

SKRIPSI

**GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MAHASISWA TENTANG
BANTUAN HIDUP DASAR DI UNIVERSITAS HASANUDDIN**

*Skripsi Ini Dibuat dan Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Untuk
Mendapatkan Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)*



ANDI FITRI HANDAYANI

C051171021

PROGRAM STUDI SARJANA ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2021

HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI
GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MAHASISWA TENTANG
BANTUAN HIDUP DASAR UNIVERSITAS HASANUDDIN

Oleh:

ANDI FITRI HANDAYANI

C051171021

Disetujui Untuk di Seminarkan Oleh:

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



Moh. Syafar Sangkala S.Kep.,Ns.,MANP
NIP.198012152014041001

Andi Fajrin Permana,S.Kep.,Ns.,MSc
NIP.199212062019015001

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MAHASISWA TENTANG BANTUAN
HIDUP DASAR DI UNIVERSITAS HASANUDDIN

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada:

Hari/Tanggal : Selasa, 13 Juli 2021
Pukul : 15.00 WITA
Tempat : Via Online

Disusunoleh:

ANDI FITRI HANDAYANI
C051171021

Dan yang bersangkutan dinyatakan

UNIVERSITAS HASANUDDIN

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Moh. Svafar Sangkala, S.Kep., Ns., MANP
NIP. 19801215 201404 1 001

Pembimbing II



Andi Fajrin Permana, S.Kep., Ns., M.Sc
NIP. 19921206 201901 5 001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas
Keperawatan Universitas Hasanuddin



Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 19760618 200212 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Andi Fitri Handayani

Nim : C051171021

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis dengan judul "GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MAHASISWA TENTANG BANTUAN HIDUP DASAR DI UNIVERSITAS HASANUDDIN" ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus 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, 17 Juni 2020

Yang membuat pernyataan



Andi Fitri Handayani

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT, karena dengan limpahan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Mahasiswa tentang Bantuan Hidup Dasar di Universitas Hasanuddin”

Dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis menyadari bahwa semuanya tidak lepas dari bantuan dari berbagai pihak, baik secara moril maupun secara materil. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada keluarga saya terkhusus untuk orang tua saya **Ayahanda Andi Hasanuddin, Ibunda Andi Megawati, dan Adik-adik saya** yang tidak pernah lupa mendoakan, menyemangati, dan mendukung penulis baik secara moril maupun materil, mulai dari menuntut ilmu hingga terselesaikannya penulisan skripsi ini. Tak lupa saya menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang saya hormati:

1. Ibu. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes. selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Ibu Rini Rachmawati, S. Kep, Ns., MN., Ph.D. selaku wakil dekan bidang akademik Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Moh. Syafar Sangkala., S.Kep., Ns., MANP selaku ketua program studi Ilmu keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin dan juga selaku pembimbing I yang telah banyak membimbing penulis dalam menyelesaikan skripsi ini .

4. Bapak Andi Fajrin Permana, S.kep.,Ns.,M.Sc. selaku pembimbing II yang telah banyak membimbing penulis dalam menyelesaikan skripsi ini
5. Bapak Syahrul Ningrat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB selaku penguji I yang telah memberikan arahan dan masukan yang bersifat membangun untuk penyempurnaan penulisan.
6. Bapak Andi Baso Tombong, S.Kep.,Ns.,M.ANP selaku penguji II yang telah memberikan arahan dan masukan yang bersifat membangun untuk penyempurnaan penulisan.
7. Dosen dan Staf Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
8. Terima kasih kepada para sahabat tercinta dan seperjuangan, fiana, nii, ayu, biah, bicul, ani, eliv (RG).
9. Terima kasih kepada teman-teman sekaligus tim sukses Rahma, Kika, Fiah, Afni, Nadya, Lely, Silmy, Nini, Dilla, Desi, Alif, kak Amar, kk amir, dan kak fian.
10. Terima Kasih kepada Teman-teman Veracity, RPI dan tim sukses Eva, Tenri, Novi, Juwi, windong dan Windi.

Makassar, 05 Juli 2021

Penulis

ABSTRAK

Andi Fitri Handayani C051171021. “ **GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MAHASISWA TENTANG BANTUAN HIDUP DASAR D UNIVESITAS HASANUDDIN** ” dibimbing oleh Moh. Syafar Sangkala dan Andi Fajrin Permana.

Latar belakang: Henti jantung merupakan salah satu keadaan berhentinya fungsi mekanis jantung secara mendadak, yang dapat reversibel dengan penanganan yang sesuai tetapi akan menyebabkan kematian apabila tidak ditangani dengan segera.. Secara global kejadian henti jantung masih menjadi masalah utama dimana tingkat kematian akibat henti jantung masih terus mengalami peningkatan di tiap tahunnya dan kematian tertinggi terjadi di luar rumah sakit. 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.

Tujuan: Untuk mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap Mahasiswa tentang Bantuan Hdup Dasar (BHD) Di Universitas Hasanuddin.

Metode: penelitian ini menggunakan rancangan survei deskriptif. Pengambilan sampel dilakukan secara *non probability sampling* dengan teknik *consecutive sampling* sebanyak 467 responden. Hasil dianalisa dengan menggunakan program SPSS 25

Hasil: hasil peneletian menunjukkan bahwa pengetahuan yang dimiliki Mahasiswa Universitas Hasanuddin tentang BHD memiliki pengetahuan yang kurang sebesar 89.3%,tingkat pengetahuan berdasarkan kategori didapatkan pada jenis kelamin perempuan memiliki pengetahuan kurang sebesar 63.4%,usia 20 tahun memiliki pengetahuan kurang 30.0%, tidak mengikuti pelatihan BHD memiliki pengetahuan kurang 94.0% dan secara umum responden juga memiliki sikap positif terhadap BHD 98.3%.

Kesimpulan dan Saran: Hasil penelitian menunjukkan pengetahuan Mahasiswa Univesitas Hasanuddin tentang BHD memiliki pengetahuan kurang sedangkan sikap terhadap BHD Mahasiswa memiliki sikap positif terhadap BHD, yang artinya Mahasiswa Universitas Hasanuddin memiliki sikap positif terhadap BHD meskipun pengetahuan kurang, Hasil penelitian ini ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan untuk memperhtikan terkait masalah tingkat pengetahuan dan sikap Mahasiswa tentang BHD.

Kata kunci: Pengetahuan, Sikap, BHD

ABSTRACT

Andi Fitri Handayani C051171021. “AN OVERVIEW OF STUDENT’S KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT BASIC LIFE SUPPORT” guided by Moh. Syafar Sangkala dan Andi Fajrin Permana.

Background : Cardiac arrest is a condition where the mechanical function of the heart suddenly stops, which can be reversed with appropriate treatment but will cause death if not treated immediately. Globally, cardiac arrest is still a major problem where the death rate from cardiac arrest continues to increase. increasing every year and the highest death occurred outside the hospital. Based on data from the American Heart Association (AHA, 2014), there are at least 2 million deaths from cardiac arrest worldwide and a review of emergency services found that more than 420,000 cardiac arrests occur outside hospitals in the United States each year.

Purpose: Mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap Mahasiswa tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) Di Universitas Hasanuddin.

Method: This study uses a descriptive survey design. Sampling was done by non-probability sampling with consecutive sampling technique as many as 467 respondents. The results were analyzed using the SPSS 25 program.

Result: In general, the knowledge possessed by Hasanuddin University students has less knowledge of 89.3%, the level of knowledge by category is found in the female gender having less knowledge of 63.4%, age 20 years having less knowledge 30.0%, not participating in BHD training have less knowledge 94.0% and in general respondents also have a positive attitude towards BHD 98.3%.

Conclusion: In general, Hasanuddin University students have less knowledge about BHD, while attitudes towards BHD Students have a positive attitude towards BHD, which means that Hasanuddin University students have a positive attitude towards BHD even though they lack knowledge. Therefore, students should be able to increase their knowledge, with good knowledge they have. Each student is expected to be able to provide assistance quickly and correctly if he finds a victim who is suspected of having cardiac arrest within the scope of UNHAS and outside the scope of UNHAS.

Kata kunci: Knowledge, Attitude, Basic Life Support

DAFTAR ISI

SKRIPSI	ii
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI	3
HALAMAN PENGESAHAN	4
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	5
KATA PENGANTAR	6
DAFTAR BAGAN	12
DAFTAR LAMPIRAN	14
BAB 1	15
PENDAHULUAN	15
A. Latar Belakang	15
B. Rumusan Masalah	18
BAB II	21
TINJAUAN PUSTAKA	21
A. Tinjauan Tentang Bantuan Hidup Dasar	21
B. Tinjauan Umum Pengetahuan dan Sikap Bantuan Hidup Dasar	36
C. Kerangka Teori	41
BAB III	43
KERANGKA KONSEP	43
A. Kerangka Konsep	43
BAB IV	44
METODE PENELITIAN	44
A. Rancangan Penelitian	44
B. Tempat dan Waktu Penelitian	44
C. Populasi dan Sample	44
D. Alur Penelitian	48
E. Variabel Penelitian	49
F. Instrumen Penelitian	52
G. Pengumpulan data	56
H. Pengolahan Data	56
I. Masalah Etika	58
BAB V	60
HASIL DAN PEMBAHASAN	60

A. Hasil Penelitian	60
B. Pembahasan	73
C. Keterbatasan	78
BAB VI	79
KESIMPULAN DAN SARAN	79
A. Kesimpulan	79
B. Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN	82

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori	32
Bagan 3.1 Kerangka Konsep.....	34
Bagan 4.1 Alur Penelitian	41

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Distribusi karakteristik responden (n=467).....	60
Tabel 5.2 Distribusi pertanyaan tingkat pengetahuan Mahasiswa	63
Tabel 5.3 Distribusi tingkat pengetahuan Mahasiswa tentang BHD	68
Table 5.4 Distribusi tingkat pengetahuan Mahasiswa tentang RJP	69
Table 5.5 Distribusi tingkat pengetahuan mahasiswa tentang AED	69
Table 5.6 Distribusi sikap mahasiswa tentang BHD.....	70

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN.....	85
Lampiran 2 LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONCENT)	87
Lampiran 3 KUESIONER PENELITIAN	88
Lampiran 4. Surat-Surat	97
Lampiran 5 Master Tabel	99

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Henti jantung merupakan salah satu keadaan berhentinya fungsi mekanis jantung secara mendadak, yang dapat reversibel dengan penanganan yang sesuai tetapi akan menyebabkan kematian apabila tidak ditangani dengan segera. 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.

Menurut *American Heart Association* Pada tahun 2015, sekitar 350.000 individu dewasa di Amerika Serikat mengalami henti jantung di luar rumah sakit (OHCA) nontraumatik dan dibantu oleh personel layanan medis darurat (EMS). peningkatan baru-baru ini, kurang dari 40% individu dewasa menerima *Cardio Pulmonary Resuscitation* (CPR) yang dimulai oleh individu awam, dan kurang dari 12% yang menerapkan defibrilator eksternal otomatis (defibrilator eksternal otomatis / AED) sebelum kedatangan EMS. Setelah peningkatan yang signifikan, kelangsungan hidup setelah mengalami OHCA telah stabil sejak 2012. Selain itu, sekitar 1,2% individu dewasa yang dirawat di rumah sakit Amerika Serikat menderita henti jantung di rumah sakit (*intra hospital cardiac arrest/IHCA*) (AHA, 2020).

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 pada korban (Lami et al., 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 (Nolan et al., 2010).

Berdasarkan prevalensi gagal jantung di Indonesia sebanyak 0,13% atau diperkirakan bahwa sekitar 229.696 orang dan yang mengalami gejala sebesar 0,03% atau diperkirakan jumlahnya sekitar 530.068 orang (Kemenkes RI, 2014). Sementara itu, menurut Indonesian Heart Association (2015) dalam (Muthmainnah, 2019) 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% (Kemenkes RI, 2014) sedangkan hasil (Riskesdas, 2018) prevalensi penyakit gagal 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%.

Kematian yang disebabkan oleh henti jantung dapat dicegah dengan melakukan Bantuan Hidup Dasar/*Basic Life Support* dengan langkah-langkah *chain of survival* atau dalam Bahasa Indonesia disebut dengan Rantai Kelangsungan Hidup (Nolan et al., 2010). Salah satu komponen dari *chain of survival* yaitu Resusitasi Jantung Paru (RJP) (Gruber et al., 2012) . Pemberian Bantuan Hidup Dasar dengan segera terhadap korban serangan jantung yang mendadak hanya mendapat dua atau tiga kesempatan untuk bertahan hidup, namun hanya sekitar 32% korban henti jantung yang mendapatkan pertolongan Bantuan Hidup Dasar dengan tepat dan cepat (AHA, 2011).

Hasil penelitian (Sangamesh et al., 2017) tentang Kesadaran, Sikap, dan Pengetahuan tentang Bantuan Hidup Dasar antara Fakultas Kedokteran Umum, Kedokteran Gigi, dan Keperawatan Mahasiswa di Rumah Sakit Universitas Udayana didapatkan bahwa masing-masing memiliki pengetahuan yang buruk yaitu 47%, 36%, dan 38%. hanya sedikit dari mereka yang pernah mengikuti pelatihan Bantuan Hidup Dasar. Selain itu hasil penelitian (Suranandi, 2017) tentang pengetahuan bantuan hidup dasar

Mahasiswa Fakultas Kedokteran Udayana, didapatkan 147 orang responden (96,7%) dengan tingkat pengetahuan yang kurang tentang bantuan hidup dasar yang belum memiliki pengalaman.

Data yang telah dijelaskan diatas mengenai tingkat pengetahuan mahasiswa Di Universitas sebagian besar belum menguasai teknik Bantuan Hidup Dasar dengan benar. sebagai mahasiswa kesehatan maupun non kesehatan semestinya harus menguasai teknik BHD (Bantuan Hidup Dasar) karena di ketahui bahwa jumlah mahasiswa sangat banyak, oleh karena itu mahasiswa penting mengetahui teknik Bantuan Hidup Dasar agar dapat mengurangi angka kematian pada korban baik itu dilingkungan kampus maupun diluar kampus . selain itu, Data yang diperoleh di Rumah sakit Sudirohusodo Makassar Memperllihatkan bahwa terjadi 556 kasus henti jantung sepanjang tahun 2018 yang jika dirata-ratakan mencapai 46 pasien setiap bulannya ((Instalasi Rekam Medik RSWS, 2018)

Hal ini yang menjadi urgensi Sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian pada mahasiswa di Universitas Hasanuddin dengan judul penelitian Gambaran Pengetahuan dan Sikap Mahasiswa Tentang Bantuan Hidup Dasar”.

B. Rumusan Masalah

Kejadian henti jantung merupakan kejadian kegawat daruratan yang berlangsung cepat dan biasanya tidak dapat diprediksi kapan akan terjadi. Melihat hal tersebut maka langkah yang paling tepat dilakukan adalah melakukan pertolongan yang tepat dan cepat untuk megantisipasi agar tidak

terjadi kematian pada korban. Keberhasilan pertolongan sangat bergantung pada cara kita melakukan Bantuan Hidup Dasar. Namun tidak semua Mahasiswa kesehatan maupun non kesehatan mengetahui dengan baik cara pemberian Bantuan Hidup Dasar. maka dari itu diperlukan pelatihan yang tepat dan berkualitas sebagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap Mahasiswa dalam melakukan Bantuan Hidup Dasar. Sehingga hal inilah yang mendasari peneliti merumuskan masalah : “Bagaimana Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Mahasiswa tentang Bantuan Hidup Dasar Di Universitas Hasanuddin?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk Diketuinya Hubungan Pengetahuan dan Sikap Mahasiswa Tentang Bantuan Hidup Dasar di Universitas Hasanuddin.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya Pengetahuan Mahasiswa Di Universitas Hasanuddin Tentang Bantuan Hidup Dasar
- b. Diketuinya Sikap Mahasiwa Di Universitas Hasanuddin Tentang Bantuan Hidup Dasar
- c. Diketuinya Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Mahasiwa Tentang Bantuan Hidup Dasar

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi

Sebagai bahan masukan dalam upaya meningkatkan kualitas mahasiswa Di Universitas Hasanuddin sehingga menjadi Mahasiswa yang mampu dan profesional dalam bidang kegawatdaruratan.

2. Bagi Mahasiwa

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 Bantuan Hidup Dasar

1. Definisi Bantuan Hidup Dasar

Bantuan Hidup Dasar adalah usaha yang dilakukan untuk mempertahankan kehidupan saat penderita mengalami keadaan yang mengancam nyawa. Bila usaha Bantuan Hidup Dasar ini Dilakukan tanpa menggunakan alat atau memakai cairan Intra Vena, obat ataupun kejut listrik dan lain-lain. (Purnawinadi, 2015).

Bantuan Hidup Dasar (BHD) atau yang dikenal dengan Basic Life Support (BLS) adalah pertolongan pertama diberikan pada pasien yang mengalami henti jantung, henti napas, atau obstruksi jalan napas. Yang dilakukan tanpa menggunakan alat selain Alat Pelindung Diri Bantuan Hidup Dasar meliputi beberapa keterampilan yang dapat diajarkan ke semua orang, yaitu mengenali kejadian henti jantung secara mendadak/tiba-tiba, aktivasi (Mobilisasi) sistem tanggapan darurat, melakukan *cardiopulmonary resuscitation* (CPR)/resusitasi jantung paru (RJP) awal, dan cara menggunakan *automated external defibrillator* (AED). (Gosal & Nada, 2017).

2. Tujuan Bantuan Hidup Dasar

Menurut (Mancini et al., 2015) tindakan Bantuan Hidup Dasar 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 Bantuan Hidup Dasar 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 Bantuan Hidup Dasar

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*), sehingga jantung tidak dapat memompa darah ke otak, paru-paru dan organ lainnya (Mancini et al., 2015).

b. Henti Napas

Henti napas primer (*respiratory arrest*) dapat disebabkan oleh banyak hal, misalnya stroke, keracunan obat, tenggelam, inhalasi asap/uap/gas, obstruksi jalan napas oleh benda asing, tersengat listrik, tersambar petir, serangan radang epiglottis, 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 Bantuan Hidup Dasar (Ganthikumar, 2016).

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

Konsep Rantai Kelangsungan Hidup adalah pendekatan terbaik untuk penanganan korban henti jantung. Dalam panduan (AHA, 2020) rantai kelangsungan hidup terbagi atas dua yaitu :

a. Pendekatan di dalam rumah sakit (*intra hospital cardiac arrest/*

I



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 Resusitasi Jantung Paru 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).

5) Rantai Keenam : Pemulihan

Karena pemulihan dari henti jantung berlangsung lama setelah pasien masuk untuk rawat inap, pasien harus mendapatkan layanan formal dan dukungan untuk kebutuhan fisik, kognitif, dan psikososial mereka.

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

O



Gambar 2.2 Rantai kelangsungan hidup di luar 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 Bantuan Hidup Dasar. 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

Resusitasi Jantung Paru 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 (FV), 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.

Resusitasi Jantung Paru 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*”.

- 6) Rantai Keenam : Pemulihan

Karena pemulihan dari henti jantung berlangsung lama setelah pasien masuk untuk rawat inap, pasien harus

mendapatkan layanan formal dan dukungan untuk kebutuhan fisik, kognitif, dan psikososial mereka.

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 (tindakan menekan kepala) & chin lift (tindakan menekan dahi), (pada korban yang tidak mengalami trauma kepala ataupun leher) atau jaw thrust (jika korban mengalami trauma).

f. *Breathing* (Pernapasan)

Menurut *guideline* AHA 2020 yang terbaru, tidak ada perbedaan dalam pemberian pernapasan dengan guideline 2015. Pemberian napas buatan 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-Barrier Device Breathing*

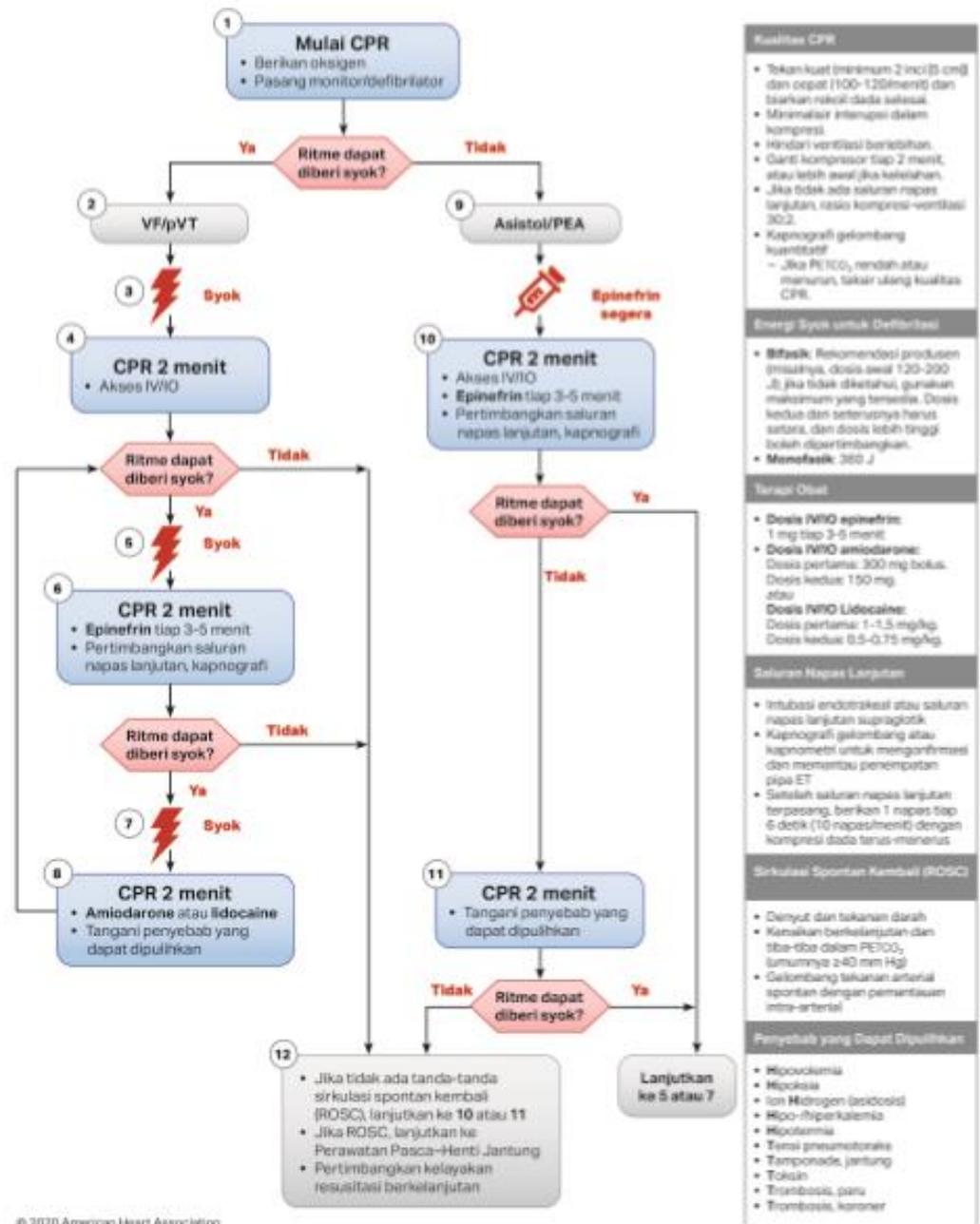
Memberikan napas buatan melalui mulut ke mulut dengan sebuah alat penghalang seperti *Mouth Mask*.

2) *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 trakeal stoma.

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

7. Indikasi Diberhentikannya Bantuan Hidup Dasar

Dalam buku Bantuan Hidup Dasar (2014) disebutkan beberapa indikasi diberhentikannya BHD yaitu:

- a. Sirkulasi dan ventilasi sudah kembali, tindakan BHD bisa dihentikan jika nadi dan pernapasan korban telah kembali.
- b. Penolong sudah kelelahan, jika penolong sudah merasa kelelahan, maka sebaiknya berhenti untuk melakukan tindakan BHD karena ditakutkan akan menambah korban jika terus dilakukan.
- c. Ada tenaga yang lebih ahli atau bertanggung jawab, artinya tindakan BHD 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 kekakuan pada seluruh badan korban.
 - 2) Lebam mayat, yaitu adanya warna ungu pada tubuh 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 Umum Pengetahuan dan Sikap Bantuan Hidup Dasar

1. Definisi Pengetahuan dan Sikap

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

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan pendapat dan emosi dengan seseorang yang bersangkutan (senang atau tidak senang, setuju atau tidak setuju) (Notoatmodjo, 2014).

Pemberian Bantuan Hidup Dasar dengan segera terhadap korban serangan jantung yang mendadak hanya mendapat dua atau tiga kesempatan untuk bertahan hidup, namun hanya sekitar 32% korban henti jantung yang mendapatkan pertolongan Bantuan Hidup Dasar dengan tepat dan cepat (American Heart Association, 2011). Hal itu disebabkan karena, kurangnya Kesadaran, Sikap, dan Pengetahuan tentang Bantuan Hidup Dasar antara Fakultas Kedokteran Umum, Kedokteran Gigi, dan Keperawatan Mahasiswa di Rumah Sakit Universitas Udayana didapatkan bahwa masing-masing memiliki pengetahuan yang buruk. Mayoritas mereka belum pernah melakukan Bantuan Hidup Dasar, dan hanya sedikit dari mereka yang pernah mengikuti pelatihan Bantuan Hidup Dasar hal tersebut menunjukkan

buruknya paparan pelatihan mengenai Bantuan Hidup Dasar (Sangamesh et al., 2017).

Berdasarkan hasil penelitian (Suranandi, 2017) tentang pengetahuan bantuan hidup dasar Mahasiswa Fakultas Kedokteran Udayana, didapatkan 147 orang responden (96,7%) dengan tingkat pengetahuan yang kurang tentang bantuan hidup dasar yang belum memiliki pengalaman. Selain itu berdasarkan penelitian (prayitno, puspitasari, & setiawan, 2020) mengenai pengetahuan Anggota UKM TIMKES Sarjana Keperawatan Tingkat 1 Stikes Dharma Husada Bandung tentang pengetahuan bantuan hidup dasar dengan pengetahuan kategori kurang sebesar 64%. Penelitian yang dilakukan di universitas wanita di Arab Saudi tentang Pengetahuan dan Sikap tentang Bantuan Hidup Dasar Layanan Medis Darurat di Rumah Sakit Universitas Arab Saudi mengungkapkan bahwa 87,9% peserta memiliki skor pengetahuan yang sangat buruk (Saquib et al., 2019).

2. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu :
 - a. Pendidikan

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok dan merupakan usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin cepat menerima dan memahami suatu informasi sehingga pengetahuan yang dimiliki juga semakin tinggi.

b. Informasi/Media

Informasi adalah suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisis dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Informasi diperoleh dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan. Semakin berkembangnya teknologi menyediakan bermacam macam media sehingga dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat. Informasi mempengaruhi pengetahuan seseorang jika sering mendapatkan informasi tentang suatu pembelajaran maka akan menambah pengetahuan dan wawasannya, sedangkan seseorang yang tidak sering menerima informasi tidak akan menambah pengetahuan dan wawasannya.

c. Sosial, Budaya dan Ekonomi

Tradisi atau budaya seseorang yang dilakukan tanpa penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk akan menambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi juga akan menentukan tersedianya fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan tertentu sehingga status ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang. Seseorang yang mempunyai sosial budaya yang baik maka pengetahuannya akan baik tapi jika sosial budayanya kurang baik maka pengetahuannya akan kurang baik. Status ekonomi

seseorang mempengaruhi tingkat pengetahuan karena seseorang yang memiliki status ekonomi dibawah rata-rata maka seseorang tersebut akan sulit untuk memenuhi fasilitas yang diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan.

d. Lingkungan

Mempengaruhi proses masuknya pengetahuan kedalam individu karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspons sebagai pengetahuan oleh individu. Lingkungan yang baik akan pengetahuan yang didapatkan akan baik tapi jika lingkungan kurang baik maka pengetahuan yang didapat juga akan kurang baik.

e. Pengalaman

Dapat diperoleh dari pengalaman orang lain maupun diri sendiri sehingga pengalaman yang sudah diperoleh dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Pengalaman seseorang tentang suatu permasalahan akan membuat orang tersebut mengetahui bagaimana cara menyelesaikan permasalahan dari pengalaman sebelumnya yang telah dialami sehingga pengalaman yang didapat bisa dijadikan sebagai pengetahuan apabila mendapatkan masalah yang sama (Notoatmodjo, 2014).

3. Pengukuran tingkat pengetahuan

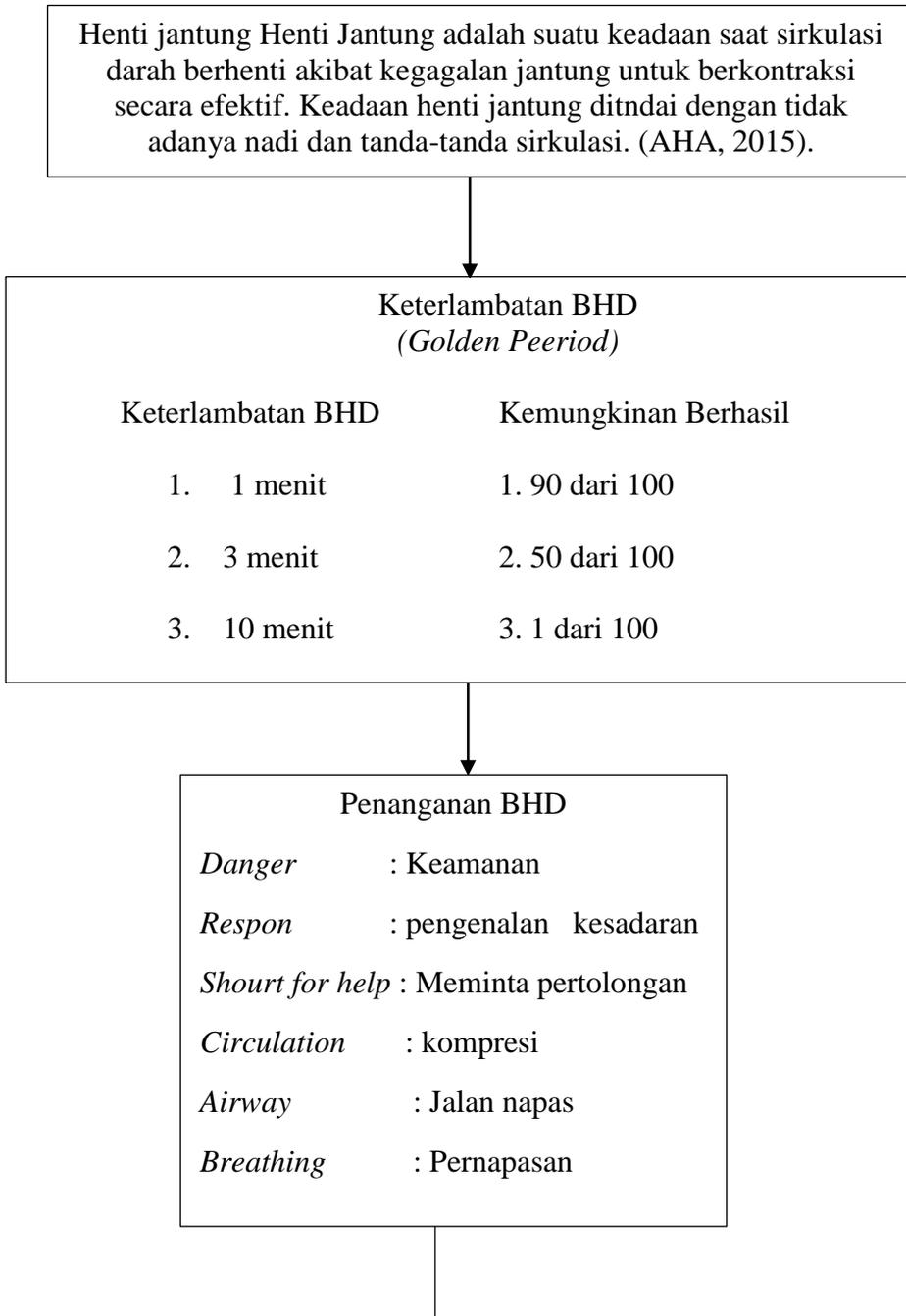
Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau pemberian kuesioner yang mencakup materi yang akan diukur kepada responden. Menurut,(Nursalam, 2020) kategori pengetahuan dapat ditentukan dengan kriteria :

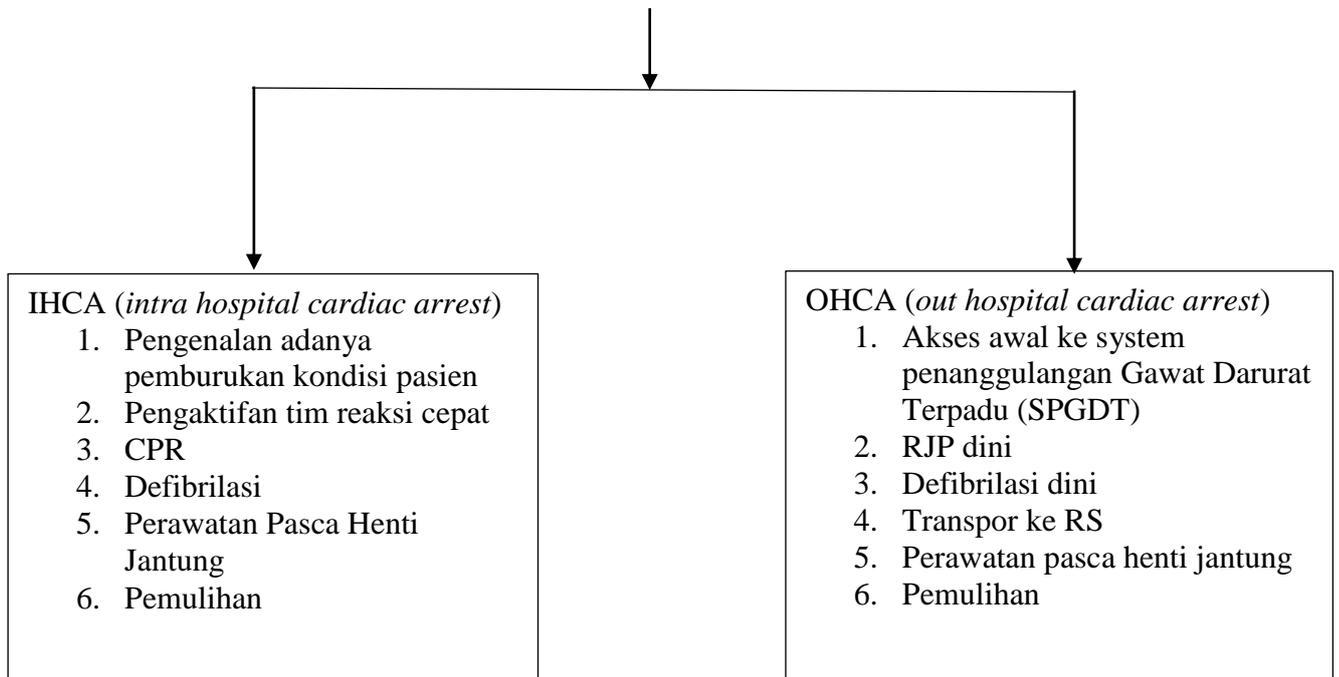
- a. Baik : jika pertanyaan dijawab dengan benar 76-100 %
- b. Cukup : jika pertanyaan dijawab dengan benar 56-75 %
- c. Kurang: jika pertanyaan dijawab dengan benar < 56 %

4. Pengukuran sikap

Skala yang digunakan untuk mengukur ranah efektif seseorang terhadap kegiatan suatu objek di antaranya menggunakan skala sikap. Hasil pengukuran berupa kategori sikap, yakni mendukung (positif), menolak (negative), dan netral (tidak memihak).salah satu skala sikap yang digunakan adalah skala likert. Dalam skala likert, pernyataan-pernyataan yang diajukan, baik itu pertanyaan positif maupun negative, dinilai oleh subjek dengan sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju (Budiman & Riyanto, 2013).

C. Kerangka Teori



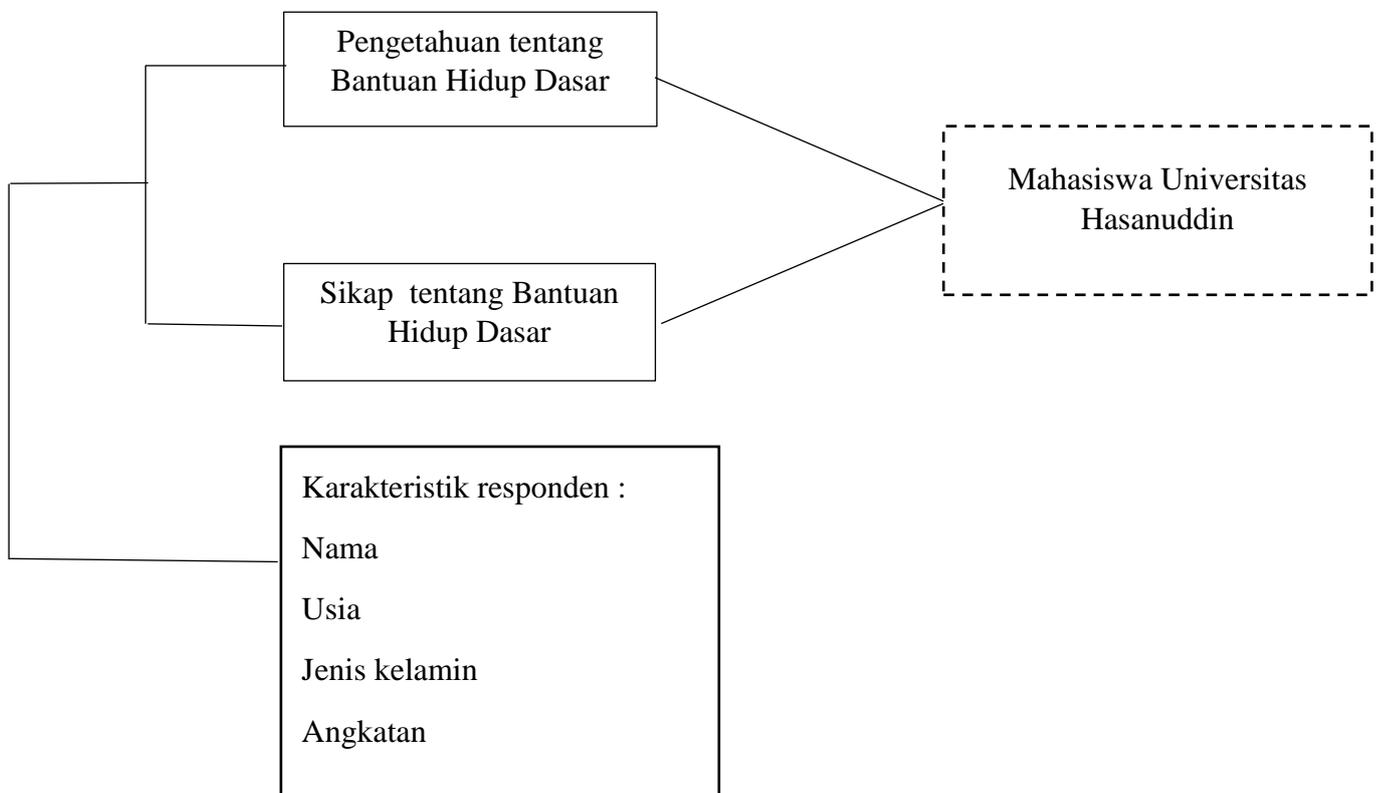


Bagan 2.1 Kerangka Teori

BAB III
KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka serta masalah penelitian maka dapat disusun kerangka konseptual penelitian dalam skema sebagai berikut:



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

Bagan 3.1 kerangka konsep