BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengetahuan

1. Definisi

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil tahu dari manusia, yang sekadar menjawab pertanyaan "*what*", misalnya apa air, apa manusia, apa alam, dan sebagainya. Pengetahuan hanya dapat menjawab pertanyaan apa sesuatu itu. Pengetahuan merupakan respon mental seseorang dalam hubungannya objek tertentu yang disadari sebagai "ada" atau terjadi. Pengetahuan dapat salah atau keliru, karena bila suatu pengetahuan ternyata salah atau keliru, tidak dapat dianggap sebagai pengetahuan. Sehingga apa yang dianggap pengetahuan tersebut berubah statusnya menjadi keyakinan saja (Notoatmodjo, 2010). Proses adopsi perilaku, menurut Notoatmodjo S. (1977) dalam Sunaryo (2004) yang mengutip pendapat Rogers (1974), sebelum seseorang mengadopsi perilaku, didalam diri orang tersebut terjadi suatu proses yang berurutan (akronim *AIETA*), yaitu:

a) *Awareness* (kesadaran), individu menyadari adanya stimulus.
b) *Interest* (tertarik), individu mulai tertarik pada stimulus.
c) *Evaluation* (menimbang-nimbang), individu menimbang-nimbang tentang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Pada proses ketiga ini subjek sudah memiliki sikap yang lebih baik lagi.
d) *Trial* (mencoba), individu sudah mulai mencoba perilaku baru.
e) *Adoption*, individu telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, sikap, dan kesadarannya terhadap stimulus.

Berdasarkan beberapa uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan merupakan salah satu dasar terbentuknya perilaku pada seseorang, sehingga ketika perawat menjalankan salah satu perannya sebagai educator dalam pendidikan kesehatan maka hal yang perlu

http://repository.unimus.ac.id

dilakukan yakni memberikan pengetahuan atau informasi terkait tujuan dari pendidikan kesehatan itu sendiri.

2. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmojo (2010) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan sebagai berikut:

a) Tahu *(know)*

Tahu diartikan sebagai pengingat akan suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

b) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi tersebut harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam

http://repository.unimus.ac.id

satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e) Sintesis (*synthetic*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada. Contohnya dapat menyusun, merencanakan, meringkaskan, menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

f) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian tersebut didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

B. Masyarakat

1. Definisi Masyarakat

Masyarakat adalah sekumpulan manusia yang saling bergaul, saling berinteraksi (Koentjaraningrat, (1990) dalam Effendy, Nasrul (1998). Masyarakat merupakan kesatuan-kesatuan hidup manusia yang dalam bahasa Inggrisnya dipakai istilah *society*, yang berarti kawan. Ciri-ciri suatu masyarakat seperti yang dikemukakan oleh Koentjaraningrat (1990) adalah sebagai berikut:

a) Interaksi antar warga-warganya
b) Adat istiadat, norma-norma, hukum-hukum dan aturan-aturan khas yang mengatur seluruh pola tingkah laku warga kota atau desa.
c) Suatu komunitas dalam waktu.
d) Suatu rasa identitas kuat yang mengikat semua warga.

http://repository.unimus.ac.id

2. Masyarakat sebagai *First Responder*

Orang awam menurut perannya dalam masyarakat dibedakan menjadi dua (Pro Emergency, 2011):

a) Orang awam biasa

Orang awam biasa atau masyarakat umum biasanya adalah orang yang berada paling dekat dengan lokasi kejadian. Apabila kejadian terjadi di jalan raya maka yang pertama kali menemukan korban adalah pengendara kendaraan, pejalan kaki, anak sekolah, pedagang disekitar lokasi dan lain-lain. Apabila kejadian di lokasi pabrik maka yang menemukan penderita adalah karyawan yang bekerja ditempat tersebut. Secara spontan sebagian dari mereka akan melakukan pertolongan terhadap korban sesuai dengan pengetahuannya.

b) Orang awam khusus

Orang awam khusus maksudnya adalah orang yang bekerja pada pelayanan masyarakat atau mempunyai tanggung jawab terhadap keamanan dan kenyamanan masyarakat yaitu Polisi, pemadam kebakaran, Satpol PP, Satuan Pengamanan (SATPAM), Tim SAR dan tentara. Sesuai dengan tanggung jawabnya kepada masyarakat orang awam khususnya seharusnya dilatih khusus untuk melakukan pertolongan kepada penderita gawat darurat dilokasi kejadian.

C. Bantuan Hidup Dasar

1. Definisi Bantuan Hidup Dasar

Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah dasar untuk menyelamatkan nyawa ketika terjadi henti jantung. Aspek dasar dari BHD meliputi pengenalan langsung terhadap *sudden cardiac arrest (SCA)* dan aktivasi sistem tanggap darurat, *cardiopulmonary resuscitation* (CPR) atau resusitasi jantung paru (RJP) dini, dan defibrilasi cepat dengan defibrilator eksternal otomatis*/automated external defibrillator (AED).* Pengenalan dini dan respon terhadap serangan jantung dan stroke juga dianggap sebagai bagian dari BHD (Berg et al, 2010).

http://repository.unimus.ac.id

RJP adalah suatu tindakan darurat, sebagai usaha untuk mengembalikan keadaan henti napas dan atau henti jantung (yang dikenal dengan kematian klinis) ke fungsi optimal, guna mencegah kematian biologis (Muttaqin, 2009). Tujuan pemberian bantuan hidup dasar menurut *Pro Emergency* (2011) adalah berusaha memberikan bantuan sirkulasi sistemik, beserta ventilasi dan oksigenasi tubuh secara efektif dan optimal sampai didapatkan kembali sirkulasi sistemik spontan atau telah tiba bantuan dengan peralatan yang lebih lengkap untuk melaksanakan tindakan bantuan hidup jantung lanjutan.

2. Pelaksana Tindakan Bantuan Hidup Dasar

Setiap orang bisa menjadi penolong untuk korban *cardiac arrest*. Keterampilan RJP dan penerapannya tergantung pada pelatihan, pengalaman, dan keyakinan yang dimiliki penolong. Penekanan dada merupakan dasar dari RJP. Semua penolong meskipun belum pernah mengikuti pelatihan harus memberikan kompresi dada untuk semua korban serangan jantung. Karena pentingnya, penekanan dada menjadi tindakan RJP awal untuk semua korban tanpa memandang usia. Tim penolong yang mampu harus menambahkan ventilasi untuk kompresi dada (Travers et al, 2010).

Selama bertahun-tahun, RJP telah berkembang dari teknik yang dilakukan hampir secara eksklusif oleh dokter dan profesional kesehatan. Hari ini keterampilan menyelamatkan nyawa cukup mudah dilakukan bagi siapa saja yang ingin belajar. Namun, penelitian telah menunjukkan bahwa beberapa faktor yang menghalangi masyarakat untuk melakukan tindakan, yakni rasa takut bahwa mereka akan melakukan kesalahan saat RJP, takut tanggung jawab hukum dan takut infeksi dari melakukan mulut ke mulut. Keefektifan RJP yang diberikan segera setelah *cardiac arrest* memiliki dua atau tiga kesempatan korban dapat bertahan hidup, tetapi hanya 32 persen dari korban henti jantung mendapatkan RJP dari penyelamat. Sayangnya, kurang dari delapan persen orang yang menderita henti

http://repository.unimus.ac.id

jantung di luar rumah sakit dapat bertahan hidup (*American Heart Association, 2011*).

3. **Pedoman Bantuan Hidup Dasar pada Dewasa menurut *American Heart Association (AHA), 2010.***

   Pedoman AHA (2010) mengatur ulang langkah RJP dari "A-B-C" menjadi "C-A-B", sehingga memungkinkan setiap penolong memulai kompresi dada sesegera mungkin.

   Pada menit-menit awal korban mengalami henti jantung, dalam darah pasien masih terkandung residu oksigen dalam bentuk ikatan oksihemoglobin yang dapat diedarkan dengan bantuan sirkulasi buatan melalui kompresi dada. Dengan perubahan urutan ke CAB, kompresi dada akan dimulai lebih cepat dan penundaan karena ventilasi menjadi minimal. Pedoman baru ini berisi beberapa rekomendasi yang didasarkan pada pembuktian ilmiah, yaitu:

   a) Pengenalan segera henti jantung tiba-tiba (*suddent cardiac arrest*) didasarkan pada pemeriksaan kondisi *unresponsive* dan tidak adanya napas normal.
   b) Perubahan pada RJP berlaku pada korban dewasa, anak dan bayi kecuali bayi baru lahir.
   c) *"Look, Listen and Feel"* telah dihilangkan dari algoritme BHD.
   d) Kecepatan kompresi dada 100 x/menit.
   e) Kedalaman kompresi dada menjadi 2 inchi (5 cm).
   f) Penolong terus melakukan RJP hingga terjadi return of *spontaneous circulation (ROSC).* Algoritma basic life support (BLS) bagi dewasa menurut Berg et al (2010) secara umum adalah suatu kerangka kerja konseptual untuk semua tingkat penyelamat di semua tempat. Menekankan komponen kunci yang dapat dan harus penyelamat lakukan. Ketika menemui korban serangan jantung mendadak dewasa, penyelamat tunggal pertama harus menyadari bahwa korban telah

http://repository.unimus.ac.id

mengalami serangan jantung, berdasarkan tidak adanya respon dan kurangnya pernapasan normal. Setelah pengenalan, penyelamat harus segera mengaktifkan sistem tanggap darurat (misal:118), mendapatkan AED / defibrillator jika tersedia, dan mulai CPR dengan penekanan dada. Jika AED tidak ada, penyelamat langsung ke CPR. Jika penyelamat lainnya hadir, penyelamat pertama harus mengarahkan mereka untuk mengaktifkan sistem tanggap darurat dan mendapatkan AED / defibrilator; penyelamat pertama harus mulai CPR segera. Ketika AED / defibrillator tiba, pasang bantalan jika mungkin, tanpa mengganggu penekanan dada dan menghidupkan AED. AED akan menganalisis ritme dan langsung memberikan kejutan (yaitu, upaya defibrilasi) atau melanjutkan CPR. Jika AED atau defibrilator tidak tersedia, melanjutkan CPR tanpa henti sampai penyelamat berpengalaman mengambil alih.

4. **Langkah Bantuan Hidup Dasar untuk Masyarakat Awam**

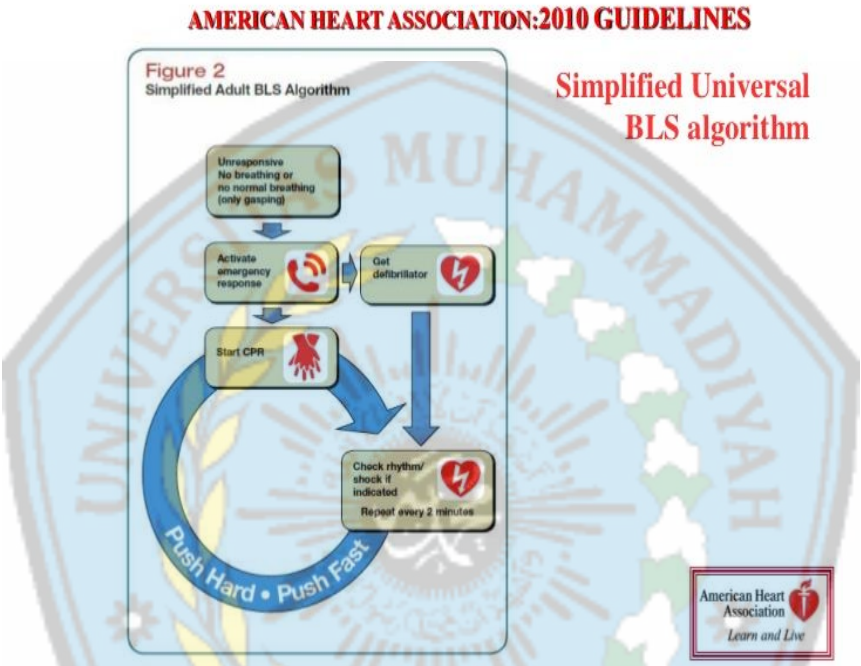
   Menurut *Resuscitation Council (UK) 2010:*

   a) Pastikan korban, orang disekitar, dan Anda aman.
   b) Cek respon korban:
      1) Jika tidak ada respon
      2) Tidak bernapas
      3) Napas tidak normal (megap-megap)
   c) Minta seseorang untuk memanggil ambulan (misal: 118) dan membawa AED jika tersedia. Jika Anda sendirian, gunakan telepon genggam Anda untuk memanggil ambulan.
   d) Jika Anda belum terlatih atau tidak mampu memberikan bantuan ventilasi, hanya berikan kompresi dada minimal 100 kali per menit (30 kali kompresi). Jika belum terlatih ventilasi dan RJP maka hentikan perdarahan dan bebaskan jalan nafas.
   e) Lanjutkan pemberian RJP sampai:
      1) Penolong terlatih tiba dan mengambil alih,

http://repository.unimus.ac.id

2) Korban mulai menunjukkan kesadaran kembali, misalnya batuk, membuka mata, berbicara, atau bergerak dan mulai bernapas normal, atau
3) Anda sudah lelah.

Urutan pemberian bantuan hidup dasar bagi masyarakat umum:



Gambar 2.1
Algoritma bantuan hidup dasar dewasa untuk umum.
Sumber: *American Heart Association, 2010.*

5. Saat Untuk Menghentikan RJP menurut *Pro Emergency* (2011)

Ada beberapa alasan kuat bagi penolong untuk mengentikan RJP antara lain:

a) Penolong sudah melakukan bantuan secara optimal mengalami kelelahan atau jika petugas medis sudah tiba di tempat kejadian.
b) Penderita yang tidak berespon setelah dilakukan bantuan hidup jantung lanjutan minimal 20 menit.
c) Adanya tanda-tanda kematian pasti.

http://repository.unimus.ac.id

Ada beberapa tanda yang menunjukkan bahwa penderita sudah mati biologis yakni:

1) Kebiruan (*livor mortis*)

   Tanda merah tua sampai kebiruan pada bagian tubuh yang terbawah (kalau penderita dalam keadaan terlentang, pada pinggang bagian terbawah).

2) Kekakuan (*rigor mortis*)

   Anggota tubuh dan batang tubuh kaku, mulai empat jam, menghilang setelah 10 jam.

3) Pembusukan yang nyata, terutama bau busuk

4) Cedera yang tidak memungkinkan penderita hidup seperti terputusnya kepala, dll.

6. Komplikasi Yang Disebabkan RJP Menurut *Pro Emergency* (2011)

Walaupun dilakukan dengan benar, RJP dapat menyebabkan komplikasi:

a) Patahnya tulang iga terutama pada orang tua.
b) Pneumotoraks (udara dalam ronga dada, tetapi di luar paru, sehingga menyebabkan penguncupan paru-paru)
c) Hemotoraks (darah dalam rongga dada, namun di luar paru, sehingga menyebabkan penguncupan pada paru-paru).
d) Luka dan memar pada paru-paru
e) Luka pada hati dan limpa
f) Distensi abdomen (perut kembung) akibat dari peniupan yang salah.

7. Posisi Pemulihan atau Posisi Mantap (*Recovery Position*)

Menurut NHS (2014) ada beberapa variasi dalam posisi pemulihan, masing-masing memiliki tujuan. Tidak ada satu posisi tunggal yang sempurna untuk semua korban. Posisi harus stabil, setengah lateral dengan kepala dependen dan tidak ada tekanan yang menghalangi pada dada. Untuk menempatkan seseorang dalam posisi pemulihan:

a) Berlutut di lantai di salah satu sisi korban
b) Tempatkan lengan terdekat dari Anda ke kanan tubuh korban diluruskan ke arah kepala.

http://repository.unimus.ac.id

c) Selipkan tangan korban yang lain di bawah sisi kepala mereka, sehingga punggung tangan mereka menyentuh pipi mereka
d) Menekuk lutut terjauh dari Anda ke sudut kanan
e) Memiringkan korban ke arah penolong dengan hati-hati dengan menarik lutut yang ditekuk
f) Lengan atas harus mendukung kepala dan lengan bawah akan menahan agar korban tidak bergulir terlalu jauh
g) Membuka jalan napas korban dengan memiringkan kepala dan membuka dagu dengan perlahan
h) Periksa bahwa tidak ada yang menghalangi jalan napas korban
i) Tetap bersama korban sembari memonitor pernapasan dan denyut nadi terus menerus sampai bantuan tiba
j) Jika memungkinkan ubah ke posisi miring yang lain setelah 30 menit

Gambar 2.2
Recovery Position
Sumber: *American Heart Association, 2010.*

8. Gambaran Pelayanan Kegawatdaruratan dan Pertolongan Pertama menurut *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies 2007:*

Urutan Layanan Darurat terdiri dari tindakan menyelamatkan nyawa yang diikuti dengan urutan tertentu: peringatan kecelakaan, pertolongan pertama, transportasi dan membawa ke perawatan medis terdekat. Tindakan harus dilakukan dalam hitungan menit setelah kecelakaan karena

http://repository.unimus.ac.id

berpacu dengan waktu. Hal ini membutuhkan sumber daya. Jika salah satu bagian yang hilang, urutan akan rusak dan bantuan darurat tidak akan diberikan dengan benar. Meskipun dedikasi staf emergency medis besar pada negara-negara di dunia, pelayanan kegawatdaruratan tidak bekerja dengan baik, misalnya kesalahan sistem. Nomor telepon gawat darurat yang spesifik harus ada, dimana masyarakat memiiki pengetahuan dan kebebasan menghubungi langsung dengan pelayanan gawat darurat. Semakin mudah dan cepat akses telepon harus disediakan.

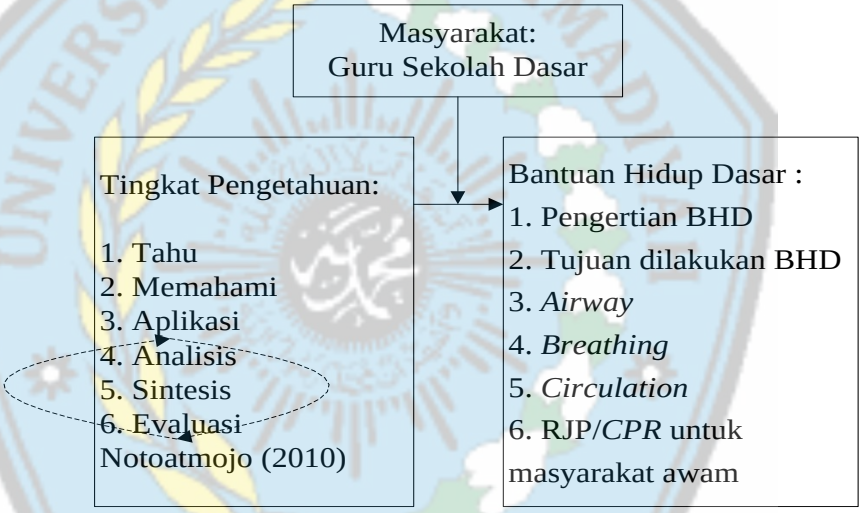
Kedua, terlalu sedikit orang yang memiliki pengetahuan tentang pertolongan pertama yang tepat. Di jalan-jalan di seluruh dunia, kemungkinan orang yang mampu mengambil tindakan protektif segera dan memberikan bantuan hidup dasar di lokasi kecelakaan sangat rendah. Ada kekurangan penyediaan transportasi ambulans darurat, dengan atau tanpa fasilitas medis. Entah ambulans tidak tiba sama sekali atau mereka tiba di lokasi kecelakaan terlambat. Akibatnya, korban kecelakaan jalan umumnya diangkut ke rumah sakit menggunakan cara lain dan sering dalam kondisi yang sangat buruk.

Ketiga, rumah sakit tidak dilengkapi peralatan penunjang dan korban kecelakaan jalan sering tidak diterima untuk mendapatkan perawatan. Bahkan di mana perawatan yang tepat tersedia, banyak korban kecelakaan mungkin tidak dapat memiliki akses ke sana untuk alasan keuangan kecuali teman-teman atau keluarga dapat membayar di muka untuk pelayanan medis. Situasi ini berlaku untuk kedua layanan medis di rumah sakit dan ambulans. Akses ke perawatan kesehatan dasar bagi masyarakat umum tergantung pada keberadaan sistem asuransi sosial. Sistem ini tidak ada di banyak negara. Korban kecelakaan jalan yang tidak sadar, yang mungkin melayang-layang antara hidup dan mati karena kecelakaan yang terjadi sekian mil jauhnya dari rumah mereka, berada pada posisi yang kurang menguntungkan karena mereka mungkin tidak dapat membuktikan bahwa mereka dapat membayar pelayanan medis. Dengan demikian, pada

http://repository.unimus.ac.id

dasarnya meningkatkan layanan pertolongan darurat dan sistem medis merupakan komponen penting untuk mencegah kematian kecelakaan jalan dan cacat jangka panjang di sebagian besar negara di seluruh dunia. Idealnya di dunia, semua orang mengenal teknik dasar pertolongan pertama dan mengikuti pelatihan yang berkala untuk memastikan bahwa pengetahuan ini tetap berjalan. Ini adalah kebijakan yang dipromosikan oleh Palang Merah dan Bulan Sabit Merah, yang menawarkan pelatihan pertolongan pertama kepada masyarakat di seluruh dunia.

D. Kerangka Teori



Skema 2.1
Kerangka Teori

◌ = Tidak diteliti

E. Variabel Penelitian

Peneliti akan meneliti bagaimana gambaran tingkat pengetahuan pada guru Sekolah Dasar yang telah memperoleh pelatihan bantuan hidup dasar di wilayah Puskesmas Petarukan. Variabel yang diteliti adalah tingkat pengetahuan yang pengukurannya dapat dilakukan dengan wawancara atau angket, menyatakan isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden.

http://repository.unimus.ac.id

1. Pengetahuan baik = 76 – 100%
2. Pengetahuan cukup = 60 – 75%
3. Pengetahuan Kurang = < 60% (Arikunto, 2006)

http://repository.unimus.ac.id