 dilakukan dengan pemberian volume tidal (8 to 10 mL/kg), rasio kompresi dan ventilasi 30:2. Ketika sudah melakukan CPR sebanyak 30 kali maka berikan napas sebanyak 2 kali. Pemberian napas buatan dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya:

1) *Mouth-to-Mouth Rescue Breathing*

Pemberian napas buatan melalui mulut ke mulut dengan cara, memberikan satu napas buatan setiap 5-6 detik atau sekitar 10-12 napas buatan permenit.

2) *Mouth-to-Barrier Device Breathing*

Memberikan napas buatan melalui mulut ke mulut dengan sebuah alat penghalang seperti *Mouth Mask*.

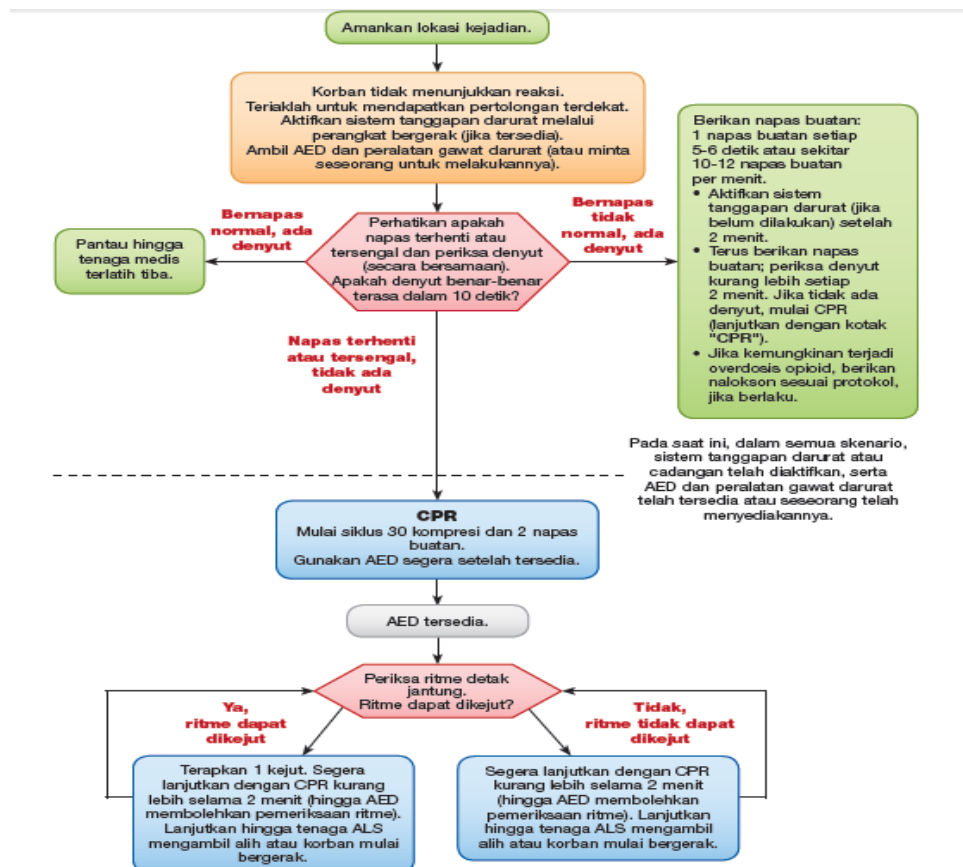


### 3) Mouth-to-Nose and Mouth-to-Stoma Ventilation

Pemberian napas buatan melalui hidung dilakukan apabila pemberian napas ke mulut korban tidak dapat dilakukan (mengalami luka serius pada mulut) sedangkan pemberian napas melalui stoma dilakukan apabila korban terpasang *tracheal stoma*.

### 4) Ventilation With Bag-Mask Device

Penolong dapat memberikan *ventilation bag-mask* dengan ruang udara atau oksigen. *Bag mask* adalah alat yang biasa dipakai petugas kesehatan untuk memberikan napas buatan selama CPR.



Gambar 2. 3 Algoritma BLS Pada Pasien Dewasa



## 6. Standar *High Quality* CPR

Standar yang sudah ditentukan dalam pemberian CPR dari AHA 2015, diantaranya (Hazinski, M.F. et al., 2015):

- a. Penolong harus memberikan CPR dengan kecepatan 100-120 kali/menit dan tidak boleh melakukannya lebih rendah atau lebih cepat dari 100-120 kali/menit
- b. Melakukan CPR dengan kedalaman 2 inci (5cm) - 2,4 inci (6cm)
- c. Membolehkan *recoil* penuh setelah setiap kali dilakukannya CPR dan tangan tidak diperbolehkan untuk bertumpu diatas dada diantara CPR yang dilakukan
- d. Meminimalkan jeda saat melakukan CPR dengan tidak lebih dari 10 detik setiap jeda
- e. Memberikan ventilasi yang cukup (2 napas buatan setelah 30 kali CPR, setiap napas buatan diberikan lebih dari 1 detik, setiap kali diberikan dada akan terangkat. Tidak dianjurkan untuk memberikan ventiasli yang berlebihan (misalnya terlalu banyak napas buatan atau memberikan napas buatan dengan kekuatan lebih).

## 7. Indikasi Diberhentikannya Basic Life Support

Dalam buku Basic Life Support (2014) disebutkan beberapa indikasi diberhentikannya BLS yaitu:

- a. Sirkulasi dan ventilasi sudah kembali, tindakan BLS bisa dihentikan jika nadi dan pernapasan korban telah kembali.





- b. Penolong sudah kelelahan, jika penolong sudah merasa kelelahan, maka sebaiknya berhenti untuk melakukan tindakan BLS karena ditakutkan akan menambah korban jika terus dilakukan.
- c. Ada tenaga yang lebih ahli atau bertanggung jawab, artinya tindakan BLS bisa dihentikan ketika tim yang lebih kompeten telah datang ke lokasi.
- d. Adanya tanda-tanda kematian *irreversibel* yang menunjukkan tanda sebagai berikut:
  - 1) Kaku mayat, yaitu adanya kekakuan pada seluruh badan korban.
  - 2) Lebam mayat, yaitu adanya warna ungu padatubuh korban diakibatkan oleh terhentinya peredaran darah karena gaya gravitasi, maka darah akan mencari tempat terendah.
  - 3) Pupil melebar dan tidak adanya refleks cahaya, ini disebabkan karena pada mayat terjadi kematian otak.

## **B. Tinjauan Tentang Evaluasi**

### 1. Definisi Evaluasi

Evaluasi adalah suatu kegiatan sistematis yang dilaksanakan untuk membantu audiensi agar dapat mempertimbangkan dan meningkatkan nilai suatu program atau kegiatan (Mutrofin, 2010). Evaluasi terkait dengan proses menyediakan informasi yang dapat dijadikan sebagai pertimbangan untuk menentukan harga dan jasa (*the worth and merit*) dari tujuan yang dicapai, desain, implementasi dan dampak untuk membantu membuat keputusan, membantu pertanggung-jawaban dan meningkatkan pemahaman terhadap fenomena. Dengan kata lain evaluasi pada hakikatnya adalah penyediaan



informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam mengambil keputusan.

## 2. Model Evaluasi

### a. Model Kirkpatrick

Model evaluasi yang dikembangkan oleh Kirkpatrick dikenal dengan istilah “*Kirkpatrick four levels evaluation model*”. Model Kirkpatrick ini mengevaluasi program pelatihan. Evaluasi terhadap efektivitas program pelatihan menurut Kirkpatrick mencakup empat level evaluasi yaitu: Level 1: *reaction*, Level 2: *learning*, Level 3: *behaviour*, Level 4: *result*. Berikut penjelasan dari masing-masing level sebagaimana yang dimaksudkan oleh Kirkpatrick (dikutip dalam Ananda & Rafida, 2017).

#### 1) Level 1: *reaction* atau *evaluating reaction*.

*Evaluating reaction* atau mengevaluasi terhadap reaksi peserta pelatihan adalah aktivitas mengukur kepuasan peserta (*customer satisfaction*) terhadap program pelatihan yang dilaksanakan. Suatu program pelatihan dianggap efektif apabila proses pelatihan dirasakan menyenangkan dan memuaskan bagi peserta pelatihan sehingga peserta pelatihan tertarik dan termotivasi untuk belajar dan berlatih. Dengan kata lain peserta pelatihan akan termotivasi apabila proses pelatihan berjalan dan memuaskan bagi peserta pelatihan yang pada akhirnya akan memunculkan reaksi dari peserta pelatihan yang menyenangkan. Sebaliknya apabila peserta pelatihan tidak merasa puas terhadap proses pelatihan yang diikutinya maka peserta pelatihan tidak akan termotivasi untuk mengikuti pelatihan



lebih lanjut. Dengan demikian dapatlah dimaknai bagi keberhasilan proses kegiatan pelatihan tidak terlepas dari minat, perhatian, dan motivasi peserta pelatihan dalam mengikuti jalannya kegiatan pelatihan. Peserta pelatihan akan belajar lebih baik manakala memberikan reaksi positif terhadap lingkungan belajar yang diperolehnya dalam kegiatan pelatihan.

2) Level 2: *learning atau evaluating leaning*. Menurut Kirkpatrick (*learning can be defined as the extend to which participans change attitudes, improving knowledge and/or increase skill as a result of attending the program*). Dalam hal ini terdapat tiga hal yang dapat instruktur ajarkan dalam program yaitu pengetahuan, sikap maupun keterampilan. Peserta dikatakan telah belajar apabila pada dirinya telah mengalami perubahan sikap, perbaikan pengetahuan, maupun peningkatan keterampilan. Tanpa adanya perubahan sikap, peningkatan pengetahuan maupun perbaikan keterampilan pada peserta pelatihan maka program pelatihan dapat dikatakan gagal. Penilaian *evaluating learning* ini ada yang menyebutnya dengan penilaian hasil (output) belajar.

3) Level 3: *behaviour atau evaluating behaviour*.

Evaluasi pada level 3 atau evaluasi tingkah laku berbeda dengan evaluasi terhadap sikap pada level 2. Penilaian sikap pada evaluasi 2 difokuskan pada perubahan sikap yang terjadi pada diri peserta pelatihan saat kegiatan pelatihan berlangsung dilakukan sehingga lebih bersifat



internal, sedangkan penilaian tingkah laku pada level 3 ini difokuskan pada perubahan tingkah laku setelah peserta pelatihan kembali ke tempat kerjanya. Dalam hal ini apakah perubahan sikap yang telah terjadi setelah peserta pelatihan mengikuti pelatihan juga akan diimplementasikan setelah peserta pelatihan kembali ke tempat kerja, sehingga penilaian tingkah laku ini lebih bersifat eksternal. Perubahan perilaku apa yang terjadi di tempat kerja setelah peserta pelatihan mengikuti program pelatihan. Dengan kata lain yang perlu dinilai adalah apakah peserta pelatihan merasa senang setelah mengikuti pelatihan dan kembali ke tempat kerja. Oleh karena yang dinilai adalah perubahan perilaku peserta pelatihan setelah kembali ke tempat kerja maka evaluasi pada level 3 ini dapat disebut dengan evaluasi terhadap outcome dari kegiatan pelatihan.

4) Level 4: *result atau evaluating result.*

Evaluating result atau evaluasi hasil dalam level 4 ini difokuskan pada hasil akhir (*final result*) yang terjadi karena peserta pelatihan telah mengikuti suatu program pelatihan. Termasuk dalam kategori evaluasi hasil akhir dari suatu program pelatihan ini diantaranya adalah: Kenaikan produksi, Peningkatan kualitas, Penurunan biaya, Penurunan kuantitas terjadinya kecelakaan kerja, Penurunan turnover, dan Kenaikan laba. Beberapa program pelatihan mempunyai tujuan meningkatkan moral kerja maupun membangun teamwork yang lebih baik. Dengan kata lain evaluasi level 4 ini adalah evaluasi terhadap impact program pelatihan.



Tidak semua impact dari sebuah program pelatihan dapat diukur dan juga membutuhkan waktu yang cukup lama.

b. Model Stufflebeam's Model (CIPP Model).

Model ini dikembangkan oleh Stufflebeam, model CIPP yang merupakan sebuah singkatan dari huruf awal empat buah kata, yaitu Context, Input, Process, and Product. Keempat kata yang disebutkan dalam singkatan CIPP tersebut merupakan sasaran evaluasi, yang tidak lain adalah komponen dari proses sebuah program kegiatan. Dengan kata lain, model CIPP adalah model evaluasi yang memandang program yang dievaluasi .

Dalam konteks pendidikan, Ananda & Rafida 2017 menerjemahkan masing-masing dimensi CIPP tersebut dengan makna:

- 1) *Context*, merupakan situasi atau latar belakang yang mempengaruhi jenis-jenis tujuan dan strategi pendidikan yang akan dikembangkan dalam sistem yang bersangkutan, situasi ini merupakan faktor eksternal, seperti misalnya masalah pendidikan yang dirasakan, keadaan ekonomi negara, dan pandangan hidup masyarakat.
- 2) *Input*, menyangkut sarana, modal, bahan, dan rencana strategi yang ditetapkan untuk mencapai tujuan pendidikan, komponen input meliputi siswa, guru, desain, saran, dan fasilitas.
- 3) *Process*, merupakan pelaksanaan strategi dan penggunaan sarana, modal, dan bahan di dalam kegiatan nyata di lapangan, komponen proses meliputi kegiatan pembelajaran, pembimbingan, dan pelatihan.



- 4) *Product*, merupakan hasil yang dicapai baik selama maupun pada akhir pengembangan sistem pendidikan yang bersangkutan, komponen produk meliputi pengetahuan, kemampuan, dan sikap (siswa dan lulusan).

### C. Tinjauan Tentang Pengetahuan

#### 1. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap sebuah objek tertentu. Pengindraan dapat terjadi melalui panca indra. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2010).

#### 2. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan seseorang memiliki 6 tingkatan, yaitu sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010):

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

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang sudah diajarkan sebelumnya. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah untuk mengukur seseorang tentang apa yang telah dipelajari. Seseorang yang berada pada tingkatan ini diharapkan mereka dapat melakukan beberapa hal, diantaranya: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan.

##### b. Memahami (*Comprehention*)

Memahami artinya sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan dengan benar suatu obyek yang diketahui dan menginterpretasikannya. Orang yang telah



paham terhadap suatu objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan meramalkan terhadap suatu objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi ataupun kondisi yang sebenarnya. Seseorang yang berada pada tingkatan ini harus mampu untuk menerapkan kembali semua yang sudah dipelajari dalam kehidupan sehari-hari.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menyatakan sebuah materi atau objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis yang dimaksud menunjukkan suatu kemampuan untuk melaksanakan atau menggabungkan bagian-bagian didalam suatu keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri.

### 3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan,

antaranya (Wawan & Dewi, 2011):



a. Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang akan mempermudah orang tersebut dalam menerima hal baru dan menyesuaikan dengan hal baru tersebut.

b. Pengalaman

Pengalaman seseorang sangat berkaitan dengan umur dan pendidikan. Semakin tinggi pendidikan, maka pengalaman akan luas. Semakin tua umur seseorang maka, pengalaman seseorang tersebut akan lebih banyak.

c. Sosial Ekonomi

Lingkungan sosial dapat mendukung pengetahuan seseorang apabila ekonominya baik.

d. Kultur (budaya dan agama)

Budaya sangat berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang, karena informasi yang baru akan disaring sesuai dengan budaya dan agama yang dianut.

e. Usia

Usia adalah umur individu yang dihitung saat lahir sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja.

4. Kriteria Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang dapat kita ketahui dan interpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif yaitu: baik (76%-90%), cukup (56%-75%), kurang (<56%) (Wawan & Dewi, 2011).





## D. Tinjauan Tentang Keterampilan (*Skill*)

### 1. Definisi Keterampilan (*skill*)

Keterampilan (*skill*) merupakan kemampuan untuk mampu melaksanakan tugas-tugas fisik dan mental (Suwatno & Yuniarsih, 2013). Keterampilan adalah perilaku yang terkait dengan tugas, yang bisa dikuasai melalui pembelajaran, dan bisa ditingkatkan melalui pelatihan dan batuan orang lain. Keterampilan merujuk pada kemampuan seseorang untuk melakukan suatu kegiatan. Adapun perilaku adalah manifestasi kepribadian dan sikap yang ditunjukkan ketika seseorang berinteraksi dengan lingkungannya. Keterampilan bisa digunakan untuk mengendalikan perilaku (Sudarmanto, 2014).

### 2. Dimensi dan Indikator Keterampilan

Menurut Yuniarsih dan Suwatno (2013) dimensi dan indikator keterampilan terbagi seperti berikut:

#### a. Dimensi Kecakapan

- 1) Kecakapan dalam menguasai pekerjaan
- 2) Kemampuan dalam menyelesaikan pekerjaan
- 3) Ketelitian dalam menyelesaikan pekerjaan

#### b. Dimensi Kepribadian

- 1) Kemampuan dalam mengendalikan diri
- 2) Kepercayaan diri dalam menyelesaikan pekerjaan
- 3) Komitmen terhadap pekerjaan



c. Dimensi Latihan indikatornya adalah kemampuan dalam melatih diri untuk lebih baik

