

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep pengetahuan**2.1.1 Definisi Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu obyek tertentu (Mubarak dkk, 2007).

Pengetahuan merupakan *justified true believe*. Seorang individu membenarkan (*justifies*) kebenaran atas kepercayaannya berdasarkan observasinya mengenai dunia. Jadi bila seseorang menciptakan pengetahuan, ia menciptakan pemahaman atas suatu situasi baru dengan cara berpegang pada kepercayaan yang telah dibenarkan. Dalam definisi ini, pengetahuan merupakan konstruksi dari kenyataan, dibandingkan sesuatu yang benar secara abstrak. Penciptaan pengetahuan tidak hanya merupakan kompilasi dari fakta-fakta, namun pada proses yang unik pada manusia yang sulit disederhanakan atau ditiru. Penciptaan pengetahuan melibatkan perasaan dan sistem kepercayaan (*belief systems*) dimana perasaan atau sistem kepercayaan itu bisa tidak disadari (Bambang, 2008).

2.1.2 Tingkatan pengetahuan

Menurut Sunaryo (2004), tingkatan pengetahuan di dalam domain kognitif, mencakup 6 tingkatan, yaitu:

1. Tahu (*know*)

Merupakan tingkat pengetahuan paling rendah, tahu artinya dapat mengingat atau mengingat kembali suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Ukuran bahwa seseorang tahu adalah apabila dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan.

2. Memahami (*comprehension*)

Kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan dengan benar tentang obyek yang diketahui. Seseorang yang telah paham tentang sesuatu harus dapat menjelaskan, memberikan contoh dan menyimpulkan.

3. Penerapan (*application*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi nyata atau dapat menggunakan hukum-hukum, rumus, metode dalam situasi nyata.

4. Analisis (*analysis*)

Kemampuan untuk menguraikan obyek ke dalam bagian-bagian lebih kecil, tetapi masih di dalam satu struktur tersebut dan masih terkait satu sama lain. Ukuran kemampuan analisis adalah menggambarkan, membuat bagan dan membedakan.

5. Sintesis (*synthesis*)

Kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada. Ukuran kemampuan meliputi dapat menyusun, merencanakan, meringkaskan dan menyesuaikan suatu teori atau rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

Evaluasi dapat menggunakan kriteria yang telah ada atau disusun sendiri.

2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Tingkat Pengetahuan

1. Internal

a. Umur

Menurut Notoatmodjo (2003), dengan bertambahnya usia maka tingkat pengetahuan akan berkembang sesuai dengan pengetahuan yang pernah didapat, juga dari pengalaman sendiri. Bertambahnya umur seseorang dapat berpengaruh pada pertambahan pengetahuan yang diperoleh, akan tetapi pada umur-umur tertentu atau menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang. Keterkaitan umur dengan pengetahuan, bahwa umur remaja merupakan puncak pertumbuhan paling pesat. Sedangkan menurut Huclok 1998 semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja (Wawan A, 2010).

b. IQ

Intelegensi merupakan pembakit atau kapasitas global individu untuk bertindak bertujuan, berfikir rasional (Wiramihardja, 2009).

c. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu penyampaian bahan atau materi oleh pendidikan kepada sasaran pendidik guna mencapai perubahan

perilaku. Pendidikan mempunyai masukan dan keluaran, keluaran dari proses pendidikan adalah lulusan yang mempunyai kualifikasi tertentu (Notoatmodjo, 2003). Maka semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik pula tingkat pengetahuannya, sebaliknya semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka semakin kurang baik tingkat pengetahuannya. Menurut Nursalam yang dikutip Wawan A (2010) pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

d. Pengalaman

Menurut Notoatmodjo (2003), pengalaman merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali permasalahan yang dihadapi pada masa lalu. Seseorang dengan pengalaman lebih banyak maka pengetahuannya akan lebih luas pula. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik seseorang akan berusaha untuk melupakan, namun jika pengalaman terhadap obyek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaannya dan akhirnya dapat pula membentuk sikap positif dalam kehidupannya (Fitria, 2011).

2. Eksternal

a. Informasi

Informasi yang diperoleh dari berbagai sumber akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang (Notoatmodjo, 2003). Kemudahan memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan baru.

b. Pekerjaan

Menurut Thomas yang dikutip Wawan A (2010) pekerjaan adalah keburukan yang harus dikerjakan yang harus dilakukan untuk menunjang kehidupannya dan keluarganya. Dimana lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.

c. Kebudayaan lingkungan sekitar

Menurut Ann Mariner yang dikutip Wawan A (2010), lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok. Dalam lingkungan, seseorang akan memperoleh pengalaman yang akan berpengaruh terhadap cara berfikirnya. Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita (Saifudin, 2002 dalam Mubarak, 2007).

2.1.4 Cara Memperoleh Pengetahuan

1. Cara tradisional atau non ilmiah

a. Cara coba dan salah (*trial and error*)

Cara ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah. Bila cara satu gagal maka menggunakan cara yang lain sampai masalah terselesaikan. Metode ini digunakan dalam waktu lama untuk memecahkan masalah.

b. Cara kekuasaan atau otoritas

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan oleh orang tanpa melalui penalaran, dan apakah itu dilakukan baik atau tidak baik yang diterima dari sumbernya sebagai kebenaran mutlak.

c. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan.

d. Melalui jalan pemikiran

Kita senang menyelesaikan suatu masalah berdasarkan proses. Pemikiran ini merupakan komponen penting dalam pendekatan ilmiah.

2. Cara modern

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah sebagai suatu cara untuk memperoleh kebenaran ilmu pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

2.1.5 Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Pengukuran tingkat pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan pengetahuan (Notoatmodjo, 2008).

Menurut Arikunto (2006), pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif yaitu:

1. Baik

Bila subjek mampu menjawab dengan benar 76%-100% dari seluruh pertanyaan.

2. Cukup

Bila subjek mampu menjawab dengan benar 56%-75% dari seluruh pertanyaan.

3. Kurang

Bila subjek mampu menjawab dengan benar 40%-55% dari seluruh pertanyaan.

2.2 Konsep Sikap

2.3.1 Definisi

Sikap (*attitude*) selalu berkenaan dengan obyek tertentu yang dapat merupakan sikap pandangan atau sikap perasaan dan memberi kecenderungan kepada seseorang untuk bertindak atau berbuat sesuai dengan sikapnya terhadap sesuatu obyek sikap (Gerungan, 2000). Sikap merupakan kesiapan

untuk bereaksi terhadap obyek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap obyek (Notoatmodjo, 2003).

2.3.2 Struktur dan pembentukan sikap

Azwar (2003) menjelaskan bahwa struktur sikap terdiri atas 3 komponen yang saling menunjang yaitu komponen kognitif, komponen afektif dan komponen konaktif.

Komponen kognitif, berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap. Sekali kepercayaan itu telah terbentuk, maka ia akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai apa yang diharapkan dari objek tertentu.

Komponen afektif, komponen ini menyangkut masalah emosional subyektif seseorang terhadap suatu objek sikap. Komponen ini secara umum disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu.

Komponen konaktif, komponen konaktif dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya. Kaitan ini didasari oleh asumsi bahwa kepercayaan dan perasaan banyak mempengaruhi perilaku.

2.3.3 Karakteristik sikap

Menurut Sax (1980) yang dikutip dalam Azwar (2003) menunjukkan beberapa karakteristik sikap, antara lain:

1. Arah

Artinya sikap terpilah pada dua arah kesetujuan yaitu apakah setuju atau tidak setuju, apakah mendukung atau tidak mendukung, apakah memihak atau tidak memihak terhadap sesuatu atau seseorang sebagai objek.

2. Intensitas

Artinya kedalaman atau kekuatan sikap terhadap sesuatu belum tentu sama walaupun arahnya mungkin tidak berbeda.

3. Keluasan

Maksudnya kesetujuan atau ketidaksetujuan terhadap suatu objek sikap dapat mengenai hanya aspek yang sedikit sangat spesifik akan tetapi dapat pula mencakup banyak sekali aspek yang ada pada objek sikap.

4. Konsistensi

Maksudnya adalah kesesuaian antara pernyataan sikap yang dikemukakan dengan responnya terhadap objek sikap tersebut. Konsistensi sikap diperlihatkan oleh kesesuaian sikap antar waktu.

5. Spontanitas

Yaitu menyangkut sejauh mana kesiapan individu untuk menyatakan sikapnya secara spontan. Sikap dikatakan memiliki spontanitas yang tinggi apabila dapat dinyatakan secara terbuka tanpa harus melakukan pengungkapan atau desakan lebih dahulu agar individu mengemukakannya.

2.3.4 Tingkatan Sikap

Azwar (2009), menguraikan beberapa tingkatan sikap diantaranya :

1. Menerima (*receiving*)

Menerima, diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap dapat dilihat dari kesadaran dan perbuatan terhadap ceramah-ceramah.

2. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap, karena dengan mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga, misalnya: seorang ibu yang mengajak ibu yang lain (tetangganya, saudaranya dan sebagainya) untuk pergi menimbangkan anaknya ke Posyandu, atau mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah menunjukkan sikap yang paling tinggi, misalnya: seorang ibu mau menjadi apseptor KB, meskipun mendapatkan tantangan dari mertua atau orang tuanya sendiri. Sikap mungkin terarah pada benda, orang, tetapi juga peristiwa pandangan, lembaga, norma dan nilai.

2.3.5 Pembentukan sikap

Azwar (2003) menguraikan beberapa faktor yang ikut dalam membentuk sikap manusia, antara lain :

1. Pengalaman pribadi

Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis. Menurut **Middlebrook (1974)** yang dikutip dalam Azwar (2003) mengatakan bahwa tidak adanya pengalaman sama sekali dengan suatu objek psikologis cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap objek tersebut. Pembentukan kesan atau tanggapan terhadap objek merupakan proses kompleks dalam diri individu yang melibatkan individu yang bersangkutan, situasi dimana tanggapan itu terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

2. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Orang lain di sekitar kita merupakan salah satu diantara komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap paling penting, seseorang yang diharapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah dan pendapat kita, seseorang yang tidak ingin kita kecewakan, atau seseorang yang berarti khusus bagi kita, akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap sesuatu. Diantara orang yang biasanya dianggap penting bagi individu adalah orang tua, teman sebaya, teman dekat, guru, dan lain-lain.

3. Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh yang besar terhadap pembentukan sikap kita. Seorang ahli psikologi yang terkenal, **Burrhus Frederic Skinner** sangat menekankan pengaruh lingkungan (termasuk kebudayaan) dalam membentuk pribadi seseorang. Kepribadian, katanya, tidak lain daripada pola perilaku yang konsisten yang menggambarkan sejarah *reinforcement* yang kita alami. Tanpa kita sadari, kebudayaan telah menanamkan garis pengarah sikap kita terhadap berbagai masalah

4. Media massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dll, mempunyai pengaruh yang besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan pini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestif yang dibawa oleh informasi tersebut, apabila cukup kuat, akan memberi dasar afektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuk arah sikap tertentu.

5. Lembaga pendidikan dan Lembaga agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh

dan yang tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya.

6. Pengaruh faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau penglihatan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu begitu frustrasi telah hilang akan tetapi dapat juga merupakan sikap yang lebih persisten dan bertahan lama. Prasangka seringkali merupakan bentuk sikap negatif yang didasari oleh kelainan kepribadian pada orang-orang yang sangat frustrasi.

2.3.6 Pengukuran sikap

Azwar (2009), menguraikan beberapa diantara banyak metode pengukuran sikap yang secara historik telah dilakukan :

1. Observasi perilaku

Kalau seseorang menampilkan perilaku yang konsisten (berulang), dapat ditafsirkan sikapnya dari bentuk perilaku yang tampak. Dengan kata lain untuk mengetahui sikap seseorang terhadap sesuatu kita dapat memperhatikan perilakunya, sebab perilaku merupakan salah satu indikator sikap individu.

2. Penanyaan langsung

Asumsi yang mendasari metode penanyaan langsung guna pengukuran sikap, pertama adalah asumsi bahwa individu merupakan orang yang paling

tahu mengenai dirinya sendiri, dan kedua adalah asumsi keterusterangan bahwa manusia akan mengemukakan secara terbuka apa yang dirasakannya. Oleh karena itu dalam metode ini, jawaban yang diberikan oleh mereka yang ditanyai dijadikan indikator.

3. Pengungkapan langsung

Suatu pengungkapan langsung (*direct assessment*) secara tertulis yang dapat dilakukan dengan menggunakan sistem tunggal maupun sistem ganda. Responden diminta menjawab langsung suatu pernyataan sikap tertulis dengan memberi tanda setuju atau tidak setuju.

4. Skala sikap

Metode pengungkapan sikap dalam bentuk skala report yang hingga kini dianggap paling dapat diandalkan adalah dengan menggunakan daftar pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab oleh individu. Dari respons subjek pada setiap pertanyaan itu kemudian dapat disimpulkan mengenai arah dan intensitas sikap seseorang.

5. Pengukuran terselubung

Metode terselubung (*covert measures*) sebenarnya berorientasi kembali ke metode observasi perilaku yang telah dikemukakan diatas, akan tetapi sebagai objek pengamatan bukan lagi perilaku yang disadari atau sengaja dilakukan oleh seseorang melainkan reaksi-reaksi fisiologis yang terjadi lebih di luar kehendak orang yang bersangkutan.

2.3 Keterampilan

2.3.1 Definisi

Keterampilan adalah serangkaian gerakan otot (*muscular*) yang menyelesaikan tugas dengan berhasil, keterampilan memiliki tiga karakteristik yaitu menunjukkan ikatan respon motorik, koordinasi gerakan tangan dan mata, menuntut kaitan-kaitan organisasi menjadi pola-pola respon yang kompleks. Selain itu keterampilan dapat merupakan kegiatan yang berhubungan dengan urat-urat syaraf dan otot (*neuromuscular*) yang lazimnya tampak dalam kegiatan jasmaniah. Meskipun sifatnya motorik, namun keterampilan ini memerlukan koordinasi gerak yang teliti dan kesadaran yang tinggi. Mahasiswa yang melakukan gerak motorik dengan koordinasi dan kesadaran yang rendah dapat dianggap kurang dan tidak terampil (Oemar, 2005).

2.3.2 Tingkat Keterampilan

Menurut Notoatmodjo (2007), bahwa keterampilan mempunyai beberapa tingkatan, antara lain:

1. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan keterampilan tingkat pertama.

2. Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator keterampilan tingkat dua.

3. Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai keterampilan tingkat tiga.

4. Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu keterampilan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya keterampilan itu sudah dimodifikasiny tanpa mengurangi kebenaran keterampilan tersebut.

2.4 Konsep *Basic Life Support*

2.4.1 Definisi *Basic Life Support*

Resusitasi jantung paru (RJP) merupakan bagian dari rantai BLS yang harus dilakukan pada pasien yang mengalami henti jantung (*cardiac arrest*). *Cardiac arrest* meliputi: tidak adanya aktivitas mekanis jantung (ditandai dengan tidak adanya nadi, tidak ada respon, atau nafas gasping/terengah-engah) (Sugianto, 2013). Pernapasan gasping merupakan pernapasan abnormal dan tidak dapat dianggap sebagai tanda pernapasan yang adekuat.

Resusitasi Jantung Paru (RJP) atau *Cardiopulmonary Resuscitation* adalah usaha untuk mengembalikan fungsi pernafasan dan atau sirkulasi akibat terhentinya fungsi dan atau denyut jantung. Resusitasi sendiri berarti menghidupkan kembali, dimaksudkan sebagai usaha-usaha untuk mencegah berlanjutnya episode henti jantung menjadi kematian biologis. Dapat diartikan pula sebagai usaha untuk mengembalikan fungsi pernafasan dan atau sirkulasi yang kemudian memungkinkan untuk hidup normal kembali setelah fungsi pernafasan dan atau sirkulasi gagal (AHA 2010, Al Katiri 2007).

2.4.2 Tujuan *Basic Life Support*

Basic Life Support untuk mempertahankan patensi jalan napas, mendukung pernafasan dan sirkulasi tanpa menggunakan peralatan lain selain perangkat pelindung (Resuscitation Council UK, 2010).

Tujuan dari *Basic Life Support* adalah mencegah berhentinya sirkulasi darah atau berhentinya pernapasan dan memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi (melalui kompresi dada) serta ventilasi (melalui bantuan napas penolong) dari pasien yang mengalami henti jantung atau henti napas melalui rangkaian kegiatan Resusitasi Jantung Paru (RJP) (AHA, 2010).

2.4.3 Indikasi dan Kontraindikasi *Basic Life Support*

1. Indikasi

a. Henti napas

1) Penyebab : tenggelam, stroke, obstruksi jalan napas oleh benda asing, menghirup asap, keracunan asap, keracunan obat, tersengat listrik, tercekik, trauma, MCI (*miocard cardiac infark*), dan lain-lain.

2) Tanda-tanda : tidak ada aliran udara pernapasan dan pergerakan dada pasien.

b. Henti jantung/*cardiac arrest*

Pada saat henti jantung, maka sirkulasi dengan cepat menyebabkan otak dan organ vital lainnya kekurangan oksigen (Gobel, 2009).

2. Kontraindikasi

- a. DNAR (*do not attempt resuscitation*)
- b. Tidak ada manfaat fisiologis karena fungsi vital telah menurun
- c. Ada tanda kematian yang reversibel (*rigormotis* {kaku mayat}, dekapitasi, dekomposisi, atau pucat) (Permady, 2013).

2.4.4 Penghentian *Basic Life Support*

Upaya pemberian bantuan hidup dasar dihentikan pada beberapa kondisi dibawah ini, yaitu: (ERC, 2010)

1. Kembalinya sirkulasi dan ventilasi spontan.
2. Ada yang lebih bertanggung jawab.
3. Penolong lelah atau sudah 30 menit tidak ada respon.
4. Tanda kematian yang ireversibel.

2.4.5 Langkah-langkah *Basic Life Support*

Pedoman AHA (2010) mengatur ulang *sequens Basic Life Support* dari “A-B-C” menjadi “C-A-B”, sehingga memungkinkan setiap penolong memulai kompresi dada sesegera mungkin. Pada menit-menit awal korban/pasien mengalami henti jantung, dalam darah pasien masih terkandung residu oksigen dalam bentuk ikatan oksihemoglobin yang dapat diedarkan dengan bantuan sirkulasi buatan melalui kompresi dada.

Rangkaian BLS pada dasarnya dinamis, namun sebaiknya tidak ada langkah yang terlewati. Pedoman baru ini berisi beberapa rekomendasi yang didasarkan pada pembuktian ilmiah, yaitu:

- Pengenalan segera henti jantung tiba-tiba (*sudden cardiac arrest*) didasarkan pada pemeriksaan kondisi unresponsive dan tidak adanya napas normal.
- Perubahan pada BLS berlaku pada korban dewasa, anak dan bayi kecuali bayi baru lahir.
- “*Look, Listen and Feel*” telah dihilangkan dari algoritme BLS.
- Kecepatan kompresi dada 100 x/menit.
- Kedalaman kompresi dada menjadi 2 inchi (5 cm).
- Penolong terus melakukan BLS hingga terjadi *return of spontaneous circulation* (ROSC).

Sebelum melakukan tahapan resusitasi jantung paru, harus terlebih dahulu dilakukan prosedur awal pada korban/pasien, yaitu: (ERC, 2010)

- *Danger* (bahaya)

Memastikan keamanan baik penolong, korban maupun lingkungan. Keamanan penolong harus lebih diutamakan sebelum mengambil keputusan untuk menolong korban agar penolong tidak menjadi korban kedua atau korban berikutnya.

- *Response*

Memastikan keadaan pasien dengan memanggil nama/sebutan yang umum dengan keras seperti “Pak! / Bu! / Mas! / Mbak!” disertai menyentuh atau menggoyangkan bahu dengan lembut dan mantap untuk mencegah pergerakan yang berlebihan. Memanggil korban juga dapat disertai dengan memberikan instruksi sederhana seperti “Pak, buka matanya!”, “Pak, siapa namanya pak?”..Jika tidak ada respon, kemungkinan pasien tidak sadar.

- *Call for Help*

Jika pasien/korban tidak memberikan respon terhadap panggilan atau instruksi, segera meminta bantuan untuk mengaktifkan *emergency medical service* (EMS) yaitu 112 atau nomer darurat sesuai wilayahnya

- *Atur posisi*

Posisi korban/pasien terlentang pada permukaan keras dan rata, sementara posisi perawat berlutut sejajar dengan bahu pasien (AHA, 2010).

1. Langkah bantuan hidup dasar untuk tenaga kesehatan

Setelah melakukan langkah dasar, maka langkah-langkah yang harus dilakukan selanjutnya, yaitu:

a. Sirkulasi (*circulation*)

Terdiri atas dua tahapan yaitu :

- 1) Memastikan ada tidaknya denyut nadi korban, yaitu dengan meraba arteri karotis. Pedoman AHA (2010) tidak menekankan pemeriksaan nadi karotis karena penolong sering mengalami kesulitan mendeteksi nadi. Korban dianggap cardiac arrest jika tiba-tiba tidak sadar, tidak bernapas atau bernapas tidak normal (*gasp*ing).
- 2) Melakukan bantuan sirkulasi, yaitu dengan sesegera mungkin mulai melakukan kompresi dada dengan siklus 30 kompresi dan 2 ventilasi. Kompresi yang dilakukan harus memungkinkan terjadinya *complete chest recoil* (pengembangan dada seperti semula setelah kompresi sebelum memulai kompresi kembali). Untuk mencegah penurunan kualitas kompresi, sebaiknya beralih orang yang melakukan kompresi dada (kompresor) setiap 2 menit (setelah 5 siklus kompresi dan

ventilasi, 30:2). Interupsi dilakukan untuk meraba nadi dan dilakukan tidak lebih dari 10 detik.



Gambar 2.1 Kompresi dada

Sumber: www.ncprc.com

b. Pengelolaan jalan nafas (airway)

Penolong memastikan jalan napas bersih dan terbuka sehingga memungkinkan pasien dapat diberi bantuan napas. Langkah ini terdiri dari dua tahapan yaitu:

- 1) Membersihkan jalan napas
- 2) Membuka jalan napas

Pedoman AHA 2010 merekomendasikan untuk menggunakan *head tilt-chin lift* (kepala tengadah-angkat dagu) untuk membuka jalan napas pada korban/pasien yang tidak dicurigai mengalami trauma kepala dan leher. Sementara untuk korban yang dicurigai mengalami cedera *cervical* dapat menggunakan *jaw thrust* (mendorong rahang tanpa ekstensi kepala).

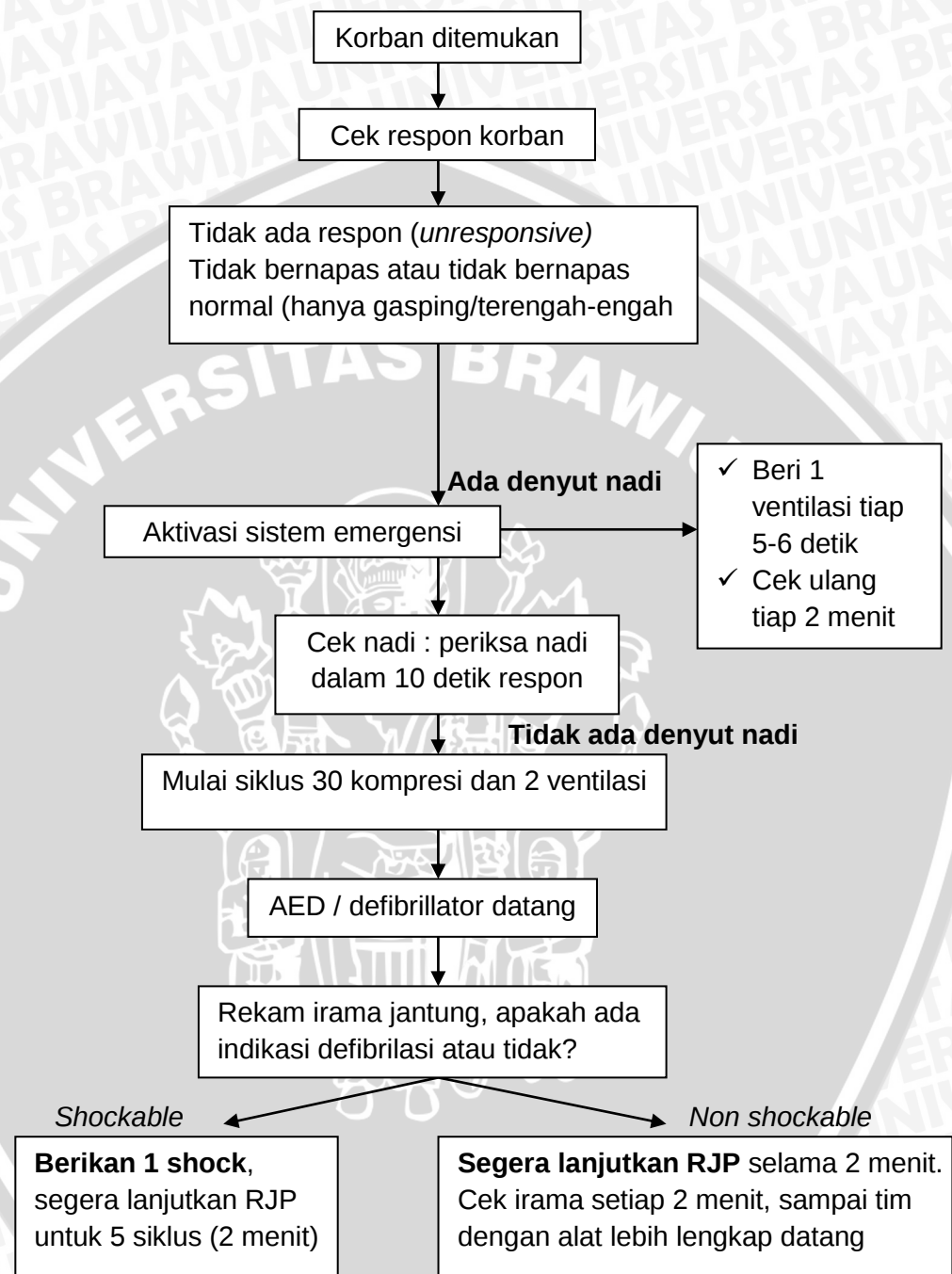
Teknik *Head tilt & Chin Lift* (Sugianto, 2013):

- Membaringkan korban terlentang pada permukaan yang datar dan keras.
- Meletakkan telapak tangan pada dahi pasien.
- Menekan dahi sedikit mengerah ke depan dengan telapak tangan.
- Meletakkan ujung jari telunjuk dan jari tengah dari tangan lainnya di bawah bagian ujung tulang rahang pasien.
- Menengadahkan kepala dan menahan/menekan dahi pasien secara bersamaan sampai kepala pasien pada posisi ekstensi.

c. Penyelamatan pernafasan (*Breathing*)

Bantuan napas dapat dilakukan dari mulut ke mulut, mulut ke hidung, mulut ke stoma, mulut ke barier perangkat pernafasan, dan ventilasi dengan bag and mask dengan cara memberi hembusan napas sebanyak 2 kali hembusan (1,5-2 detik). Volume udara yang dihembuskan adalah 400-600 ml (10 ml/kg). Ventilasi yang berlebihan dapat berbahaya karena meningkatkan tekanan *intrathoracic*, mengurangi aliran balik vena ke jantung, dan mengurangi kardiak output. Tujuan utama ventilasi yaitu untuk mempertahankan oksigenasi yang memadai. Ventilasi dengan bantuan jalan nafas lanjutan (*advance airway*). Apabila korban telah terpasang *advance airway*, penolong tidak lagi memberikan siklus 30 kompresi 2 ventilasi. Ventilasi diberikan 8-10 x/menit.

Urutan keterampilan BLS dewasa untuk tenaga kesehatan



Gambar 2.2 Algoritma *Basic Life Support* untuk tenaga kesehatan

Sumber: American Heart Association, 2010

d. Defibrilasi dengan AED (*automatic external defibrillator*)

Jika seseorang mengalami serangan jantung mendadak, akan melihat korban tiba-tiba runtuh dan pingsan . Atau, mungkin menemukan orang yang sadar dan mampu merespon ketika penolong menelepon atau mengguncangnya. Orang mungkin tidak bernapas, atau ia mungkin memiliki pola pernapasan abnormal. Jika diperiksa, biasanya tidak dapat menemukan denyut nadi. Kulit seseorang bisa menjadi gelap atau biru karena kekurangan oksigen dan juga orang tersebut tidak bisa bergerak, atau gerakannya mungkin terlihat seperti kejang (*spasme*).

Sebuah AED dapat memeriksa irama jantung seseorang dan menentukan apakah kejutan listrik yang dibutuhkan untuk mencoba mengembalikan irama normal . Defibrillator eksternal otomatis (AED) yang ringan, dioperasikan menggunakan baterai, perangkat portabel yang mudah digunakan. Bantalan lengket dengan sensor (disebut elektroda) yang melekat pada dada orang yang mengalami serangan jantung mendadak (SCA). Elektroda mengirimkan informasi tentang irama jantung seseorang di komputer pada AED. Komputer menganalisis irama jantung untuk mengetahui apakah kejutan listrik diperlukan. Jika kejutan diperlukan, AED menggunakan suara untuk memberitahu Anda ketika untuk memberikan *shock*, dan elektroda menyampaikan hal itu . Menggunakan AED untuk mengejutkan jantung dalam beberapa menit awal SCA dapat mengembalikan irama jantung yang normal. Setiap hitungan menit, setiap menit dari SCA mengarah pada penurunan 10 persen dalam kelangsungan hidup (NHLBI, 2011).

AED adalah suatu terapi kejut jantung dengan memberikan energi listrik. Hal ini dilakukan jika penyebab henti jantung (*cardiac arrest*) adalah kelainan irama jantung yang disebut dengan Fibrilasi Ventrikel Seluruh. Perawat seharusnya dilatih menggunakan defibrilasi dengan AED. Karena ventrikel fibrilasi (VF) umumnya merupakan irama awal yang dapat ditanggulangi pada henti jantung. Untuk korban dengan VF kelangsungan hidup tinggi ketika RJP segera dilakukan dan defibrilasi dilakukan dalam 3 sampai 5 menit setelah tidak sadar. Kompresi dada dapat mengembalikan aliran darah ke mikrovaskuler dalam 1 menit. Defibrilasi dini merupakan terapi untuk ventrikel fibrilasi dan ventrikel takhikardi tanpa nadi. Untuk itu diperlukan upaya serius untuk meminimalkan interval waktu antara henti jantung dan defibrilasi di *setting* luar rumah sakit maupun di dalam rumah sakit (Suharsono, 2012).

Salah satu faktor penentu kesuksesan defibrilasi adalah keefektifan kompresi dada. Hasil defibrilasi akan maksimal jika interupsi (menghentikan nadi, defibrilasi, atau perawatan lanjut) selama kompresi dada diminimalkan. Aliran darah mikrovaskuler menurun secara bermakna setelah 30 detik mengalami ventrikel fibrilasi, kompresi dada dapat meminimalkan kejadian tersebut setelah 1 menit kompresi. Penolong yang menemukan korban tidak sadar (di rumah sakit maupun di luar rumah sakit), penolong harus segera menggunakan defibrilator jika tersedia. Jika tersedia lebih dari satu penolong, satu penolong harus melakukan kompresi dada sedangkan penolong yang lain harus mengaktifkan bantuan gawat darurat dan mengambil defibrilator (Suharsono, 2012).

Langkah-langkah menggunakan defibrilator adalah sebagai berikut:

- 1) Pastikan henti jantung. Periksa untuk melihat apakah korban tidak merespon dan tidak ada pernapasan ketika Anda membuka jalan napas (dengan memiringkan kepalanya dan mengangkat dagu).



- 2) Nyalakan AED



- 3) Taruh bantalan pada dada korban seperti yang ditunjukkan.



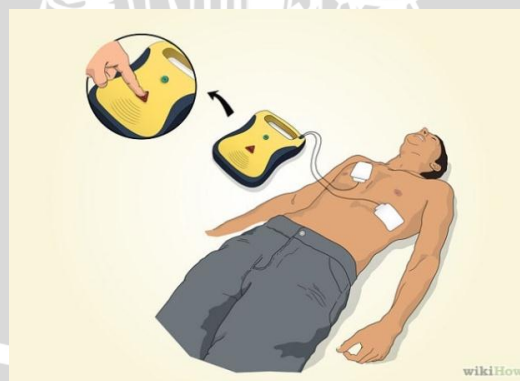
- 4) Jika perlu, pasang kawat dari bantalan ke dalam AED (biasanya di sebelah lampu kilat).



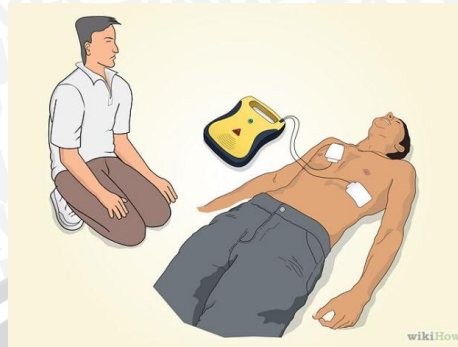
- 5) Biarkan AED untuk menganalisis irama jantung.



- 6) Jika pengejutkan ditunjukkan oleh AED, tekan tombol *shock*.



- 7) Jika pengejutkan dianjurkan (kadang-kadang tidak dianjurkan) sehingga jangan menyentuh pasien.



- 8) Jika pasien masih belum bernapas, mulai CPR. Berikan 30 kompresi dada dan kemudian 2 ventilasi dan melanjutkan siklus ini sampai AED memberikan instruksi lebih lanjut atau pasien mulai bernapas.



e. Evaluasi dan Posisi pemulihan (*recovery position*)

Setelah pemberian 5 siklus kompresi dan ventilasi (2 menit), penolong kemudian melakukan evaluasi dengan ketentuan; jika tidak ada nadi karotis, penolong kembali melanjutkan BLS. Jika ada nadi, napas belum ada, korban/pasien diberikan bantuan napas sebanyak 10-12 x/menit. Jika ada napas dan ada nadi tetapi pasien masih belum sadar, letakkan pasien/korban pada posisi pemulihan. Posisi ini dirancang untuk menjaga jalan napas paten dan mengurangi risiko obstruksi jalan napas dan aspirasi.

Langkah-langkah pemberian posisi pemulihan:

- 1) Lengan yang dekat penolong diluruskan kearah kepala.
- 2) Lengan yang satunya menyilang dada, kemudian tekankan tangan tersebut ke pipi korban.
- 3) Dengan tangan penolong yang lain raih tungkai di atas lutut dan angkat.
- 4) Tarik tungkai hingga tubuh pasien terguling kearah penolong. Baringkan miring dengan tungkai atas membentuk sudut dan menahan tubuh dengan stabil agar tidak menelungkup.
- 5) Periksa pernafasan terus menerus.



Gambar 2.3 Posisi Pemulihan / Recovery Position

2. Resusitasi pada situasi khusus

Menurut AHA 2010 ada beberapa situasi khusus untuk dilakukan resusitasi jantung paru, meliputi:

a. Sindrom koroner akut

Sindrom koroner akut telah menjadi 70% penyebab kematian. Pasien dan keluarga yang berisiko mengalami sindrom koroner akut harus diajarkan untuk mengenali gejala sindrom koroner akut (SKA) dan segera menghubungi sistem gawat darurat ketika gejala muncul. Gejala klasik

terkait SKA adalah adanya ketidaknyamanan di dada, sesak nafas, mual, dan berkering. Gejala akan bertambah lebih dari 15 menit. Tenaga kesehatan harus dilatih mengenali gejala SKA, anjurkan pasien untuk mengunyah aspirin (160-325 mg) ketika muncul gejala. Aspirin boleh disarankan apabila pasien tidak memiliki alergi aspirin atau riwayat perdarahan gastrointestinal. Jika pada perekaman EKG pasien mengalami ST elevasi miokard (STEMI) segera bawa pasien ke fasilitas percutaneous coronary intervention (PCI) di rumah sakit.

b. Stroke

Tanda-tanda dan gejala stroke seperti; tiba-tiba mati rasa atau kelemahan pada lengan, wajah, atau kaki, terutama pada satu sisi tubuh, tiba-tiba kebingungan, kesulitan bicara atau pemahaman, tiba-tiba melihat pada satu atau kedua mata; tiba-tiba mengalami masalah dalam berjalan, pusing, kehilangan keseimbangan atau koordinasi; dan tiba-tiba sakit kepala parah dengan penyebab yang tidak diketahui. Pasien dengan stroke akut beresiko memiliki toleransi yang sangat minimum terhadap pernapasan, hipoksemia akan memperburuk dan memperpanjang cedera otak iskemik.

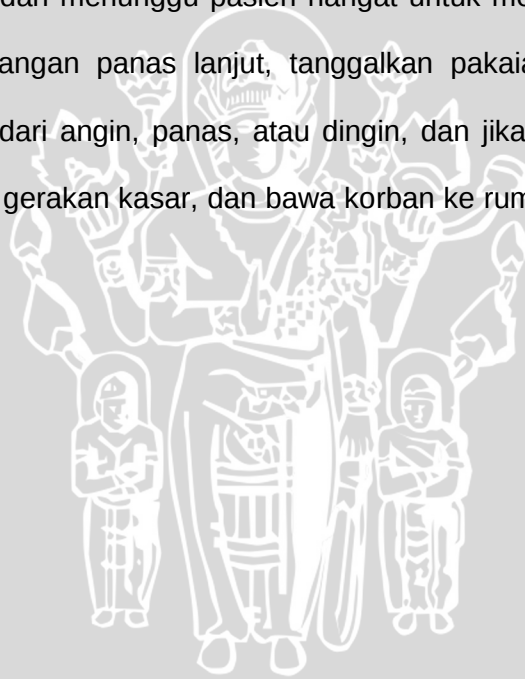
c. Tenggelam

Tenggelam merupakan penyebab kematian yang dapat dicegah. Tim penyelamat harus memberikan BLS, khususnya menyelamatkan pernafasan segera setelah korban yang tidak berespon (*unresponsive*) dipindahkan dari air. Lakukan RJP 5 siklus (selama 2 menit) sebelum meninggalkan korban untuk meminta bantuan ke pelayanan gawat darurat. Ventilasi dari mulut ke mulut mungkin membantu dan hanya dilakukan oleh

penyelamat yang sudah terlatih. Manuver untuk membebaskan benda asing dari tubuh tidak direkomendasikan untuk korban tenggelam karena dapat menyebabkan cedera, muntah, aspirasi dan penundaan BLS.

d. Hipotermi

Pada korban yang unresponsive dengan hipotermi, jika korban tidak sadar bernapas tidak normal, lakukan kompresi dada dengan segera. Perawat dapat memeriksa denyut nadi, tetapi harus memulai BLS jika denyut nadi tidak pasti teraba dalam waktu 10 detik. Jangan menunggu untuk mengukur suhu dan menunggu pasien hangat untuk memulai BLS. Untuk mencegah kehilangan panas lanjut, tanggalkan pakaian basah korban, lindungi korban dari angin, panas, atau dingin, dan jika mungkin, berikan oksigen. Hindari gerakan kasar, dan bawa korban ke rumah sakit sesegera mungkin.



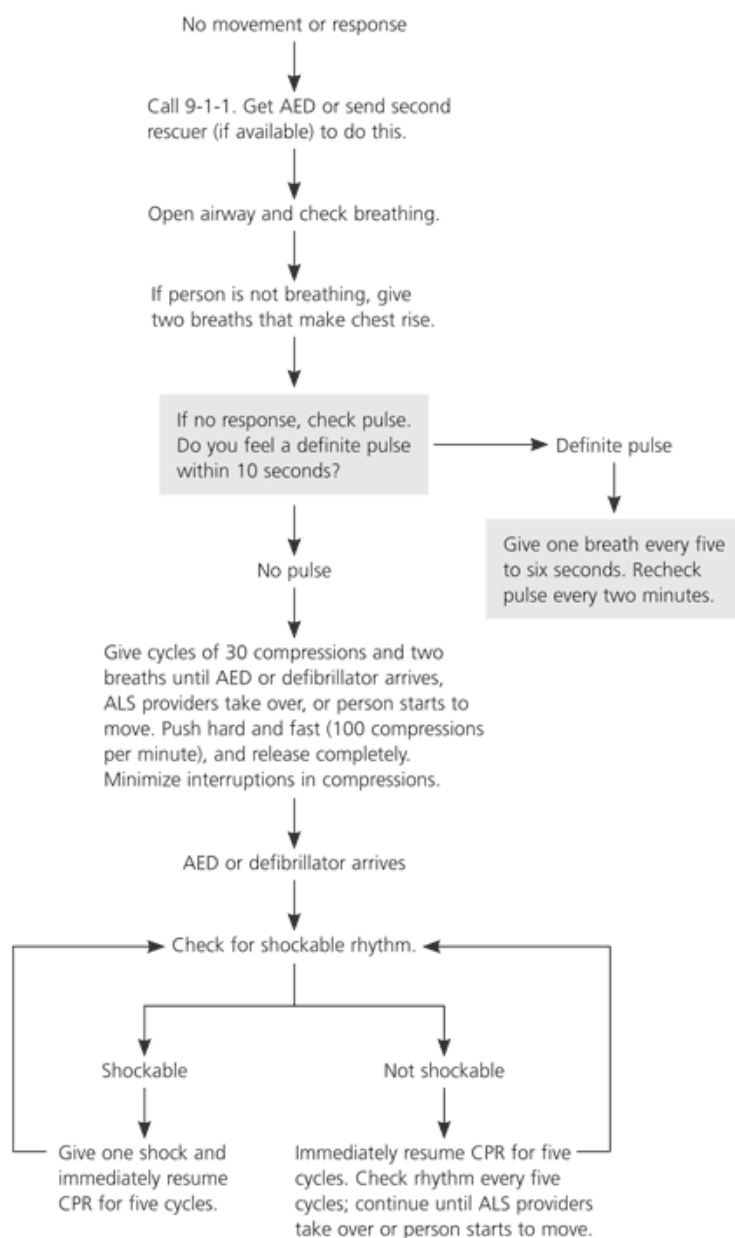
Tabel 2.1 Ringkasan komponen BLS bagi dewasa, anak-anak dan bayi

Rekomendasi			
Komponen	Dewasa	Anak	Bayi
Pengenalan	<i>unresponsive</i> (untuk semua usia)		
	Tdk bernafas, Tdk bernafas Normal (only gasping)	Tidak ada nafas atau hanya terengah-engah	
	Tdk teraba nadi dalam 10 detik		
Urutan RJP	CAB	CAB	CAB
Kecepatan-kompresi dada	minimal 100 x/menit		
Kedalaman kompresi dada	2 inci (5 cm)	5 cm	4 cm
Recoil dinding dada	biarkan recoil lengkap antar kompresi ganti kompresor setiap 2 menit		
Interupsi saat kompresi	minimalkan interupsi saat kompresi dada, upayakan interupsi kurang dari 10 detik		
Airway	<i>Head tilt-chin lift</i> (<i>jaw thrust</i> apabila dicurigai adanya trauma)		
Rasio kompresi penolong)	30: 2	30:2 (1 penolong)	30:2 (1
dengan ventilasi penolong)	(1 atau 2 Penolong)	15:2 (2 penolong)	15:2 (2
Ventilasi: ketika penolong tdk terlatih atau terlatih dan tidak mahir	Hanya kompresi		
Ventilasi dengan Bantuan nafas lanjut	1 nafas setiap 6-8 detik (8-10 x/mnt) sinkronkan dgn kompresi dada, sekitar 1 dtk per nafas, lihat pergerakan dada		
Defibrilasi	Gunakan AED dgn cepat apabila tersedia, lanjutkan dengan RJP dimulai kompresi segera setelah melakukan <i>Shock</i>		

Sumber : AHA 2010 dalam Sugianto, 2013

2.4.6 Perbedaan AHA 2005 dan AHA 2010

Pedoman bantuan hidup dasar tahun 2005 menekankan “ABCD” yaitu *Airway* , *Breathing* , *Circulation* , *Defibrillation* .



Gambar 2.4 Algoritma Basic Life Support pada orang dewasa

Algoritma baru untuk bantuan hidup dasar dewasa (Gambar 1) merekomendasikan urutan berikut ketika penolong menemukan orang yang tidak

merespons: (1) meminta bantuan dan AED (jika tersedia), (2) membuka jalan napas, periksa napas, dan memberikan dua napas jika ia tidak ada napas, (3) memulai siklus 30 kompresi dan dua napas (100 kompresi per menit), (4) pada saat datang defibrilator atau AED, memeriksa irama *shockable* (fibrilasi ventrikel atau takikardia), (5) memberikan satu kejutan (jika diindikasikan), kemudian melanjutkan CPR selama lima siklus yang lain, atau jika tidak ada kejutan yang ditunjukkan, terus lanjutkan lima siklus kompresi dada sebelum mengecek kembali irama. Untuk tenaga kesehatan, setelah itu memeriksa denyut nadi setelah napas awal (langkah 2) dan melanjutkan dengan satu napas penyelamatan setiap lima atau enam detik jika ada nadi, tetapi langkah ini tidak dianjurkan untuk penolong orang awam (AHA, 2005).

Beberapa hal dibawah ini merupakan perbedaan pedoman AHA 2005 dan 2010 :

1. Bukan lagi ABC, melainkan CAB

a. AHA 2010

“Perubahan pada AHA 2010 adalah memberikan kompresi sebelum diberikannya ventilasi”.

b. AHA 2005

“Urutan CPR dewasa dimulai dengan pembukaan jalan napas, memeriksa pernapasan normal, dan kemudian memberikan 2 *rescue breathing* diikuti dengan siklus 30 kompresi dada dan 2 ventilasi”

Sebelumnya dalam pedoman pertolongan pertama, kita mengenal ABC: *Airway, Breathing, Ciculation (Chest Compression)* yaitu buka jalan nafas, bantuan pernafasan, dan kompresi dada. Pada saat ini, prioritas utama adalah *Circulation* baru setelah itu tatalaksana difokuskan pada *Airway* dan

selanjutnya *Breathing*. Satu-satunya pengecualian adalah hanya untuk bayi baru lahir (neonatus), karena penyebab tersering pada bayi baru lahir yang tidak sadarkan diri dan tidak bernafas adalah karena masalah jalan nafas (asfiksia). Sedangkan untuk yang lainnya, termasuk BLS pada bayi, anak, ataupun orang dewasa biasanya adalah masalah Circulation kecuali bila kita menyaksikan sendiri korban tidak sadarkan diri karena masalah selain *Circulation* harus menerima kompresi dada sebelum *berpikir memberikan bantuan jalan nafas*.

2. Tidak ada lagi *Look, Listen, and Feel*

a. AHA 2010 (baru)

“Lihat, dengar dan rasakan telah ditiadakan dari pengkajian saat membuka jalan nafas. Tenaga kesehatan memeriksa pernafasan dengan cara melihat respon yang menandai adanya henti jantung. Setelah 30 kompresi, penolong membuka jalan nafas dan memberikan 2 ventilasi”

b. AHA 2005 (lama)

“Lihat, dengar dan rasakan untuk memeriksa jalan nafas setelah jalan nafas dibuka”

Kunci utama menyelamatkan seseorang dengan henti jantung adalah bertindak bukan menilai. Telepon ambulan segera saat kita melihat korban tidak sadar dan tidak bernafas dengan baik (gaspings). Jika Anda mencoba menilai korban bernapas atau tidak dengan mendekatkan pipi Anda pada mulut korban, itu boleh-boleh saja. Tapi tetap saja sang korban tidak bernafas dan tindakan *look listen and feel* ini hanya akan menghabiskan waktu.

3. Tidak ada lagi *Rescue Breath*

a. AHA 2010

"Memulai CPR dengan 30 kompresi lebih dari 2 ventilasi menyebabkan penundaan yang lebih pendek untuk kompresi pertama"

Rescue breath adalah tindakan pemberian napas buatan sebanyak dua kali setelah kita mengetahui bahwa korban henti napas (setelah *Look, Listen, and Feel*). Pada AHA 2010, hal ini sudah dihilangkan karena terbukti menyita waktu yang cukup banyak sehingga terjadi penundaan pemberian kompresi dada.

4. Kompresi dada lebih dalam lagi

a. AHA 2010

"Pada sternum orang dewasa harus ditekan sampai minimal 2 inci (5cm)"

b. AHA 2005

"Pada sternum orang dewasa harus tertekan 1,5 sampai 2 inci (sekitar 4 sampai 5 cm)

Pada pedoman RJP sebelumnya, kedalaman kompresi dada adalah 1,5 – 2 inchi (4 – 5 cm), namun sekarang AHA 2010 merekomendasikan untuk melakukan kompresi dada dengan kedalaman minimal 2 inchi (5 cm).

5. Kompresi dada lebih cepat lagi

a. AHA 2010

"Hal ini wajar untuk penyelamat awam dan tenaga kesehatan untuk melakukan penekanan dada pada tingkat minimal 100x/min."

b. AHA 2005

"Kompresi dengan kecepatan sekitar 100x/menit"

AHA mengganti redaksi kalimat disini sebelumnya tertulis: tekan dada sekitar 100 kompresi/ menit. Sekarang AHA merekomendasikan kita untuk kompresi dada minimal 100 kompresi/ menit. Pada kecepatan ini, 30 kompresi membutuhkan waktu 18 detik.

6. *Hands only CPR*

a. AHA 2010

AHA mendorong RJP seperti ini pada tahun 2008. Dan pada pedoman tahun 2010 pun AHA masih menginginkan agar penolong yang tidak terlatih melakukan *Hands Only CPR* pada korban dewasa yang pingsan di depan mereka. Pertanyaan terbesar adalah: apa yang harus dilakukan penolong tidak terlatih pada korban yang tidak pingsan di depan mereka dan korban yang bukan dewasa? AHA memang tidak memberikan jawaban tentang hal ini, namun ada saran sederhana disini: berikan *Hands Only CPR*, karena berbuat sesuatu lebih baik daripada tidak berbuat sama sekali.

7. Pengaktifasian *Emergency Response System (ERS)*

a. AHA 2010

"Periksa respon sambil melihat pasien untuk menentukan apakah ada pernapasan atau tidak normal. Tersangka serangan jantung jika korban tidak bernapas atau hanya terengah-engah".

b. AHA 2005

"Aktivasi sistem tanggap darurat setelah menemukan korban tidak responsif, kemudian kembali ke korban dan membuka jalan napas dan diperiksa untuk bernapas atau pernapasan abnormal."

Pada pedoman AHA yang baru, pengaktifasian ERS seperti meminta pertolongan orang di sekitar, menelepon ambulans, ataupun menyuruh orang untuk memanggil bantuan tetap menjadi prioritas, akan tetapi sebelumnya telah dilakukan pemeriksaan kesadaran dan ada tidaknya henti nafas (terlihat tidak ada nafas/ *gaspings*) secara simultan dan cepat.

8. Jangan berhenti kompresi dada

a. AHA 2010

"Dominasi data kemanjuran menunjukkan bahwa membatasi frekuensi dan durasi gangguan dalam kompresi dada dapat meningkatkan hasil klinis bermakna pada pasien serangan jantung."

Setiap penghentian kompresi dada berarti menghentikan aliran darah ke otak yang mengakibatkan kematian jaringan otak jika aliran darah berhenti terlalu lama. Membutuhkan beberapa kompresi dada untuk mengalirkan darah kembali. AHA menghendaki kita untuk terus melakukan kompresi selama kita mampu atau sampai alat AED datang dan siap untuk menilai keadaan jantung korban. Jika sudah tiba waktunya untuk pernapasan dari mulut ke mulut, lakukan segera dan segera kembali melakukan kompresi dada. *Prinsip Push Hard, Push Fast, Allow complete chest recoil, and Minimize Interruption* masih ditekankan disini. Ditambahkan dengan *Avoiding excessive ventilation*.

9. Tidak dianjurkan lagi *Cricoid Pressure*

a. AHA 2010

"Penggunaan rutin tekanan krikoid di serangan jantung tidak dianjurkan."

b. AHA 2005

"Tekanan krikoid harus digunakan hanya jika korban sangat sadar, dan biasanya membutuhkan penyelamat ketiga yang tidak terlibat dalam napas penyelamatan atau kompresi."

Cricoid pressure dapat menghambat atau mencegah pemasangan jalan nafas yang lebih adekuat dan ternyata aspirasi tetap dapat terjadi walaupun sudah dilakukan *cricoid pressure*. *Cricoid pressure* merupakan suatu metode penekanan tulang rawan krikoid yang dilakukan pada korban dengan tingkat kesadaran sangat rendah, hal ini pada pedoman AHA 2005 diyakini dapat mencegah terjadinya aspirasi dan hanya boleh dilakukan bila terdapat penolong ketiga yang tidak terlibat dalam pemberian nafas buatan ataupun kompresi dada.

10. Pemberian *Precordial Thump*

Pada beberapa kasus dilaporkan bahwa *precordial thump* dapat mengembalikan irama *ventricular tachyarrhythmias* ke irama sinus. Akan tetapi pada sejumlah besar kasus lainnya, *precordial thump* tidak berhasil mengembalikan korban dengan *ventricular fibrillation* ke irama sinus atau kondisi *Return of Spontaneous Circulation (ROSC)*. Kemudian terdapat banyak laporan yang menyebutkan terjadinya komplikasi akibat pemberian *precordial thump* seperti fraktur sternum, *osteomyelitis*, *stroke*, dan bahkan mencetuskan aritmia yang ganas pada korban dewasa dan anak-anak. Pemberian *precordial thump* boleh dipertimbangkan untuk dilakukan pada pasien dengan VT yang disaksikan, termonitor, tidak stabil, dan bila defibrilator tidak dapat disediakan dengan segera. Dan yang paling penting

adalah *precordial thump* tidak boleh menunda pemberian BLS atau defibrilasi.

2.5 Hasil Jurnal Penelitian

Penelitian yang dilakukan Parajulee & Selvaraj tahun 2011 yang dilakukan di Rumah Sakit Tersier Nepal. Subjek penelitian ini berjumlah 175 perawat dengan memberikan kuesioner terkait pertanyaan tentang *basic life support* dengan subjek penelitian perawat yang bekerja di beberapa departemen. Desain penelitian ini menggunakan *cross sectional* untuk mengevaluasi pengetahuan perawat tentang RJP. hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan tenaga kesehatan (perawat) tentang BLS masih rendah dan dianjurkan untuk memberikan intervensi edukasi.

Xanthos *et all* tahun 2012 yang dilakukan dengan memberikan kuesioner pada semua perawat yang ada di rumah sakit distrik Yunani. Pengumpulan data menggunakan kuesioner tanpa nama. Hasil penelitian ini menunjukkan 10,3% dari peserta dinilai pengetahuan BLS mereka sangat baik, sedangkan 31,2%, 44,2% dan 14,3% dari mereka dinilai sebagai baik, sedang, atau tidak baik. Sehingga kesimpulan menunjukkan hasil bahwa rendahnya pengetahuan BLS antara para peserta studi (perawat) dan perawat yang telah diberi pelajaran penyegaran ulang tentang BLS atau yang sudah mempunyai pengalaman di bidang BLS tersebut juga tidak mempengaruhi tingkat pengetahuan.

Pada survey yang dilakukan oleh Keenan *at all* tahun 2009 mengenai pengetahuan dan pelatihan *basic life support* di Rumah Sakit Tersier bahwa pengetahuan perawat rendah serta akses terhadap pelatihan juga. Hanya 24% dari peserta yang telah mengalami pelatihan BLS dalam tahun lalu. Meskipun

telah menerima pelatihan, beberapa perawat telah mempertahankan pengetahuan BLS yang diperlukan untuk kompetensi. Sehingga tindakan yang diperlukan untuk memastikan semua perawat menerima pelatihan BLS dan melatih keterampilan ini secara teratur untuk mempertahankan pengetahuan mereka.

2.6 Analisis Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang *Basic Life Support* dengan Sikap dan Keterampilan Perawat

2.6.1 Fungsi Perawat dalam Penatalaksanaan *Basic Life Support*

Fungsi adalah suatu pekerjaan yang harus dilaksanakan sesuai dengan perannya, fungsi dapat berubah dari suatu keadaan ke keadaan yang lainnya (Kusnanto, 2004). Fungsi perawat menurut Kozier (1991, dalam Kusnanto, 2004) meliputi: fungsi independen (mandiri), ketergantungan (dependen), dan kolaborasi (interdependen).

Penerapan fungsi perawat dalam penatalaksanaan BLS yaitu:

1. Fungsi mandiri (independen)

Merupakan aktivitas keperawatan yang dilaksanakan atas inisiatif perawat itu sendiri dengan dasar pengetahuan dan keterampilannya. Dalam hal ini perawat menentukan bahwa pasien membutuhkan tindakan BLS setelah dalam pengkajian didapatkan pasien tidak sadar dan tidak berespon.

2. Fungsi ketergantungan (dependen)

Merupakan aktifitas keperawatan yang dilaksanakan atas instruksi dokter atau dibawah pengawasan dokter. Pada saat BLS meskipun perawat mengetahui tentang penggunaan obat-obatan untuk kegawat darurat, perawat tidak bisa memberikan obat tersebut tanpa ada instruksi dokter terlebih dahulu.

3. Fungsi kolaborasi (interdependen)

Merupakan aktifitas yang dilaksanakan atas kerjasama dengan pihak lain atau tim kesehatan lain. Dalam penatalaksanaan bantuan hidup dasar, perawat bekerja dalam sebuah tim yang terdiri dari perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Untuk menghasilkan kualitas BLS yang baik diperlukan kerjasama tim yang kompak. Penerapan BLS didalam tim dapat efektif dengan dasar kemampuan klinis, pengetahuan dan keterampilan yang memadai serta rasa tanggung jawab yang tinggi perawat dalam setiap tindakan.

2.6.2 Hubungan Pengetahuan tentang *Basic Life Support* dengan Sikap dan Keterampilan Perawat

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang.

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap ini masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka, merupakan reaksi objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap obyek (Notoatmodjo, 1997). Sikap seseorang terbentuk dalam suatu objek dalam hal ini tentang perawat dalam memberikan *Basic Life Support*.

Keterampilan adalah kemampuan untuk menggunakan akal, pikiran, ide dan kreatifitas dalam mengerjakan, mengubah ataupun membuat sesuatu menjadi lebih bermakna sehingga menghasilkan sebuah nilai dari hasil pekerjaan tersebut. Benyamin Bloom (1908) yang dikutip Notoatmodjo (2007), membagi perilaku manusia ke dalam 3 domain ranah atau kawasan yakni: kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan yakni: pengetahuan, sikap, dan praktik atau tindakan. Sehingga bisa disimpulkan jika pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek inilah yang akan menentukan sikap seseorang tersebut terhadap suatu objek, semakin banyak aspek positif dari suatu objek, semakin banyak aspek positif dari suatu objek diketahui seseorang, maka sikap seseorang terhadap suatu objek tersebut bertambah (Notoatmodjo, 2003). Dalam hal ini jika pengetahuan perawat tersebut beraspek positif atau semakin tinggi pengetahuannya maka sikap dari perawat dalam memberikan *Basic Life Support* juga baik dan optimal, begitu juga dari segi keterampilan perawat dalam melakukan resusitasi jantung paru akan terlihat kesesuaian prosedur *Basic Life Support* yang dilakukan oleh perawat juga benar.