

TESIS

**GAMBARAN PENGETAHUAN DAN KETERAMPILAN
TENTANG PELAKSANAAN BANTUAN HIDUP DASAR PADA
ORANG AWAM KHUSUS DI RSUP DR WAHIDIN
SUDIROHUSODO MAKASSAR**



IWAN

R012181047

**PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2022

**GAMBARAN PENGETAHUAN DAN KETERAMPILAN
TENTANG PELAKSANAAN BANTUAN HIDUP DASAR PADA
ORANG AWAM KHUSUS DI RSUP DR WAHIDIN
SUDIROHUSODO
MAKASSAR**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan
Disusun dan diajukan oleh

**IWAN
R012181047**

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

TESIS

**GAMBARAN PENGETAHUAN DAN KETERAMPILAN TENTANG
PELAKSANAAN BANTUAN HIDUP DASAR PADA ORANG AWAM
KHUSUS DI RSUP DR.WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

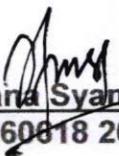
I W A N

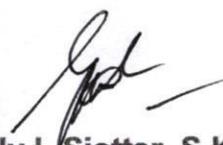
Nomor Pokok: R012181047

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 22 Agustus 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,


Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Si
NIP. 19760818 200212 2 002

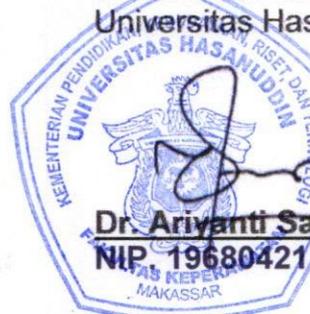

Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes
NIP. 19740422 199903 2 002

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,


Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,


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



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :	
Nama	: Iwan
NIM	: R01281047
Program Studi	: Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas	: Keperawatan
Judul	: Gambaran pengetahuan dan keterampilan tentang pelaksanaan bantuan hidup dasar pada orang awam khusus di rumah Sakit Dr. Wahidin sudirohusodo Makassar

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 22 Agustus 2022

Yang Menyatakan,



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Allah Subhanahu wa Ta'ala atas rahmat, bimbingan, ujian, kemudahan serta pertolongan-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Gambaran pengetahuan dan keterampilan tentang pelaksanaan bantuan hidup dasar pada orang awam khusus di RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar”. Penulisan hasil penelitian ini dibuat sebagai tugas akhir tesis penelitian yang disusun berdasarkan hasil kajian dari berbagai sumber referensi. Penelitian ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, terutama orang-orang spesial yang senantiasa memberikan dukungan moril dan materil, serta doa yang tulus dan kasih sayang yang tak terhingga. Tersayang untuk kedua orang tuaku bapak H. Abdul salam rumpa dan Ibu Hj. Tanawali dan kedua mertuaku, tiada kata yang saya bisa ucapkan untuk membalas jasa beliau, keberhasilan, kesuksesan, dan pencapaianku saat ini hanya kupersembahkan untuk beliau. Tercinta buat istriku Murni, S.Pd dan kedua buah hatiku yang tersayang, yang selalu mengiriku dengan dukungan dan doa untuk keberhasilan dan kesuksesanku.

Penulis menyadari tanpa bantuan dan dukungan berbagai pihak dalam penyusunan tesis ini, dengan tidak mudah penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Dengan penuh rasa hormat dan kerendahan hati perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan tak terhingga kepada;

1. Prof. Dr. Dwia A. Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanudin
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M,Si. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanudin.
3. Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanudin, sekaligus pembimbing II
4. Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Si selaku pembimbing I, yang telah meluangkan waktunya kapanpun dengan tulus dan ikhlas, serta tak henti-hentinya memberikan support atau dukungan kepada penulis dalam penyelesaian tesis ini.

5. Para dewan penguji ibu Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep.,Ns.,M.Kes. ibu Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.KMB. dan bapak Syahrul Said, S.Kep., Ns., MAN., Ph.D yang telah banyak memberikan masukan serta saran dalam penyusunan tesis ini.
6. Para Dosen PSMIK Unhas dan staf terkhusus ibu Damaris Pakatung yang sangat membantu selama proses pendidikan penulis.
7. Terspesial para teman-teman sejawatku PSMIK Unhas 2018, terkhusus Konsentrasi KMB, terima kasih atas pengalaman, suka, dan duka selama proses pembelajaran dan kenangan yang terukir dimemori penulis yang tidak mungkin akan terlupakan dan terulang untuk kedua kalinya.
8. Para teman Security terkhusus yang bertugas di Rumah Sakit Wahidin Sudirohuso yang telah berpartisipasi dalam pengisian kuesioner, terima kasih, tanpa bantuan kalian penyusunan tesis ini mustahil dapat terselesaikan.
9. Terspesial yang mendukung penulis yang tidak dapat disebutkan namanya, terima kasih atas kasih sayang, dukungan, motivasi, dan supportnya, terima kasih buat kalian.

Akhir kata, semoga hasil penelitian ini dapat menjadi sumber referensi bagi ilmu keperawatan dan memberikan manfaat bagi para pembaca. Aamiin.

Makassar, 05 Agustus 2022

Penulis,

IWAN

ABSTRACT

IWAN. The description of knowledge and skills concerning implementation of basic life support for special laymen in Wahidin Sudirohusodo hospital, Makassar (supervised by Yuliana Syam and Elly).

Sudden cardiac arrest can occur anywhere and anytime. The sudden cardiac arrest is a case of emergency priority. The emergency is a clinical condition requiring an action. In the hospital, there is the potential for the sudden cardiac arrest cases and security, and security is a special layman as a first helper needing to know BHD technique to provide help in order to improve the survival rate. The research used the pre-experimental design being carried out in March 2022 with the one group pre-test design. Samples were taken as many as 53 respondents using the non-probability sampling technique. In general, the result of the Chi-square test indicates that there is the relationship between the level of the BHD knowledge and skill in the security. This is proven by the value of $P = 0.000$ ($\alpha \leq 0.05$). There are 17.0% ($n=9$) samples with the good BHD knowledge and good BHD skill. The research result also indicates that there are 3.8% ($n=2$) samples with the good level of knowledge, with the sufficient BHD skill, and 5.7% ($n=3$) samples with the good knowledge level and less BHD skill. In the samples with the less BHD knowledge level, there is 1.9% ($n=1$) sample having the good BHD skill, the knowledge and skill there are also 20.8% ($n=11$) samples having the less BHD knowledge and sufficient BHD skill, and 50.9% ($n=27$) samples with the less BHD and also less BHD skill. The special laymen's knowledge and skill regarding BHD in Wahidin Sudirohusodo are very lacking. This is because most of the respondents never attend any periodical BHD training. Therefore, the BHD training provision on a regular basis must be given to all security officers in order to improve the knowledge and skill.

Key words: Knowledge, skill, BHD



ABSTRAK

IWAN. Gambaran Pengetahuan dan Keterampilan tentang Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar Orang Awam Khusus di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar (dibimbing oleh Yuliana Syam dan Elly L. Sjattar).

Kejadian henti jantung dapat terjadi di mana saja dan kapan saja. Henti jantung mendadak adalah kasus dengan prioritas gawat darurat. Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan. Rumah sakit merupakan tempat yang berpotensi terjadinya kasus henti jantung mendadak dan *security* adalah orang awam khusus sebagai penolong pertama perlu mengetahui teknik bantuan hidup dasar (BHD) untuk memberikan pertolongan agar dapat meningkatkan angka kelangsungan hidup. Metode yang digunakan adalah desain *preekperimental*. Penelitian dilaksanakan pada bulan Maret 2022 dengan rancangan *one group pretest*. Sampel sebanyak 53 responden dengan teknik *nonprobability sampling*. Kami menemukan, secara umum dari hasil uji chi square terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan keterampilan BHD pada *security*. Hal tersebut terbukti dengan nilai $P = 0.000$ ($\alpha \leq 0,05$). Terdapat 17,0% ($n = 9$) sampel dengan pengetahuan BHD yang baik dan memiliki keterampilan melakukan BHD yang baik. Juga terdapat 3.8% ($n = 2$) sampel dengan tingkat pengetahuan yang baik, tetapi memiliki keterampilan BHD yang cukup dan 5,7% ($n = 3$) sampel dengan tingkat pengetahuan yang baik dan keterampilan BHD yang kurang. Pada sampel dengan tingkat pengetahuan BHD yang kurang terdapat 1.9% ($n = 1$) sampel yang memiliki keterampilan BHD yang baik, juga terdapat 20.8% ($n = 11$) sampel yang memiliki pengetahuan BHD yang kurang serta keterampilan BHD yang cukup dan 50.9% ($n = 27$) sampel dengan pengetahuan BHD yang kurang disertai keterampilan BHD yang kurang juga. Dengan demikian, pengetahuan dan keterampilan orang awam khusus tentang BHD di Rumah sakit Wahidin Sudirohusodo sangat kurang. Hal tersebut disebabkan oleh responden sebagian besar tidak pernah mendapatkan pelatihan BHD secara berkala. Oleh karena itu, pelatihan BHD secara berkala harus diberikan agar dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan seluruh petugas *security*.

Kata kunci: pengetahuan, keterampilan, BHD



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	4
DAFTAR ISI.....	4
DAFTAR TABEL	4
DAFTAR GAMBAR	4
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	4
ABSTRAK.....	4
BAB I PENDAHULUAN.....	3
A. Latar Belakang.....	3
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat	7
E. Originalitas Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Konsep Henti Jantung di Luar Rumah Sakit	9
B. Penyebab dan Faktor Resiko Henti Jantung.....	9
C. Patofisiologi henti jantung.....	10
D. Tanda dan Gejala	11
E. Penanganan Henti jantung pada OHCA (Out Hospital Cardiac Arrest)	11
F. Rantai Pertama: Pengenalan Dini dan Akses Segera (Early Recognition and Early Access)	13
G. Rantai kedua: Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) Segera (Early CPR).....	15
H. Rantai ketiga: Defibrilasi Segera (Early Defibrillation)	16
I. Rantai keempat: Perawatan Lanjut Segera (Early Advanced Care)	17
J. Rantai kelima: Perawatan Jantung Lanjutan Terintegrasi (Integrated Post Cardiac care)	18
K. Prognosis Keberhasilan.....	19
L. Tinjauan Pengetahuan Bantuan Hidup Dasar Bagi Awam Khusus .	19
M. Konsep Pengetahuan.....	24
N. Konsep Keterampilan.....	25

O. KERANGKA TEORI	28
BAB III KERANGKA KONSEP	29
BAB IV METODE PENELITIAN.....	32
F. Instrumen Penelitian	38
BAB V HASIL PENELITIAN.....	43
A. Gambaran umum penelitian	43
B. Hasil Penelitian.....	43
BAB VI DISKUSI.....	51
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	59
A. Kesimpulan.....	Error! Bookmark not defined.
B. Saran.....	60
DAFTAR PUSTAKA.....	61
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden (n=53)	43
Tabel 5.2 Distribusi tingkat pengetahuan Security Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar tentang BHD (n=53)	45
Tabel 5.3 Distribusi tingkat pengetahuan Security Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar tentang BHD berdasarkan karakteristik (n=53).....	47
Tabel 5.4 Distribusi keterampilan Security Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar terhadap BHD (n=53).....	48
Tabel 5.5 Distribusi Keterampilan Security Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar terhadap BHD Berdasarkan Karakteristik (n=53).....	48
Tabel 5.6 Distribusi Tingkat Pengetahuan dan Keterampilan Security Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar terhadap BHD berdasarkan Karakteristik (53).....	50

ABSTRAK

IWAN, Gambaran Pengetahuan dan Keterampilan Tentang Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar Orang Awam Khusus di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar (dibimbing oleh Yuliana Syam dan Elly L.Sjattar)

Latar belakang: Kejadian henti jantung (*sudden cardiac arrest*) dapat terjadi di mana saja dan kapan saja. Henti jantung mendadak adalah kasus dengan prioritas gawat darurat. Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Di Rumah sakit berpotensi terjadinya kasus henti jantung mendadak dan Security adalah orang awam khusus sebagai penolong pertama perlu mengetahui teknik BHD untuk memberikan pertolongan agar dapat meningkatkan angka kelangsungan hidup.

Tujuan untuk mengetahui gambaran pengetahuan dan keterampilan bantuan hidup dasar Orang Awam Khusus

Metode: Penelitian ini menggunakan *non-probability sampling* dengan teknik *consecutive sampling* yang di laksanakan di bulan maret 2022 dengan Sampel yang di ambil sebanyak 53 Responden

Hasil: Secara umum Dari hasil uji Chi Square ditemukan ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan keterampilan BHD pada security Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo, ini terbukti dengan nilai $P=0.000$ ($\alpha \leq 0,05$). Terdapat 17,0% (n=9) sampel dengan pengetahuan BHD yang baik dan mempunyai keterampilan melakukan BHD yang baik, juga memperlihatkan bahwa terdapat 3.8%(n=2) sampel dengan tingkat pengetahuan yang baik tetapi mempunyai keterampilan BHD yang cukup dan 5,7% (n=3) sampel dengan tingkat pengetahuan baik dan keterampilan BHD yang kurang. Pada sampel dengan tingkat pengetahuan BHD yang kurang terdapat 1.9%(n=1) sampel yang mempunyai keterampilan BHD yang baik, juga terdapat 20.8% (n=11) sampel yang mempunyai pengetahuan BHD yang kurang serta keterampilan BHD yang cukup dan 50.9% (n=27) sampel dengan pengetahuan BHD yang kurang disertai keterampilan BHD yang kurang juga

Kesimpulan: Pengetahuan dan keterampilan orang awam khusus tentang BHD di Rumah sakit Wahidin sudirohusodo sangat kurang, hal ini dikarenakan responden sebagian besar tidak pernah mendapatkan pelatihan BHD secara berkala dan kurang sumber pengetahuan selain dari pelatihan, oleh karena itu pemberian pelatihan BHD secara berkala harus diberikan kepada seluruh petugas *Security* agar dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dengan baik yang dimiliki oleh petugas *Security* sehingga dapat memberikan pertolongan secara cepat dan benar apabila menemukan korban yang mengalami henti jantung.

Kata kunci: Pengetahuan, Keterampilan, BHD

ABSTRACT

IWAN, Overview of Knowledge and Skills about the Implementation of Basic Living Assistance for Special Lay people at Wahidin Sudirohusodo Hospital Makassar (guided by Yuliana Syam and Elly L.Sjattar)

Background: Sudden cardiac arrest can occur anywhere and anytime. Sudden cardiac arrest is a case with emergency department priority. An emergency is a clinical condition that requires immediate medical action for lifesaving and disability prevention. In hospitals there are potential cases of sudden cardiac arrest and Security is a special layman as a first helper needs to know bhd techniques to provide assistance in order to improve the survival rate Research aims to find out the picture of basic life assistance knowledge and skills of Special Lay people

Method: This study uses a pre-experimental design carried out in March 2022 with a one group pretest design. Sample taken as many as 53 respondents with non probability sampling techniques

Results: In general, the level of knowledge of *security* officers at Wahidin Sudirohusodo Hospital Makassar has less knowledge of 39 (73. 6%), while against Basic Life Support *Security* skills have 35 (66). 0%).

Conclusion: *Security* knowledge and skills about BHD have less knowledge and skills, this is because respondents mostly neverget BHD training regularly and there is no source of knowledge other than training, therefore the provision BHD training should be periodically provided to all Security officers in order to improve knowledge and skills. Dwith good knowledge and skills possessed by every *Security* officer is expected to provide assistance quickly and correctly if they find victims who are suspected of having cardiac arrest.

Keywords: Knowledge, Skil

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kejadian henti jantung (*sudden cardiac arrest*) dapat terjadi di mana saja dan kapan saja. Henti jantung mendadak adalah kasus dengan prioritas gawat darurat. Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). Pasien dengan henti jantung ini harus segera mendapat pertolongan dengan diberikan tindakan CPR (*cardiopulmonary resuscitation*) dan AED (*automated external defibrillator*), baik oleh orang awam sangatlah ditekankan (*American Heart Association*, 2020). Henti jantung masih menjadi masalah utama, secara global angka kejadian henti jantung sekitar 37% ditahun 2012 dan mengalami peningkatan ditahun 2016 menjadi 43%, Indonesia berada diposisi ke 13 dari Negara negara lain dengan jumlah kasus 26,4% ditahun 2016 (*World Health Organization*, 2016, 2020).

Henti jantung penyebab kematian secara mendadak saat ini masih menjadi masalah utama di dunia, diperkirakan sekitar 50% dari semua kematian diakibatkan penyakit kardiovaskular (Wong et al., 2019). Menurut *American Heart Association* (AHA) 2017 kematian karena henti jantung di Amerika Serikat sebesar 25% dengan angka kejadian henti jantung tertinggi berada diluar rumah sakit sekitar 357.000 peristiwa, dimana sekitar 70% terjadi dirumah dan 30% ditempat umum (Al-Khatib et al., 2018). Sedangkan di Indonesia kematian yang disebabkan karena penyakit jantung tercatat sebesar 13,3% pada tahun 2016 dan Provinsi Sulawesi selatan terdapat 47,17% pada tahun 2010 (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2012; Usman et al., 2018). Prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter, provinsi Sulawesi Selatan berada di posisi ke 14 dari seluruh provinsi di Indonesia dengan jumlah kasus sebesar 1.5% dengan kasus tertinggi ditempati oleh provinsi Kalimantan utara sebesar 2,2% dan terendah ditempati oleh provinsi Papua sebesar 0,9% (Riskesdas, 2018). Prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5% atau diperkirakan sekitar 883.447 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis gejala sebesar 1,5% atau diperkirakan sekitar 2.650.340 orang.

Cardiac arrest atau henti jantung merupakan suatu kondisi dimana kerja jantung tiba-tiba terhenti, sehingga berakibat kemampuan jantung untuk memompa darah tidak berfungsi, yang kemudian menyebabkan pasokan oksigen yang dibutuhkan oleh organ-

organ vital dalam tubuh tidak cukup (Guyton & Hall, 2016). Apabila hal tersebut terjadi lebih dari 4 menit maka dapat mengakibatkan terjadinya kematian pada sel-sel otak dan dapat menyebabkan kematian pada seluruh organ vital tubuh hanya dalam waktu 10 menit. OHCA adalah kejadian henti jantung mekanis yang ditandai dengan tidak adanya tanda-tanda sirkulasi, dan terjadi diluar area rumah sakit (Kronick *et al.*,2015).

Kronick *et al.* (2015) menyatakan bahwa untuk mencegah kematian pada pasien OHCA, harus dilakukan penanganan henti jantung pada fase *pre-hospital*. Penanganan henti jantung ini dikenal dengan *chain of survival*. AHA (2015) menyatakan revisi dalam penatalaksanaan henti jantung dengan memisahkan penatalaksanaan antara henti jantung di dalam rumah sakit (*In Hospital Cardiac Arrest-IHCA*) dan OHCA. Penanganan pasien OHCA pada fase akut harus meliputi pengenalan dan aktivasi sistem respon gawat darurat, resusitasi jantung paru (RJP) yang berkualitas, defibrilasi segera, layanan gawat darurat dasar dan lanjut pada fase transportasi, serta perawatan paska henti jantung fase lanjut.

Dalam penatalaksanaan OHCA versi 2020 ini, pentingnya inisiasi RJP dini yang dilakukan oleh penyelamat awam ditekankan kembali dan defibrilasi sampai tim EMS yang terlatih datang untuk mengambil alih proses pertolongan dan membawa pasien ke unit gawat darurat dan/atau laboratorium kateterisasi jantung. Seluruh komponen tersebut merupakan mata rantai yang sangat penting untuk mencapai *Return of spontaneous circulation* (AHA, 2020). Keberhasilan satu rantai tergantung pada efektivitas rantai sebelumnya, sehingga diperlukan suatu sistem kesinambungan yang efektif antara pra-rumah sakit dan rumah sakit.

Idealnya, kasus henti jantung yang terjadi di luar rumah sakit dapat diberikan pertolongan oleh masyarakat awam dengan *hands-only CPR* sampai petugas EMS datang. Dalam hal ini, pasien dapat dibawa ke layanan kesehatan publik (*public health center*) sebagai fasilitas pelayanan kesehatan primer karena lokasinya mudah dijangkau (Razzak & Kellerman, 2002). Hal tersebut dikarenakan pertolongan pada pasien OHCA sebaiknya dimulai pada fase prehospital sehingga dapat meningkatkan *survival rate* korban henti jantung (Kronick *et al.*,2015)

Penanggulangan kegawat daruratan sehari-hari dan saat keadaan bencana sangat penting diketahui oleh masyarakat, maka pemerintah telah melakukan upaya pemberdayaan masyarakat melalui suatu bentuk pelatihan berupa pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) bagi masyarakat awam yang terstandarisasi dan bermutu agar dapat diperoleh sumber daya manusia yang professional dan terampil dalam melakukan tindakan pertolongan bagi korban

bencana, sakit ataupun kecelakaan (PPSDMK, 2016). Oleh karena itu diharapkan peran masyarakat awam dapat memberikan pertolongan dengan segera pada korban henti jantung karena dapat mempengaruhi kualitas hidup, salah satu penanganan yang harus segera diberikan adalah BHD dengan pemberian RJP dan defibrilasi, karena dengan pemberian defibrilasi setelah korban tidak sadarkan diri dapat meningkatkan kelangsungan hidup sekitar 50 – 70% (Perkins et al., 2015).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Travers et al., 2015) mengatakan bahwa tindakan RJP yang dilakukan oleh orang awam pada korban henti jantung diluar rumah sakit sebelum petugas medis darurat datang dapat mencegah gangguan listrik jantung semakin memburuk dan dapat meningkatkan kelangsungan hidup dari 3,9% menjadi 16,1%. Program BHD dan alat automated external defibrillator (AED) akses publik harus diterapkan secara aktif ditempat umum dengan kepadatan dan pergerakan masyarakat yang tinggi seperti bandara, kantor dan tempat umum lainnya (Perkins et al., 2015). Berdasarkan hasil wawancara yang di laksanakan pada tanggal 12 Februari 2022 dengan salah seorang petugas Security Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo makassar mengatakan bahwa pada tahun 2020 pernah mendapatkan kasus *cardiac arrest* pada salah seorang pengantar pasien yang tiba-tiba terjatuh tidak sadarkan diri di depan loket pendaftaran dan tindakan yang dilakukan oleh Security adalah merespon tingkat kesadaran korban dengan menepuk bahu sambil memanggil nama pasien dan berteriak minta tolong, sekitar 5 menit lokasi kejadian menunggu bantuan lalu membawa pasien ke IGD dan tidak dilakukan BHD dan korban dinyatakan meninggal dikarenakan korban tidak mendapatkan pertolongan dengan segera.

Rumah sakit Dr. Wahidin sudirohusodo makassar merupakan rumah sakit rujukan wilayah bagian timur dengan kunjungan pasien dan keluarga yang sangat banyak sehingga potensil bisa terjadi kasus henti jantung dan henti napas di jalan sekitar rumah sakit sehingga manajemen Rumah sakit Dr Wahidin sudirohusodo mengambil tindakan sangat penting orang awam khusus (Security) tahu cara menangani pasien dan keluarga pasien yang mengalami henti jantung dan henti napas. Informasi dan data di dapatkan pada tanggal 14 maret 2022 dari security yang bertugas di rumah sakit wahidin dan pendidikan dan pelatihan (Diklat) Rumah sakit Wahidin sudirohusodo makassar telah menjalankan program pelatihan BHD awam khusus dan cara penggunaan AED oleh petugas *Security* pada tahun 2015 dan 2018 dan ini tidak dilakukan pernah lagi di laksanakan pelatihan BHD awam karna keterbatasan anggaran, sehingga untuk memberikan pelatihan ke seluruh petugas *Security* di lingkup RSUP Dr. Wahidin sudirohusodo makassar tidak dilaksanakan lagi.

Maka dari itu diharapkan agar setiap petugas *Security* yang berada di lingkup RS Dr Wahidin Sudirohusodo memiliki pengetahuan tentang BHD, dengan pengetahuan yang dimiliki oleh petugas *Security* diharapkan dapat segera memberikan 4 pertolongan pertama pada korban dengan henti jantung sampai petugas medis datang. Berdasarkan hasil studi yang dilakukan oleh (Bækgaard et al., 2017) dijelaskan bahwa pemberian defibrilasi pada korban henti jantung diluar rumah sakit oleh penolong pertama yang menemukan korban dapat meningkatkan kelangsungan hidup sekitar 40% dibandingkan dengan pertolongan pertama yang dilakukan oleh petugas profesional yang dikirim oleh pusat medis darurat dengan angka kelangsungan hidup hanya 28,6%. Meskipun manfaat utamanya dapat meningkatkan kelangsungan hidup pada henti jantung diluar rumah sakit, akan tetapi tingkat penggunaan AED oleh penolong masih sangat rendah, tidak lebih dari 4%, maka dari itu diperlukan upaya pemberian pelatihan secara luas kepada masyarakat tentang BHD dan penggunaan AED untuk mengurangi tingkat kematian henti jantung diluar rumah sakit (Delhomme et al., 2019).

Penelitian dilakukan oleh (Dong, 2020) di China dikatakan, orang awam yang tidak terlatih mayoritas, tidak dapat mengoperasikan AED secara efektif, program pelatihan secara berkala sangat penting untuk meningkatkan pengetahuan serta keterampilan RJP dan penggunaan AED karena memiliki dampak sosial yang tinggi terhadap masyarakat, maka dari itu mengevaluasi pengetahuan RJP dan AED sangat penting karena merupakan elemen kunci rantai kelangsungan hidup pada henti jantung yang terjadi diluar rumah sakit (Villalobos et al., 2019).

B. Rumusan Masalah

Kasus henti jantung di luar rumah sakit sebagian besar disaksikan oleh orang awam (Heng, Fong, & Anantharaman, 2011). Orang awam memiliki peran penting dalam manajemen penanganan henti jantung dengan kunci utama penerapan RJP (Chick, Hou, Chern, How, & Wang, 2015). Dampak RJP yang tidak berkualitas dapat menyebabkan kematian, dan lama perawatan (Kisorio & Langley, 2016; Qazi et al., 2017; Uray et al., 2015). Mengenal dengan cepat tanda dan gejala serangan jantung ataupun henti jantung akan memberikan dampak yang cukup baik dalam hal mengurangi tingkat kematian akibat penyakit ini. Salah satu hal yang dapat memberikan outcome dari penderita serangan jantung mendadak adalah melakukan tindakan resusitasi jantung paru (RJP) oleh saksi dan segera melakukan tindakan pemasangan AED jika tersedia.

Oleh karena itu peneliti tertarik menilai tingkat pengetahuan dan keterampilan orang awam khusus (Security). Berdasarkan masalah tersebut, maka dalam penelitian ini adalah bagaimana tingkat pengetahuan dan keterampilan orang awam khusus pada tindakan bantuan hidup dasar pada orang yang mengalami serangan jantung.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuinya gambaran pengetahuan dan keterampilan tentang pelaksanaan bantuan hidup dasar pada orang awam khusus di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya gambaran pengetahuan orang awam khusus tentang pelaksanaan bantuan hidup dasar (BHD) penanganan henti jantung dan pengetahuan Automated Eksternal Defibrillator (AED) di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- b. Diketuinya keterampilan orang awam khusus tentang pelaksanaan bantuan hidup dasar (BHD) di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

D. Manfaat

1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan terhadap keberhasilan bantuan hidup dasar yang dilakukan oleh orang awam khusus sehingga bermanfaat dalam memberikan wacana dan sumbangan pemikiran untuk pengembangan keilmuan proses keperawatan yang berhubungan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan.

2. Manfaat Praktisi

- a. Memberikan masukan tentang keterampilan bantuan hidup dasar dalam mengambil keputusan untuk melakukan pijat jantung serta langkah prioritas dalam penanganan kegawat daruratan untuk memberikan bantuan yang berkualitas.
- b. Memberikan masukan kepada pihak yang berwenang sebagai dasar menetapkan kebijakan tentang salah satu cara peningkatan kemampuan orang awam khusus dalam melakukan kompresi dada dalam bantuan hidup dasar.
- c. Memberikan bahan informasi bagi peneliti lain yang berminat untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut.

E. Originalitas Penelitian

Sejumlah penelitian terkait intervensi keberhasilan resusitasi jantung paru yang dilakukan oleh orang awam khusus diantaranya adalah keterampilan psikomotorik resusitasi kardiopulmoner (CPR) orang awam khusus (Matthew Riggs, Richard Franklin, Luasylany, 2019), Inisiatif perawat darurat komunitas dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas perawatan kesehatan dan orang awam khusus dalam perawatan darurat dasar di india (Sanjeev Bhoi, Nirmal Thakur, Pankaj verma, 2016), Kompresi dada dan hanya CPR oleh penolong awam dan kelangsungan hidup dari luar rumah sakit (Tyler F. Vadeboncoeur, MD Lani L, Clark, 2010), Uji coba acak video instruksi mandiri dalam resusitasi kardiopulmoner untuk orang awam (Rachel Godfred, Ella Huszti, Deborah Fly & Graham nichol, 2013), Meningkatkan kualitas CPR yang dilakukan oleh Pemuda awam (Anna Abellsson & Annette Nygardh, 2019), Namun sejauh ini tingkat pengetahuan dan keterampilan kompresi dada khususnya pada orang awam khusus (Security) dalam peningkatan keberhasilan BHD di lingkungan sakit belum diteliti. Hal inilah yang menjadi originalitas dalam penelitian ini

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Henti Jantung di Luar Rumah Sakit

Henti jantung adalah kondisi dimana jantung tidak mampu untuk memompa darah yang disebabkan oleh malfungsi dari otot jantung. Ketidakefektifan sirkulasi darah dari atrium menyebabkan penurunan oksigenasi jaringan dan organ di seluruh tubuh, sehingga terjadi nekrosis, yang menyebabkan kematian jaringan. Malfungsi otot jantung dapat disebabkan oleh beberapa kondisi seperti infark miokard, overdosis obat-obatan, trauma, henti nafas, dan irama jantung yang tidak normal seperti takikardia ventrikel (VT) dan fibrilasi ventrikel (VF) (Keogh, 2013). Sumber lain menjelaskan bahwa kematian jantung mendadak atau *sudden cardiac arrest* adalah kematian yang tidak terduga yang disebabkan dari jantung yang umumnya terjadi dalam waktu singkat (1jam) dari awal timbulnya gejala. Kondisi tersebut tanpa didahului dari kondisi penyakit lain seperti kanker, cedera kepala dan lain sebagainya (Zipes & Wellens, 1998).

Henti jantung di luar rumah sakit atau OHCA didefinisikan sebagai berhentinya aktivitas mekanik jantung yang terjadi di luar rumah sakit yang dikonfirmasi dengan tidak adanya tanda-tanda sirkulasi. Ketidakadaan tanda-tanda sirkulasi bisa dinilai dengan tidak terabanya nadi, mengalami penurunan kesadaran, tidak ada pernafasan atau tersengal-sengal (Johnson, 2010; McNally *et al.*, 2011). Henti jantung berbeda dengan serangan jantung meskipun henti jantung dapat disebabkan karena serangan jantung, dimana aliran darah ke otot-otot jantung mengalami gangguan, misalnya pada *acute coronary syndromes* (ACS). Jika sirkulasi darah berhenti maka oksigen yang dihantarkan ke sel juga akan berhenti. Kekurangan oksigen pada otak akan mengakibatkan hilangnya kesadaran maka akan terjadi pernafasan abnormal sampai dengan henti nafas (Watt, 2015).

Berdasarkan pengertian di atas maka dapat diambil suatu kesimpulan bahwa henti jantung diluar rumah sakit (*OHCA*) adalah hilangnya fungsi jantung secara mendadak untuk mempertahankan sirkulasi normal darah untuk memberi kebutuhan oksigen ke otak dan organ vital lainnya akibat kegagalan jantung untuk berkontraksi secara efektif yang terjadi di luar rumah sakit.

B. Penyebab dan Faktor Resiko Henti Jantung

Hollenberg (2008) secara garis besar membagi penyebab henti jantung menjadi 2 yaitu penyebab yang bersumber dari kardiak yang meliputi penyakit arteri koroner, arterosklerosis, penyakit jantung kongenital, inflamasi miokardial dll. Sedangkan yang bersumber dari non kardiak adalah perdarahan, emboli pulmonal, penyakit paru, gangguan elektrolit, perdarahan subaraknoid, overdosis obat dll. Sedangkan faktor resiko terjadinya henti jantung sendiri meliputi riwayat IMA, penurunan fungsi ventrikel kiri, usia, hipertensi, peningkatan kadar kolesterol, kurangnya aktivitas fisik, perokok, pecandu alkohol, diabetes dll.

C. Patofisiologi henti jantung

Patofisiologi henti jantung tergantung dari etiologi yang mendasarinya, namun, umumnya mekanisme terjadinya kematian adalah sama yaitu sebagai akibat dari henti jantung maka peredaran darah akan berhenti. Berhentinya peredaran darah mencegah aliran oksigen untuk semua organ tubuh. Organ-organ tubuh akan mulai berhenti berfungsi sebagai akibat tidak adanya suplai oksigen, termasuk otak. Hipoksia cerebral atau ketiadaan oksigen ke otak, menyebabkan korban kehilangan kesadaran dan berhenti bernapas secara normal. Kerusakan otak mungkin terjadi jika henti jantung tidak ditangani dalam 5 menit dan selanjutnya akan terjadi kematian dalam 10 menit (*sudden cardiac death*). Henti jantung terjadi ketika sistem listrik jantung mengalami malfungsi dan akan menghasilkan kematian jika jantung secara tiba-tiba berhenti bekerja dengan benar. Hal ini disebabkan oleh ketidaknormalan atau ketidakaturan irama jantung yang sering disebut dengan aritmia. Aritmia yang paling umum dalam serangan jantung adalah *ventricular fibrillation* (VF) atau *ventricular tachycardia* (VT) (Field *et al.*, 2010).

Masalah lain yang berhubungan dengan sistem listrik jantung yang juga dapat menyebabkan henti jantung adalah jika tingkat sinyal listrik jantung menjadi sangat lambat dan berhenti. Henti jantung juga dapat terjadi jika otot jantung tidak merespon sinyal listrik jantung. Selain itu, beberapa penyakit dan kondisi tertentu dapat menyebabkan masalah listrik pada jantung dan menyebabkan terjadinya henti jantung, seperti penyakit jantung koroner (PJK), atau yang disebut penyakit arteri koroner, stres fisik yang berat, kelainan bawaan tertentu, dan perubahan struktural dalam jantung (Zipes & Wellens, 1998).

Coronary Heart Disease merupakan penyakit di mana terjadi penumpukan plak di arteri koroner. Arteri tersebut memasok darah yang kaya oksigen ke otot jantung. Adanya plak akan mempersempit arteri dan mengurangi aliran darah ke otot jantung. Daerah plak dapat pecah dan menyebabkan terbentuknya bekuan darah pada permukaan plak. Bekuan

darah dapat sebagian atau seluruhnya menghalangi aliran darah yang kaya oksigen ke bagian otot jantung yang dinutrisi oleh arteri tersebut. Hal ini menyebabkan serangan jantung. Selama serangan jantung, beberapa sel otot jantung mati dan digantikan dengan jaringan parut. Jaringan parut akan merusak sistem listrik jantung. Akibatnya, sinyal listrik dapat menyebar secara abnormal ke seluruh jantung. Perubahan kondisi pada jantung ini meningkatkan risiko terjadinya aritmia yang berbahaya dan henti jantung mendadak (Zipes & Wellens, 1998).

Beberapa jenis stres fisik dapat menyebabkan kegagalan sistem listrik jantung. Contoh stres fisik diantaranya, latihan fisik yang berlebihan. Hormon adrenalin dilepaskan selama latihan fisik yang berlebihan. Hormon ini dapat memicu terjadinya henti jantung secara mendadak pada orang yang memiliki masalah jantung. Kadar kalium atau magnesium yang sangat rendah juga dapat menyebabkan kegagalan sistem listrik jantung sebab mineral ini memainkan peran penting dalam sinyal listrik jantung. Penyebab stres fisik yang lainnya yaitu kehilangan darah mayor dan kekurangan oksigen yang parah (Zipes & Wellens, 1998).

D. Tanda dan Gejala

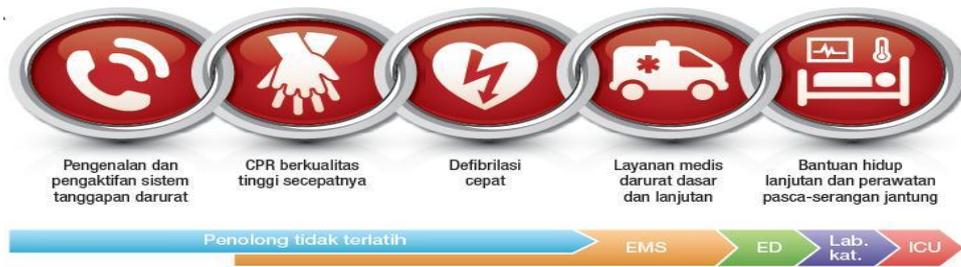
Henti jantung dapat datang secara tiba-tiba dan berat, sehingga penderita tidak sadar apa yang dialaminya. Akan tetapi tidak jarang gejala henti jantung berawal dari yang ringan, berupa nyeri ringan atau ketidaknyamanan pada dada. Korban yang mengalaminya sering tidak menyadari ia mendapat henti jantung dan menunggu lama sebelum akhirnya memutuskan untuk mencari pertolongan. Di bawah ini adalah tanda dan gejala yang sering muncul pada henti jantung:

Tanda-tanda *cardiac arrest* menurut Cameron, Brown, & Little, (2015) yaitu:

- 1) Ketiadaan respon; pasien tidak berespon terhadap rangsangan suara, tepukan di pundak ataupun cubitan.
- 2) Ketiadaan pernafasan normal; tidak terdapat pernafasan normal ketika jalan pernafasan dibuka.
- 3) Minta seseorang untuk memanggil Ambulance serta membawa alat AED dan jika sendiri, gunakan telpon genggam untuk memanggil ambulance.

E. Penanganan Henti jantung pada OHCA (Out Hospital Cardiac Arrest)

Penatalaksanaan secepatnya pada pasien henti jantung sangat penting dilakukan. Penatalaksanaan ini mengikuti rekomendasi AHA tentang alur penanganan korban dengan henti jantung yang disebut dengan “Rantai Kehidupan” (*Chain of Survival*) dimana semua bagian saling berhubungan dan tidak bisa dipisahkan. Rantai kehidupan ini terdiri dari lima komponen yaitu: pengenalan dini (*Early Recognition*) henti jantung dan Aktivasi pelayanan gawat darurat (*EMS Activation*), resusitasi jantung paru (CPR) segera (*Early CPR*), defibrilasi segera (*Rapid Defibrillation*), Perawatan Lanjut yang efektif (*Effective Advance Life Support*), Perawatan Jantung Lanjutan Terintegrasi (*Integrated Post Cardiac care*) sebagai rangkaian independen rantai kehidupan untuk mengoptimalkan harapan hidup pasien henti jantung di luar rumah sakit.



Gambar 2.1 *Chain of Survival* pasien henti jantung di luar rumah sakit (AHA, 2015).

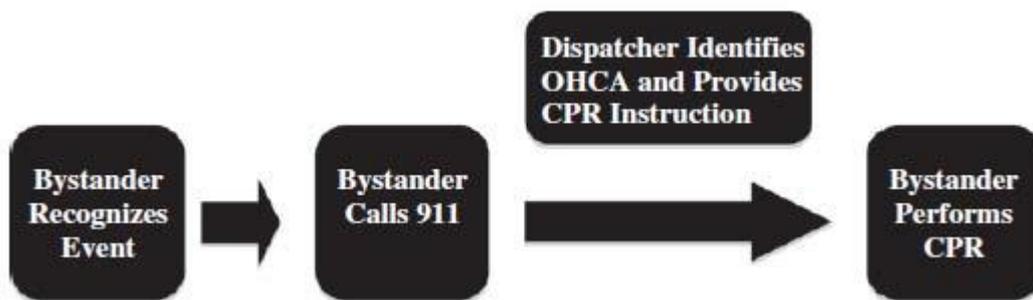
F. Rantai Pertama: Pengenalan Dini dan Akses Segera (Early Recognition and Early Access)

Rantai pertama dalam tata laksana henti jantung ini mengindikasikan pentingnya mengenali mereka yang beresiko terkena serangan jantung dan segera memanggil pertolongan dalam harapan bahwa penanganan yang segera dapat mencegah kerusakan lanjut dari henti jantung. Terdapat + 80% pasien menunjukkan gejala penurunan fungsi fisiologis pada beberapa jam sebelum terjadinya serangan jantung. Studi terbaru menunjukkan bahwa mayoritas pasien yang selamat dari serangan henti jantung diluar rumah sakit memiliki gejala peringatan untuk beberapa lama sebelum terjadinya serangan (Miller, 2006).

Pada sebuah permodelan, bertambah cepatnya 1 menit *respon time* dapat dicapai dengan kewaspadaan masyarakat luas dan sistem '*dispatch*' yang efektif. Akses yang lebih cepat dapat diperkuat dengan pendidikan publik, terlebih lagi untuk mereka yang kemungkinan besar akan menyaksikan adanya henti jantung, dan dengan menerapkan komunikasi gawat darurat yang efisien. Partisipan pada sebuah kelas pembelajaran CPR belajar bagaimana mengenali gejala awal dari henti jantung, dan bagaimana dengan cepat untuk menghubungi EMS ketika seseorang pingsan. Sedangkan mereka yang tidak terinformasi kurang dapat mengenali gejala yang terjadi seperti adanya nyeri dada dan gangguan pernafasan. Ketika korban pingsan, mereka yang tidak terinformasi akan memerlukan waktu yang cukup lama sebelum memanggil ambulans. Bahkan mereka kadang memanggil terlebih dahulu tetangga, kenalan, atau dokter pribadi mereka sebelum memanggil layanan gawat darurat. Akses yang lebih awal memastikan waktu yang berharga pada pasien henti jantung tidak terbuang percuma (Cummins *et al.*, 1991).

Menurut Sasson *et al* (2013) ada empat langkah penting yang dilakukan *bystander* CPR sebagai bagian dari respon tanggap darurat masyarakat (Gambar 2). Pertama, penolong harus menyadari bahwa korban membutuhkan bantuan. *Early recognition* yang dilakukan

oleh penolong atau *bystander* adalah menyadari bahwa korban telah mengalami serangan henti jantung, atau secara sederhananya mengenali bahwa korban membutuhkan bantuan dari *Emergency Medical Services* (EMS).Kedua, penolong dengan segera harus memanggil 119 (atau nomor akses EMS setempat).ketiga, panggilan tersebut akan dialihkan ke *dispatcher*, yang harus mengidentifikasi bahwa serangan henti jantung memang telah terjadi pada korban dan akan memproses respon EMS yang sesuai. Operator atau *dispatcher* akan menyediakan instruksi CPR yang memandu penolong untuk melakukan CPR. Untuk selanjutnya, penolong akan memulai dan terus melakukan CPR pada korban OHCA sampai bantuan datang.



Gambar 2.2 Empat langkah utama pelaksanaan CPR oleh *bystander*(Sasson *et al.*, 2013).

Namun, beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa ada beberapa faktor yang menghalangi *bystander* atau penolong untuk mengambil tindakan, termasuk mereka takut akan melakukan CPR yang salah, takut tanggung jawab hukum, dan takut infeksi yang didapat saat melakukan bantuan nafas dari mulut ke mulut (Sayre *et al.*, 2010). Hambatan lain yang dirasakan *bystander* adalah kesulitan dalam mengenali serangan henti jantung, mengharapkan orang lain dalam kelompok untuk melakukan tindakan yang pertama, ketidakpastian tentang bagaimana melakukan CPR, kekhawatiran terhadap kualitas CPR yang diberikan, dan adanya kebutuhan yang dirasakan untuk bernapas ke dalam mulut seseorang (Sasson *et al.*, 2013).

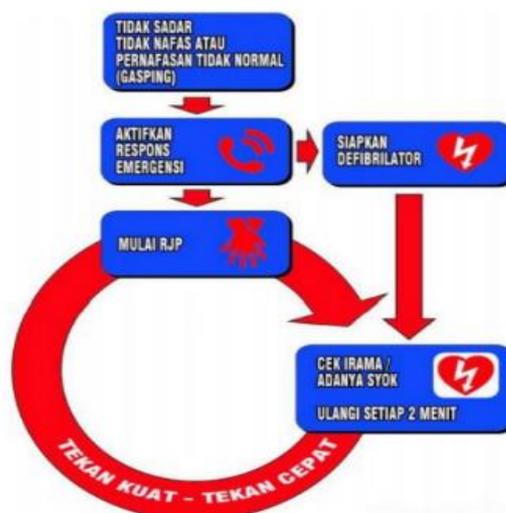
Tempat kejadian juga menjadi penghalang untuk kinerja *bystander* CPR. Orang-orang yang mengalami serangan jantung di lokasi umum (misalnya, bandara atau kasino) lebih mungkin untuk mendapatkan CPR dibandingkan dengan rumah pribadi (Swor *et al.*, 2003). Hambatan bahasa atau cacat fisik juga dapat menyebabkan penundaan yang disebabkan oleh komunikasi yang tidak efektif antara pemanggil dan Operator (Meischke *et al.*, 2010)

G. Rantai kedua: Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) Segera (Early CPR)

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) adalah segala usaha tindakan dan teknik yang dipakai untuk mengembalikan sirkulasi spontan. CPR merupakan suatu metode untuk memberikan bantuan sirkulasi. CPR dapat meningkatkan angka kelangsungan hidup korban yang mengalami henti jantung dengan mengombinasikan antara kompresi dada dan nafas buatan untuk memberikan oksigen yang diperlukan bagi kelangsungan hidup fungsi sel tubuh. Ketika henti jantung terjadi, jantung berhenti berdenyut dan sirkulasi darah berhenti. Jika sirkulasi tidak segera berfungsi kembali, kematian organ-organ tubuh akan mulai terjadi.

Organ tubuh yang paling sensitif adalah otak, dan bila sirkulasi darah untuk otak tidak segera kembali dalam 4-6 menit, maka akan terjadi kerusakan permanen dan ireversibel. Kompresi/penekanan pada tulang dada (*sternum*) dengan tulang belakang (*vertebrae*) sehingga membantu mengalirkan darah dan mengirimkan oksigen menuju organ-organ vital, terutama otak, jantung, dan ginjal. Metode CPR dapat mengirimkan 1/3 dari jumlah darah normal ke otak, oleh karena itu CPR harus segera dimulai untuk menolong korban henti jantung. Jika CPR dilakukan segera dan berkualitas tinggi (*high quality CPR*), fungsi jantung dapat kembali dan sirkulasi dapat dipertahankan sampai tiba di RS atau petugas medis mengambil alih (Kleinman *et al.*, 2015). Secara garis besar AHA (2015), dalam panduan terbarunya menyebutkan beberapa point dalam pelaksanaan CPR kualitas tinggi, diantaranya adalah:

- 1) Melakukan kompresi dada dengan kecepatan 100 s/d 120 kali per menit.
- 2) Melakukan kompresi dada dengan kedalaman minimum 2 inci (5cm).
- 3) Memberikan kesempatan dada untuk rekoil sempurna setiap kali kompresi.
- 4) Meminimalkan jeda dalam kompresi.
- 5) Memberikan ventilasi yang cukup (2 napas buatan setelah 30 kompresi, setiap napas buatan dilaksanakan dalam waktu 1 detik sampai membuat dada terangkat).



Gambar 2.3 Algoritma BLS dewasa Orang Awam (AHA, 2015).

Ada beberapa faktor yang menghalangi *bystander* atau penolong untuk mengambil tindakan, termasuk mereka takut akan melakukan CPR yang salah, takut tanggung jawab hukum, dan takut infeksi yang didapat saat melakukan bantuan nafas dari mulut ke mulut (Sayre et al., 2010). Hambatan lain yang dirasakan *bystander* adalah kesulitan dalam mengenali serangan henti jantung, mengharapkan orang lain dalam kelompok untuk melakukan tindakan yang pertama, ketidakpastian tentang bagaimana melakukan CPR, kekhawatiran terhadap kualitas CPR yang diberikan, dan adanya kebutuhan yang dirasakan untuk bernapas ke dalam mulut seseorang (Bradley et al., 2016). Lokasi kejadian juga menjadi penghalang untuk kinerja *bystander* CPR. Orang-orang yang mengalami serangan jantung di lokasi umum (misalnya, bandara atau kasino) lebih mungkin untuk mendapatkan CPR dibandingkan dengan rumah pribadi (Swor et al., 2003). Hambatan bahasa atau cacat fisik juga dapat menyebabkan penundaan yang disebabkan oleh komunikasi yang tidak efektif antara pemanggil dan operator (Meischke et al., 2010).

H. Rantai ketiga: Defibrilasi Segera (Early Defibrillation)

Penyebab kematian pada korban yang mengalami henti jantung karena *infark myokard acute* atau iskemia biasanya adalah ventrikel aritmia, yang paling sering ventrikel fibrilasi. Hal inilah yang mendasari prosedur defibrilasi harus segera dilakukan untuk menyelamatkan korban. Penelitian menunjukkan bahwa defibrilasi dini seringkali dapat meningkatkan angka kehidupan pasien henti jantung di luar rumah sakit (Mitamura, 2008). Setiap ambulance yang membawa pasien henti jantung harus dilengkapi dengan peralatan defibrillator. Defibrilasi paling baik bekerja pada menit-menit pertama setelah onset henti jantung. Jika terlambat, jantung tidak akan bereaksi terhadap terapi kejutan listrik (defibrillation).

Hanya 33,3% dari semua korban OHCA yang dilakukan CPR oleh penolong dan 3,7% yang ditolong oleh penolong menggunakan AED sebelum kedatangan petugas EMS. Lebih dari 40% kasus henti jantung disebabkan oleh ventrikel vibrilasi. Peluang hidup

korban dengan kelainan irama jantung akan meningkat 50-75% apabila dilakukan CPR dan defibrilasi yang dilakukan 3-5 menit setelah henti jantung. Peluang hidup korban akan turun 7-10% setiap menitnya apabila terlambat dalam melakukan defibrilasi (Scholten *et al.*, 2011). Oleh karena itu penggunaan *automated external defibrillator* (AED) sangat diperlukan oleh pasien OHCA.

Alasan jarangya penggunaan AED belum sepenuhnya dipahami. Untuk memaksimalkan penggunaan AED pada penolong awam, *American Heart Association* (AHA) telah menekankan pentingnya pengorganisasian, perencanaan, pelatihan, menghubungkan dengan sistem EMS, dan membangun proses peningkatan mutu berkelanjutan. Menempatkan AED di tempat-tempat yang banyak terjadi OHCA merupakan salah satu solusi yang dapat digunakan dalam memaksimalkan penggunaan AED (Link *et al.*, 2010).

Menurut Moon *et al* (2016) menyatakan bahwa tidak terdapat korelasi yang kuat antara penempatan AED dengan kejadian OHCA sehingga data tentang kejadian OHCA yang akurat sangat diperlukan. Perlunya data dan peta lokasi kejadian-kejadian di suatu daerah dapat digunakan sebagai masukan kepada pemerintah setempat untuk menempatkan AED sesuai dengan persebaran peta lokasi kejadian OHCA. Banyaknya kasus OHCA yang tidak mendapatkan *rapid defibrillation* menggunakan AED merupakan salah satu faktor penyebab berkurangnya peluang hidup korban OHCA. Hal ini salah satunya disebabkan oleh kurangnya pemahaman masyarakat awam dalam menggunakan AED. Masalah ini dapat diselesaikan dengan bermacam langkah salah satunya sosialisasi dan pengenalan AED ke publik sehingga pemahaman masyarakat awam dapat ditingkatkan (Kuo *et al.*, 2016).

I. Rantai keempat: Perawatan Lanjut Segera (Early Advanced Care)

Bantuan hidup lanjut (*Advance Life Support*) yaitu menstabilkan kondisi pasien yang telah di resusitasi untuk melewati tahap kritis. Tahap ini terdiri dari penatalaksanaan jalan nafas lanjutan (pemasangan endo tracheal tube), pemberian obat-obatan intravena seperti epinefrin dan cairan serta jika perlu terapi defibrilasi sesuai dengan gambaran *electrocardiography* (Hollenberg, 2008).

Masalah yang muncul adalah *respons time* dari EMS ketika datang ke lokasi untuk melakukan tindakan lebih lanjut. Adapun solusi untuk menangani masalah tersebut adalah dengan meletakkan beberapa EMS dilokasi menurut wilayah yang memiliki potensi sering terjadi korban henti jantung, misal ditempat wisata, taman bahkan ditempat terpencil pun

harus ada tim yang siap siaga ketika ada panggilan darurat terkait dengan pasien yang mengalami henti jantung.

Pendekatan yang dapat pula digunakan untuk mempersingkat waktu antara jatuhnya korban dengan kedatangan ambulan adalah dengan menambah jumlah ambulan tersebut, yang mana mahal dan tidak efisien. Penelitian telah menunjukkan bahwa setelah mencapai level tertentu, penambahan ambulan justru dapat menurunkan *respon time* secara signifikan.

Di Indonesia sendiri kita juga bisa melakukan peningkatan pengetahuan dan keterampilan skill CPR bystander untuk peningkatan survival rate di Indonesia dengan melakukan pelatihan CPR di tempat kerja untuk karyawan. Salah satu regulasi terbaru terkait dengan K3 adalah dikeluarkannya Peraturan Menteri Tenaga Kerja & Transmigrasi RI No. PER15/MEN/VIII/2008 tentang Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K) di tempat kerja yang salah satunya berisi skill dalam melakukan CPR.

Intervensi atau tindakan pre-hospital yang dilakukan terhadap pasien dengan henti jantung tidak sepenuhnya mampu memperpanjang hidup pasien, tetapi penanganan lebih awal dan mampu membawanya ke Rumah Sakit secara cepat akan meningkatkan kualitas hidup pasien, dengan catatan akses mudah sehingga pasien mampu dibawa ke rumah sakit yang memiliki fasilitas yang memadai untuk merawat pasien dengan henti jantung (Seamon *et al.*, 2016).

J. Rantai kelima: Perawatan Jantung Lanjutan Terintegrasi (Integrated Post Cardiac care)

Rantai terakhir dari rantai kehidupan ini adalah perawatan setelah resusitasi, yang bertujuan untuk mempertahankan fungsi dari jantung dan otak dan mengenali pentingnya mengembalikan kualitas hidup dari korban henti jantung (Hollenberg, 2008). Untuk meningkatkan tingkat keselamatan pasien berdasarkan apa yang telah terjadi sebelumnya, AHA kemudian menyadari pentingnya untuk meningkatkan pelayanan sistematis yang berdasar multidisiplin ilmu untuk pasien setelah *Return of Spontaneous Circulation* (ROSC). Lebih lanjut Field *et al* (2010) menyarankan untuk sebuah tatalaksana terintegrasi dan menyeluruh yang disebut dengan perawatan pascahenti jantung yang bertujuan untuk menurunkan kematian awal akibat kegagalan multiorgan dan cedera otak melalui cara:

- 1) Memberikan hasil fungsi yang optimal dari kardiopulmonal dan organ vital lain setelah didapatkan ROSC.
- 2) Mentransport pasien ke rumah sakit dengan pelayanan kritis yang mencukupi.

- 3) Mengidentifikasi dan mengintervensi dengan segera kasus-kasus ACS
- 4) Memberikan terapi suhu yang terkontrol untuk mengoptimalkan perbaikan neurologis.
- 5) Melakukan tindakan pencegahan, dan penatalaksanaan disfungsi organ.

K. Prognosis Keberhasilan

Tujuan utama dalam penanganan henti jantung di luar rumah sakit yang ditegaskan dalam OHCA PAROS adalah *survival* sampai dengan pasien pulang dari rumah sakit atau 30 hari pasca henti jantung. Tujuan utama yang ditetapkan tersebut berdasarkan dari hasil yang didapatkan dari beberapa negara. Sedangkan tujuan lain yang ditetapkan oleh OHCA PAROS adalah kembalinya sirkulasi spontan atau *return of spontaneous circulation* (ROSC), survival sampai masuk rumah sakit, dan status neurologis pada saat keluar rumah sakit atau pada 30 hari pasca serangan jantung jika tidak keluar rumah sakit (Ong *et al.*, 2011).

Tanda dari kembalinya sirkulasi spontan (ROSC) itu sendiri menurut Jacobs *et al* (2004) adalah adanya pernafasan, batuk, atau pergerakan dada. Bagi tenaga kesehatan profesional, ROSC diartikan sebagai adanya nadi karotis teraba dan tekanan darah terukur. Pasien tidak bisa dikatakan terjadi ROSC jika tidak disertai bukti sirkulasi terjadi dengan baik yaitu nadi teraba selama 10 menit (Salcido, Stephenson, & Condle, 2011).

L. Tinjauan Pengetahuan Bantuan Hidup Dasar Bagi Awam Khusus

1. Definisi BHD

Bantuan hidup dasar merupakan sebuah tindakan utama yang dilakukan untuk menyelamatkan seseorang yang mengalami henti jantung. BHD terdiri dari identifikasi henti jantung dan aktivasi Sistem Pelayanan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT), Resusitasi Jantung Paru (RJP) segera, dan segera melakukan defibrilasi atau kejutan listrik dengan menggunakan *Automated Eksternal Defibrillator* (AED). BHD tidak hanya dapat dilakukan oleh kalangan medis saja akan tetapi dapat juga dilakukan semua orang yang terlatih (Nurdin, 2020).

2. Tujuan BHD

- a. Mencegah berhentinya sirkulasi atau peredaran darah, atau berhentinyapernafasan
- b. Memberikan bantuan dari luar terhadap peredaran darah dan ernafasan pada korban yang mengalami henti jantung atau henti napas melalui pijat jantung atau RJP dan pemberian defibrilasi atau kejut jantung dengan alat AED

3. Pelaksanaan tindakan BHD

- a. Aktivasi layanan darurat

Sesuai dengan rantai keselamatan, ketika pertama kali melihat korban, hal yang harus dilakukan adalah memastikan apakah korban mengalami henti jantung atau tidak. Setelah mengenali tanda-tanda, penolong secepatnya mengaktifkan system keselamatan lingkungan atau System Pelayanan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) yaitu meminta bantuan dengan menghubungi petugas medis atau menghubungi ambulance, dan meminta alat kejut jantung otomatis (AED), dan segera lakukan RJP atau pijat jantung, setelah penolong memastikan kondisi aman diri, aman korban dan aman lingkungan (PPSDMK, 2016)

b. Resusitasi Jantung Paru (RJP)

1) Defenisi RJP

Resusitasi Jantung Paru (RJP) atau biasa juga disebut pijat jantung adalah tindakan yang dilakukan terhadap korban henti jantung untuk menjaga agar oksigen di dalam darah tetap mengalir ke otak dan organ penting lainnya (Atkins & Cross, 2016). Tujuan pemberian RJP adalah menjaga darah dan oksigen tetap beredar keseluruh tubuh korban (Pro Emergency, 2011).

2) Langkah-langkah RJP pada orang dewasa

- a) Berlutut disamping korban
- b) Letakkan kedua telapak tangan dengan posisi saling bertumpu ditengah dada korban
- c) Posisikan siku tegak lurus di atas dada korban dengan posisi bahu sejajar tangan
- d) Mulai kompresi dada atau menekan dada korban dengan kedalaman 5 cm secara cepat atau sekitar 100 - 120 kali per menit
- e) Lakukan secara berulang sampai petugas medis datang

3) Kapan menghentikan RJP

Ada beberapa alasan kuat bagi penolong untuk menghentikan tindakan RJP menurut (PERKI, 2019) diantaranya adalah:

- a) Penolong sudah melakukan bantuan secara optimal sehingga mengalami kelelahan atau jika petugas medis sudah tiba ditempat kejadian
- b) Adanya tanda-tanda kematian pasti
- c) Kejadian henti jantung tidak disaksikan oleh penolong
- d) Korban yang tidak berespon setelah dilakukan bantuan hidup jantung lanjutan minimal 20 menit

c. AED (*Automated Eksternal Defibrillator*)

1) Defenisi AED

AED merupakan alat yang dapat memberikan kejutan atau terapi listrik pada korban dengan henti jantung untuk memulai kembali aksi pemompaan jantung, tujuannya adalah untuk menyelamatkan korban dari kematian korban yang mengalami henti jantung, sedangkan fungsi AED adalah untuk menafsirkan irama jantung dan memberitahukan kepada penolong apakah diperlukan kejutan atau tidak (Hia, 2017; Nurdin, 2020)

2) Indikasi Penggunaan AED

Penggunaan AED digunakan saat ditemukan korban yang secara tiba-tiba tidak sadarkan diri, tidak ada respon dan tidak ada tanda-tanda sirkulasi atau peredaran darah, dan penolong memiliki akses untuk mendapatkan AED serta mampu dan kompeten dalam mengoperasikan AED (Hia, 2017)

3) Prinsip kerja alat AED

AED merupakan alat kejut listrik yang dirancang berukuran kecil, ringan dan dapat dibawa kemana-mana. Pada umumnya prinsip dasar kerja AED sama dengan merk AED lainnya dan melakukan hal berikut:

- a) Menganalisa irama jantung
- b) Menentukan apakah irama jantung memerlukan kejutan listrik
- c) Jika memerlukan kejutan listrik secara otomatis alat AED mengisi daya ketinggian energi yang telah ditentukan, dan jika tidak diperlukan kejutan listrik alat AED tidak akan mengisi daya
- d) AED memberikan kejutan listrik melalui bantalan AED yang terpasang
- e) Melalui perintah suara, AED memberitahukan kepada penolong tentang tindakan yang harus dilakukan oleh penolong, seperti memberikan kejutan, memeriksa korban dan melanjutkan tindakan RJP atau pijat jantung

4) Pertimbangan dalam penggunaan AED yang aman dan efektif

Penolong terlebih dahulu harus memastikan lingkungan sekitar atau tempat kejadian aman untuk menggunakan AED dan menghindari hal-hal berikut: (Atkins & Cross, 2016)

- a) Bahan yang mudah terbakar

Jangan menggunakan AED disekitar bahan yang mudah terbakar seperti gas, bensin atau oksigen yang mengalir bebas.

- b) Permukaan logam atau besi

Singkirkan korban dari permukaan logam atau besi karena dapat mengalirkan arus listrik ke penolong.

c) Air

Pastikan tidak ada genangan air disekitar korban dan penolong atau perangkat AED, jika permukaan dada korban basah atau berkeringat segera keringkan dengan kain, hal ini juga dapat menimbulkan bahaya bagi penolong dan juga dapat mengurangi daya rekat bantalan AED ke dinding dada.

5) Langkah-langkah penggunaan AED

Adapun langkah-langkah penggunaan AED adalah sebagai berikut: (PERKI, 2019).

a) Dengan satu penolong Menilai respon dan pernafasan

- (1) Menghubungi petugas medis atau unit gawat darurat sakit terdekat dan ambil AED
- (2) Jika pasien tidak ada respon dan tidak ada nafas atau tidak ada tanda-tanda peredaran darah atau jantung tidak berdetak segera pasang alat AED:
 - (a) Menyalakan AED
 - (b) Memasang bantalan yang sesuai pada korban (anak atau dewasa) dan pastikan kabel bantalan terhubung atau terpasang dengan perangkat AED
 - (c) AED akan menganalisa irama jantung korban, dalam keadaan ini korban tidak boleh disentuh
 - (d) Menekan tombol Shock, jika mesin memberikan perintah untuk melakukan shock dan memastikan penolong tidak menyentuh korban

b) Dengan dua penolong atau lebih

- (1) Menilai respon dan pernafasan
- (2) Memanggil pertolongan, penolong menghubungi atau menelpon petugas medis atau unit gawat darurat Rumah Sakit terdekat dan sekaligus mengambil AED. Penolong yang satu melakukan tindakan RJP sampai penolong datang membawa AED

- (3) Apabila AED sudah datang, satu penolong mempersiapkan AED, sambil penolong lain melakukan tindakan RJP
 - (4) Analisa irama, memastikan semua penolong tidak menyentuh korban dan RJP dihentikan bila mesin menginstruksikan sedang menganalisa irama
 - (5) Apabila keluar perintah shock dari mesin AED
 - (a) Semua penolong disarankan dalam posisi bebas dari korban
 - (b) Menekan tombol "*Shock*". Setelah shock segera lakukan RJP selama 5 siklus (2 menit)
 - (c) Mesin AED akan melakukan analisa irama lagi setelah 2 menit, apabila keluar perintah shock, lakukan shock dan segera RJP kembali, dan seterusnya
 - (6) Apabila keluar perintah tidak usah melakukan shock (*No Shock Indicated*), dan tidak ada tanda peredaran darah atau jantung berdetak. Tetap melakukan RJP sampai mesin AED menginstruksikan menganalisa irama atau setelah RJP selama 2 menit.
4. Langkah-langkah BHD untuk masyarakat awam khusus Langkah bantuan hidup dasar untuk penolong orang awam berdasarkan *American Heart Association (AHA) 2010* (Berg et al., 2010).
- a. Memastikan korban, orang disekitar dan penolong atau lingkungan sekitar aman untuk melakukan pertolongan
 - b. Mengecek respon korban, dengan cara memanggil korban dengan suara yang keras atau menepuk bahu korban, jika tidak ada respon kemudian cek pernafasan
 - c. Jika tidak ada respon dan pernafasan segera lakukan pertolongan, jika pertolongan dilakukan oleh satu orang maka segera hubungi petugas medis dengan telepon genggam dan mengambil AED terdekat jika tersedia, sedangkan jika pertolongan dilakukan oleh dua orang atau lebih maka penolong lain menghubungi petugas medis dan mengambil AED terdekat jika tersedia dan penolong lain melakukan tindakan RJP.
 - d. Jika penolong sudah terlatih dan mampu memberikan bantuan nafas maka penolong memberikan tindakan RJP atau pijat jantung luar sebanyak 30 kali pijatan dengan kecepatan 100 sampai 120 kali per menit dan dikombinasikan dengan pemberian bantuan nafas sebanyak 2 kali tiupan (30:2). Dan apabila penolong belum terlatih

atau tidak mampu memberikan bantuan nafas maka penolong hanya memberikan RJP atau pijat jantung luar dengan kecepatan sekitar 100 sampai 120 kali permenit tanpa meberikan bantuan nafas.

- e. Penolong memasang perangkat AED atau alat kejut listrik pada korbandan menunggu instruksi dari mesin AED
- f. Penolong terus melakukan tindakan sesuai instruksi AED sampai petugas medis datang untuk mengambil alih atau korban mulai menunjukkan respon atau penolong sudah merasa lelah.

M. Konsep Pengetahuan

1. Pengertian

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, 2012). 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, 2012).

Adopsi Pengetahuan Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa apabila suatu pembuatan yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perbuatan yang tidak didasari oleh pengetahuan, dan apabila manusia mengadopsi perbuatan dalam diri seseorang tersebut akan terjadi proses sebagai berikut:

- a. Awareness (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- b. Interest (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tertentu disini sikap subjek sudah mulai timbul.
- c. Evaluation (menimbang-nimbang) baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d. Trial, dimana subjek mulai melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- e. Adoption, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Tingkat Pengetahuan Notoatmodjo (2012) 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 (Aplication) 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.

Cara pengukuran tingkat pengetahuan Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau kuisioner yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2012). Menurut Wawan & Dewi (2011) tingkat pengetahuan ada tiga yaitu:

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

N. Konsep Keterampilan

1. Pengertian Keterampilan

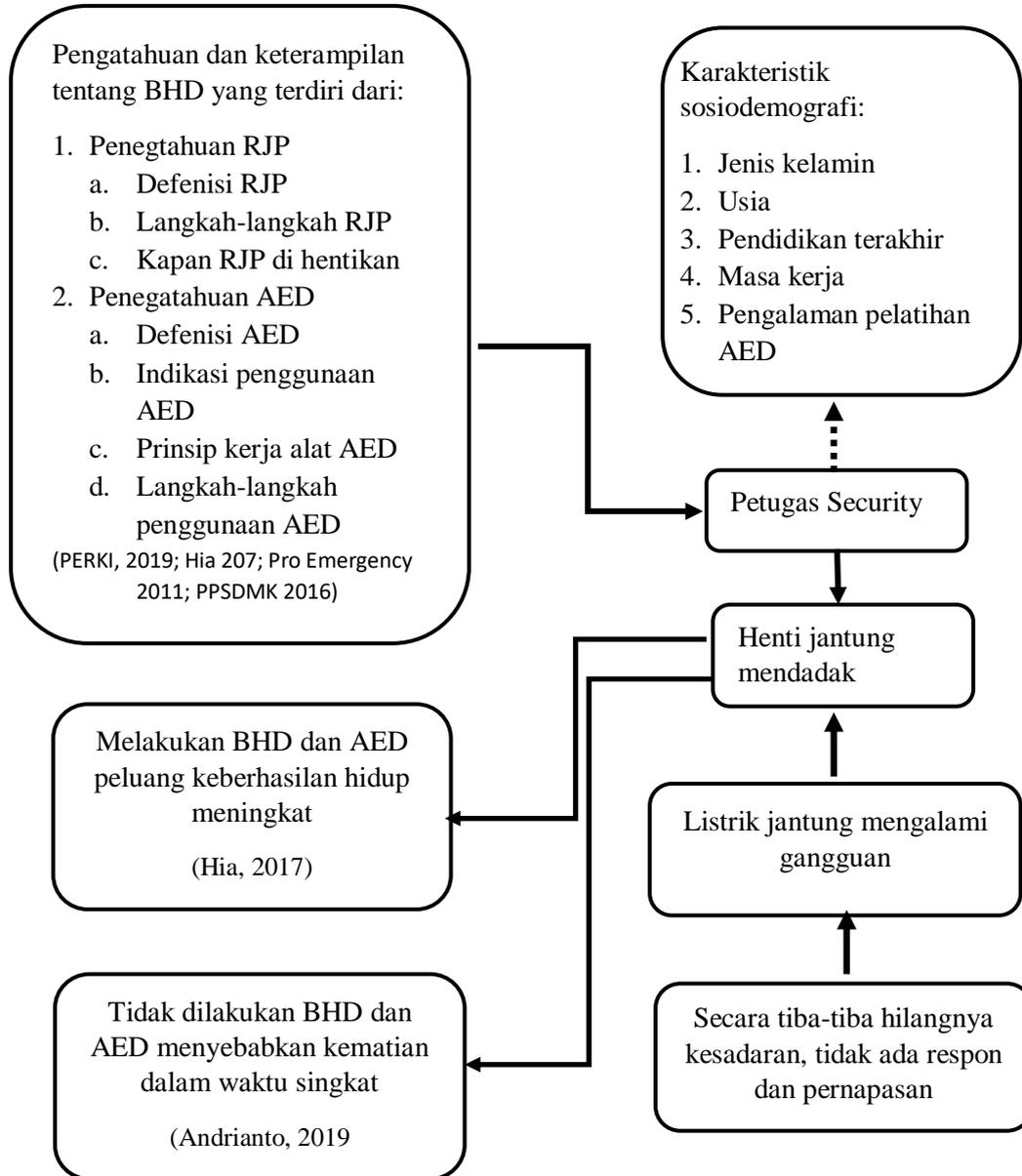
Keterampilan adalah kemampuan seseorang menerapkan pengetahuan kedalam bentuk tindakan. Keterampilan seseorang dipengaruhi oleh pendidikan dan latihan (Justine, 2006).

2. Klasifikasi Keterampilan Menurut Oemar (2005) keterampilan dibagi menjadi tiga karakteristik, yaitu:
 - a. Respon motorik Respon motorik adalah gerakan - gerakan otot melibatkan koordinasi gerakan mata dengan tangan, dan mengorganisasikan respon menjadi pola-pola respon yang kompleks.
 - b. Koordinasi gerakan Terampil merupakan koordinasi gerakan mata dengan tangan. Oleh karena itu keterampilan menitikberatkan koordinasi persepsi dan tindakan motorik seperti main tenis, voli, alat musik.
 - c. Pola respon Terampil merupakan serangkaian stimulus-respon menjadi pola- pola respon yang kompleks. Keterampilan yang kompleks terdiri dari unit - unit stimulus respon dan rangkaian respon yang tersusun menjadi pola respon yang luas. Dari beberapa pengertian keterampilan yang dikemukakan di atas maka dapat disimpulkan bahwa keterampilan adalah suatu kecakapan atau keahlian dalam mengerjakan sesuatu kegiatan yang memerlukan koordinasi gerakan-gerakan otot.
3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keterampilan Menurut Bertnus (2009) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi keterampilan seseorang dalam melakukan sebuah tindakan adalah sebagai berikut:
 - a. Pengetahuan Pengetahuan mencakup segenap apa yang diketahui tentangobyek tertentu dan disimpan didalam ingatan. Pengetahuan dipengaruhi berbagai faktor yaitu latar belakang pendidikan, pengalaman kerja, usia dan jenis kelamin.
 - b. Pengalaman Pengalaman akan memperkuat kemampuan dalam melakukan sebuah tindakan (keterampilan). Pengalaman ini membangun seorang perawat bisa melakukan tindakan-tindakan yang telah diketahui. Pengalaman kerja seseorang yang banyak, selain berhubungan dengan masa kerja seseorang juga dilatarbelakangi oleh pengembangan diri melalui pendidikan baik formal maupun informal.
 - c. Keinginan/motivasi Merupakan sebuah keinginan yang membangkitkan motivasi dalam diri seorang perawat dalam rangka mewujudkan tindakantindakan tersebut.

Kriteria Tingkat Keterampilan Menurut Riwidikdo (2012) keterampilan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan menggunakan rumus yaitu, sebagai berikut:

- a. Baik: $(x) > \text{mean} + 1\text{SD}$
- b. Cukup terampil: $\text{Mean} - 1\text{SD} \leq x \leq \text{mean} + 1\text{SD}$
- c. Kurang terampil: $(x) < \text{mean} - 1\text{SD}$

O. KERANGKA TEORI

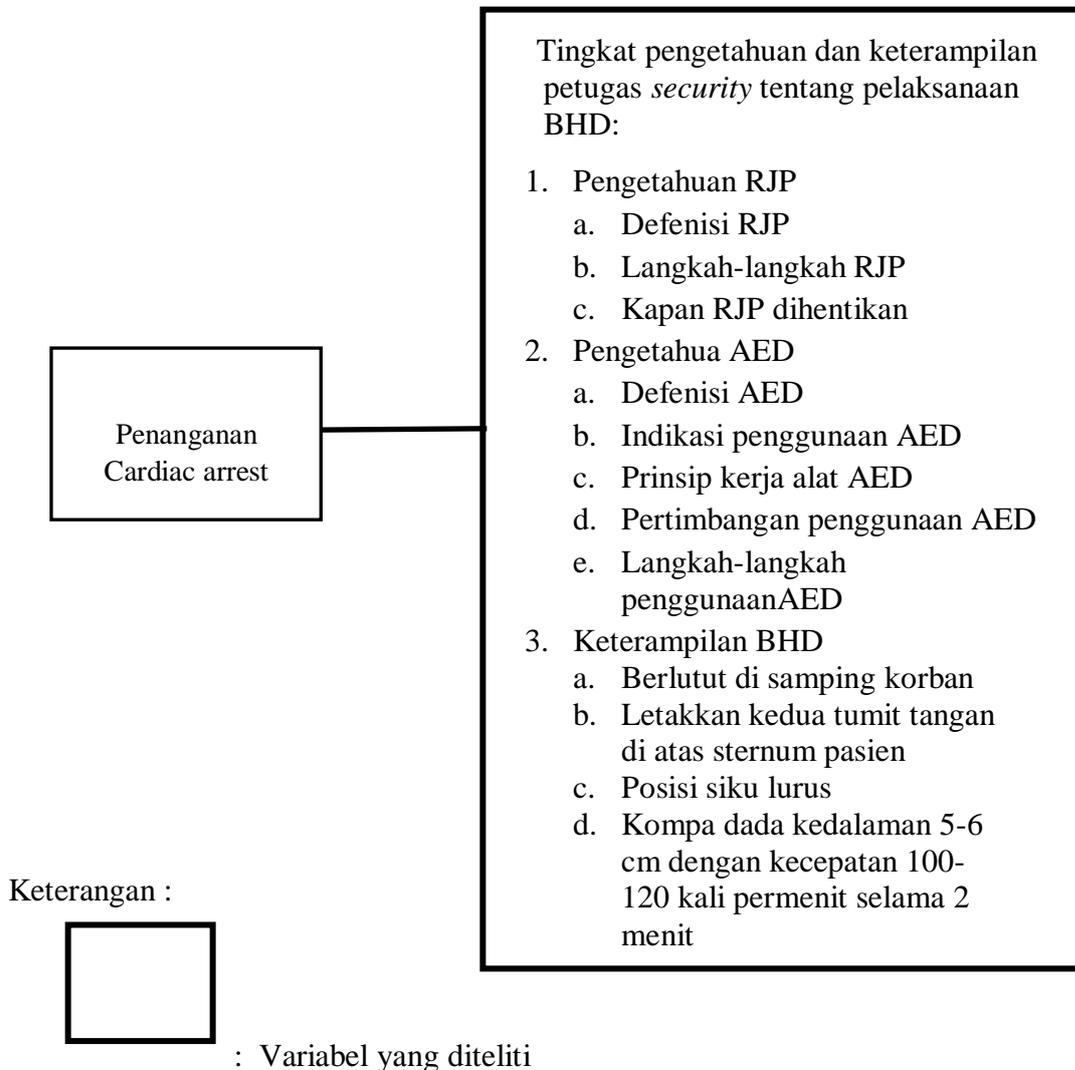


BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konseptual Penelitian

Kerangka penelitian merupakan alur penelitian yang dikembangkan berdasarkan teori sesuai dengan tinjauan pustaka. Kerangka konsep merupakan suatu realitas dari kerangka fikir yang membentuk suatu teori agar dapat dikomunikasikan dan menjelaskan keterkaitan antar variable yang diteliti maupun variable tidak diteliti (Nursalam,2017). Berdasarkan landasan teori yang diuraikan pada tinjauan pustaka maka variable yang akan diteliti pada pada penelitian ini adalah sebagai berikut:



Bagan 3.1 Kerangka konsep

B. Defenisi Operasional Dan Kriteria Objektif

Variabel	Defenisi Operasional	Skala	Cara	Skala
----------	----------------------	-------	------	-------

Penelitian		Ukur	Ukur	
Orang awam khusus	<ul style="list-style-type: none"> - Seseorang yang bukan ahli dari suatu bidang tertentu, seseorang atau responden yang pertama jika terjadi suatu keadaan kegawat daruratan sebelum ambulance datang (Mike,et al, 2017) - Seseorang yang bukan ahli dalam bidang (medis) dan menjadi penolong pertama Ketika terjadi suatu keadaan gawatdarurat sampai ambulance datang ke tempat kejjadian 			
Pengetahuan tentang BHD	<ul style="list-style-type: none"> - Penegatahuan Orang Awam Khusus (Security) tentang aktivitas layanan darurat, RJP, dan AED 	Nomorik	Kuesioner	Benar Skor 1 Salah Skor 0
Keterampilan BHD	<ul style="list-style-type: none"> - Keterampilan orang awam khusus (Security) tentang Tindakan bantuan hidup dasar 	Nomorik	Kuesioner	1.Baik skor 100-95 2.Cukup skor < 95-85 3.Kurang skor < 85

Usia	Usia responden yang dihitung dari tahun saat penelitian dikurang tahun lahir responden	Interval	Kuesioner	1.Usia dewasa awal 18-40 tahun 2. Usia pertengahan 40-60 tahun
Pendidikan terakhir	Pendidikan formal yang telah diikuti responden dan memiliki tanda bukti lulus dari instansi	Ordinal	Kuesioner	1.Pendidikan menengah: SMA atau sederajat 2.Pendidikan tinggi: Diploma, strata 1 dan strata 2
Masa kerja	Lamanya responden mengabdikan pada instansi terkait terhitung sejak awal masuk kerja	Interval	Kuesioner	1. Masa kerja kategori baru < 1 tahun 2. Masa kerja kategori

				sedang 1-3 tahun 3. Masa kerja kategori lama > 3 tahun
Pengalaman pelatihan BHD	Pengalaman non formal yang pernah di ikuti oleh responden dan telah memiliki tanda bukti keikutsertaannya dari pelaksana program	Nominal	Kuesioner	1. Pernah 2. Belum pernah

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan survey deskriptif. Penelitian ini menggunakan probability sampling dimana setiap subjek dalam populasi mempunyai kesempatan untuk terpilih sebagai sampel dalam penelitian