

TESIS

**ANALISIS FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN
BANTUAN HIDUP DASAR (BHD) PADA PASIEN *CARDIAC ARREST* OLEH
PERAWAT DI IGD DAN ICU RSUD Dr. SOEDARSO PONTIANAK**



Oleh:

Maulidah

1706070300111043

Program Magister Keperawatan

Peminatan Gawat Darurat

Fakultas Kedokteran

Universitas Brawijaya

2019

TESIS

Analisis Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) Pada Pasien *Cardiac Arrest* Oleh Perawat Di IGD Dan ICU RSUD Dr. Soedarso Pontianak

Oleh:

Maulidah

176070300111043



Menyetujui

Komisi Pembimbing

Ketua

Anggota

Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes
NIP. 197702262003122001

Dr. dr. Dhelya Widasmara, Sp.KK
NIP. 198208142014102001



TESIS

Analisis Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) Pada Pasien *Cardiac Arrest* Oleh Perawat Di IGD Dan ICU RSUD Dr. Soedarso Pontianak

Oleh:

Maulidah

176070300111043

Menyetujui

Komisi Pembimbing

Ketua

Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes
NIP. 197702262003122001

Komisi Penguji

Ketua

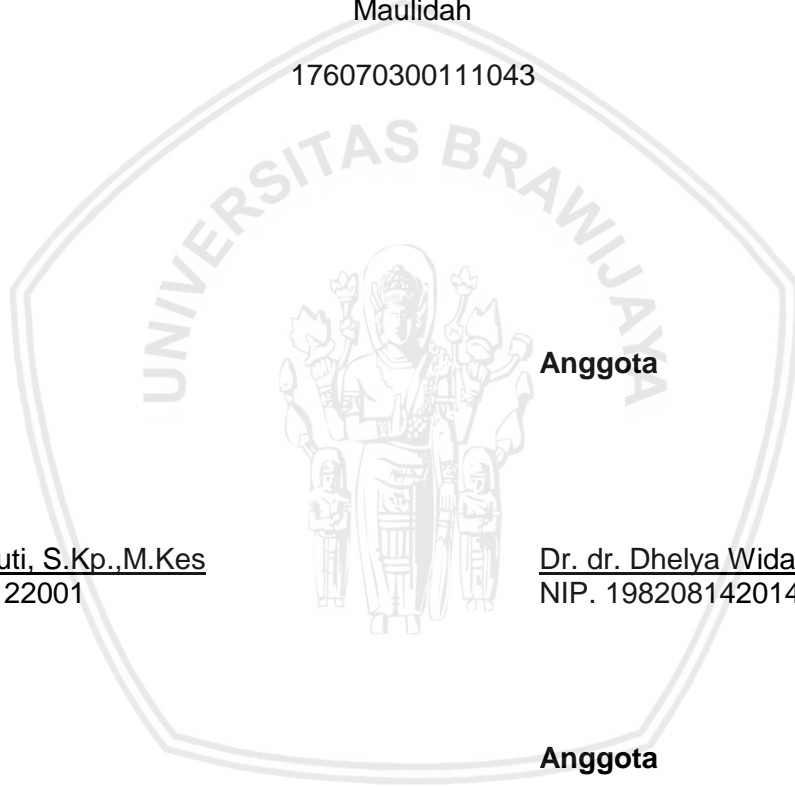
Dr. dr. Masruroh Rahayu, M.Kes
NIP. 1959909261984032000

Anggota

Dr. dr. Dhelya Widasmara, Sp.KK
NIP. 198208142014102001

Anggota

Dr. Yulian Wiji Utami, S.Kp., M.Kes
NIP. 197707222002122002



PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam naskah TESIS ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi, dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah TESIS ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur PLAGIASI, saya bersedia TESIS ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU NO.20 Tahun 2003 Pasal 25 Ayat 2 dan Pasal 70).

Malang, Mei 2019

Mahasiswa

Nama : Maulidah

NIM : 176070300111043

PS : Magister Keperawatan

Prog : Pascasarjana

Fak : Kedokteran UB

Judul Tesis

Analisis Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) Pada Pasien *Cardiac Arrest* Oleh Perawat Di IGD Dan ICU RSUD Dr. Soedarso Pontianak

Nama Mahasiswa : Maulidah
NIM : 176070300111043
Program Studi : Magister Keperawatan
Minat : Keperawatan Gawat Darurat

KOMISI PEMBIMBING

Ketua : Prof. Dr.Titin Andri Wihastuti, S.Kp.,M.Kes
Anggota : Dr. dr. Dhelya Widasmaru, Sp.KK

TIM DOSEN PENGUJI

Dosen Penguji 1 : Dr. dr. Masruroh Rahayu, M.Kes
Dosen Penguji 2 : Dr. Yulian Wiji Utami, S.Kp., M.Kes

Tanggal Ujian : Juni 2019

SK Penguji :

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas berkat dan rahmatNya sehingga dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Analisis Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) Pada Pasien Cardiac Arrest Oleh Perawat Di IGD Dan ICU RSUD Dr. Soedarso Pontianak”. Bersama ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof.Dr. Ir. Nuhfil Hanani AR, MS selaku Rektor Universitas Brawijaya yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melanjutkan pendidikan di Universitas Brawijaya
2. Dr. dr. Wisnu Barlianto, M.Si, Med.SpA, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
3. Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya periode 2015 – 2019.
4. Prof. Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes, selaku ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Universitas Brawijaya dan selaku pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan serta arahan dengan penuh kesabaran dan kebijaksanaan dalam penyelesaian tesis ini.
5. Dr. dr. Dhelya Widasmara, Sp.KK selaku pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan serta arahan dengan penuh kesabaran dan kebijaksanaan dalam penyelesaian tesis ini.
6. Dr. dr. Masruroh Rahayu, M.Kes selaku penguji 1 yang telah memberikan masukan serta arahan dalam penyelesaian tesis ini.
7. Dr. Yulian Wiji Utami, S.Kp., M.Kes selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan serta arahan dalam penyelesaian tesis ini.

8. Terima kasih kepada Direktur RSUD Dr. Soedarso Pontianak beserta jajarannya yang telah memberikan kesempatan dan membantu proses penyelesaian tesis ini.
9. Terima kasih kepada Komisi etik penelitian Poltekkes Kemenkes Pontianak yang telah memberikan kesempatan dan membantu proses penyelesaian etik tesis ini
10. Terimakasih kepada suami, anak-anak dan kedua orang tua kami yang selalu memberikan support dan doanya untuk saya.
11. Semua pihak yang telah memberikan semangat dalam menyelesaikan tesis ini yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis menerima masukan dari semua pihak baik berupa kritik maupun saran yang berguna untuk pengembangan tesis selanjutnya. Akhir kata penulis menyampaikan semoga tesis ini dapat berguna dan bermamfaat bagi berbagai pihak serta peningkatan bagi pelayanan profesi keperawatan yang berkualitas dan profesional.

Malang, 28 Juni 2019

Maulidah

RINGKASAN

Maulidah, NIM 176070300111043, Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya Malang. Analisis Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) Pada Pasien *Cardiac Arrest* Oleh Perawat Di IGD Dan ICU RSUD Dr. Soedarso Pontianak. Komisi Pembimbing Ketua: Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes Anggota: Dr. dr. Dhelya Widasmara, Sp.KK.

Cardiac arrest merupakan suatu kejadian dimana jantung mengalami suatu kegagalan dalam proses berkontraksi secara efektif dan kejadiannya tidak dapat diprediksi. Seseorang yang mengalami henti jantung didapatkan tanda-tanda tidak adanya nadi dan tanda-tanda sirkulasi. Henti jantung sendiri biasanya lebih sering dialami oleh orang dewasa. Menurut data dari *Indonesian Heart Association 2016*, prevalensi angka kejadian *cardiac arrest* berkisar 10 dari 10.000 orang normal dan sering terjadi di usia >35 tahun dimana setiap tahunnya mencapai 300.000-350.000 kasus *cardiac arrest*.

Upaya penanganan kasus *cardiac arrest* sangat memerlukan peran perawat. Salah satu upaya penanganan *cardiac arrest* oleh perawat adalah pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar dengan tujuan meningkatkan kesempatan hidup pada pasien tersebut. AHA 2010 menyatakan bahwa BHD adalah suatu fondasi yang sangat penting dilaksanakan demi menyelamatkan nyawa seseorang. Pada proses BHD itu sendiri meliputi antara lain yaitu identifikasi henti jantung dan *Emergency Medical Services (EMS)*, *Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)* dini, kejut jantung dengan menggunakan alat kejut jantung otomatis atau yang biasa disebut *Automated External Defibrillator (AED)*.

Seorang tenaga kesehatan khususnya seorang perawat di tuntut mempunyai keahlian dasar dalam penatalaksanaan henti jantung yaitu Bantuan Hidup Dasar (BHD)/Basic Life Support (BLS). Keberhasilan pemberian CPR tentu dipengaruhi beberapa faktor : seperti pengetahuan, pendidikan, pelatihan, pengalaman, motivasi, sikap dan kesediaan. faktor-faktor tersebut menyebabkan dampak yang signifikan dalam menaikkan tingkat kelangsungan hidup pada kasus henti jantung.

Kasus *cardiac arrest* di RSUD Dr Soedarso Pontianak berdasarkan hasil Laporan tahunan (LAPTAH) tahun 2016-2017 mengalami peningkatan angka kejadian sebesar 50 % dengan jumlah 36 kasus *cardiac arrest* pada tahun 2016 dan 54 kasus *cardiac arrest* pada tahun 2017. Berdasarkan hasil observasi yang sudah dilaksanakan pada 10 orang perawat, didapatkan 60% perawat dalam melakukan tindakan belum sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) terutama pada bagian *High Quality CPR*.

Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi pelaksanaan BHD pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan jenis penelitian deskriptif analitik. Populasi pada penelitian ini adalah 56 perawat. Pada analisa bivariat untuk semua variabel pada penelitian ini di uji dengan menggunakan uji spearman rank, sedangkan untuk analisa multivariat menggunakan uji regresi linear ganda. Hasil penelitian didapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan, pendidikan, pelatihan, motivasi dan kesediaan terhadap pelaksanaan bantuan hidup dasar pada pasien *cardiac arrest* dengan nilai masing - masing variabel yaitu $p=0,000$. Sedangkan untuk variabel pengalaman dan sikap didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan terhadap pelaksanaan bantuan hidup dasar pada pasien *cardiac arrest* dengan nilai masing- masing variabel yaitu untuk variabel pengalaman nilai $p=0,270$ dan untuk variabel sikap nilai $p=0,326$. Untuk Faktor yang paling dominan mempengaruhi pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU adalah pengetahuan ($\beta = 0,676$) dan pelatihan ($\beta = 0,196$) berikutnya pendidikan, motivasi dan kesediaan.

Peningkatan pemahaman pengetahuan dan keterampilan dalam menangani kasus henti jantung memberikan hasil positif dalam menaikkan kelangsungan hidup pada pasien henti jantung. Resusitasi dengan kualitas tinggi dan kepercayaan diri yang baik adalah salah satu hal terpenting bagi perawat yang biasanya menjadi responder pertama di dalam instalasi gawat darurat Rumah sakit. Kurangnya kesiapan dan kepercayaan perawat

menanggapi peristiwa resusitasi dapat mengakibatkan waktu yang panjang untuk intervensi dan penurunan kelangsungan hidup pasien.

Kata kunci: Bantuan Hidup Dasar, *Cardiac Arrest*, Perawat.



SUMMARY

Maulidah, NIM 176070300111043, Master of Nursing, Faculty of Medicine, University of Brawijaya. Analysis of Affecting Factors in Implementation of Basic Life Support (BLS) In Cardiac Arrest Patients by Nurses Emergency Department (ED) and Intensive Care Unit (ICU) of General Hospital of Dr. Soedarso Pontianak, Advisory Committee Chairman: Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes., Member: Dr. dr. Dhelya Widasmara, Sp.KK.

Cardiac arrest is an event where the heart experiences a failure in the process of contracting effectively and the event cannot be predicted. Someone who had a cardiac arrest found no signs of pulse and signs of circulation. Cardiac arrest itself is usually more often experienced by adults. According to data from the Indonesian Heart Association in 2016, the prevalence of cardiac arrest incidence rates ranged from 10 out of 10,000 normal people and often occur in those aged > 35 years where every year to reach 300000-350000 cases of cardiac arrest.

Efforts to tackle cases of cardiac arrest really need the role of nurses. One effort to handle cardiac arrest by the nurse is the implementation of the Basic Living Assistance with the aim of increasing the chance of living in such patients. AHA 2010 states that BHD is a very important foundation that will serve to save lives. At BHD process itself includes, among others, the identification of cardiac arrest and Emergency Medical Services (EMS), Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) early, cardiac shock by using an automatic defibrillator paddles or so-called Automated External Defibrillator (AED).

Health workers, especially nurse in demand have basic skills in the management of cardiac arrest Basic Life Support (BLS). The success of the administration of CPR course influenced by several factors: such as knowledge, education, training, experience, motivation, attitude and willingness. these factors lead to a significant impact in raising the survival rate in cases of cardiac arrest.

The case of cardiac arrest in the general hospital of Dr. Soedarso Pontianak based on the results of the annual report (LAPTAH) in 2016-2017 has increased the incidence of 50% with the number of 36 cases of cardiac arrest in 2016 and 54 cases of cardiac arrest in 2017. Based on the observations that have been implemented on 10 nurses, found 60% of nurses in action not according to Standard Operating Procedures (SOP), especially on the High Quality CPR.

The purpose of this study to analyze the factors that affect the implementation of the BHD in cardiac arrest patients by nurses in the Emergency Department (ED) and Intensive Care Unit (ICU) in General Hospital of Dr Soedarso Pontianak. This study using cross sectional approach with analytical descriptive research. The population in this study were 56 nurses. Bivariate analysis for all variables in this experiment tested using Spearman rank test, whereas for multivariate analysis using multiple linear regression. The results showed that there was a significant correlation between knowledge, education, training, motivation and willingness on the implementation of basic life support in patients with cardiac arrest with a value of each variables $p=0.000$. As for the variables experience and attitude showed that no significant relationship to the implementation of the basic life support in patients with cardiac arrest is the value of each variable to variable experience and $p=0.270$ for attitudinal variables $p=0.326$. For the most dominant factor affecting the implementation of the BHD by nurses in the ED and ICU is knowledge ($\beta=0.676$) and training ($\beta=0.196$) subsequent education, motivation and willingness.

Improved understanding of knowledge and skills in handling cases of cardiac arrest give positive results in increasing survival in patients with cardiac arrest. Resuscitation with high quality and good self confidence is one of the most important things for nurses who are usually the first responder in the emergency department of hospitals. The lack of preparedness and response to events resuscitation nurse confidence may result in a long time for intervention and decreased patient survival.

Keywords: Basic Life Support, Cardiac Arrest, Nurse.

ABSTRAK

Maulidah, NIM 176070300111043, Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya Malang. Analisis Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) Pada Pasien *Cardiac Arrest* Oleh Perawat Di IGD Dan ICU RSUD Dr. Soedarso Pontianak. Komisi Pembimbing Ketua: Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes Anggota: Dr. dr. Dhelya Widasmara, Sp.KK.

Pendahuluan

Bantuan Hidup Dasar atau *Basic Life Support* adalah serangkaian usaha awal untuk mempertahankan kehidupan pada pasien yang mengalami keadaan yang mengancam nyawa. Bantuan Hidup Dasar (BHD) merupakan sebuah fondasi utama yang dilakukan untuk menyelamatkan seseorang yang mengalami henti jantung atau *Cardiac arrest*. *Cardiac arrest* dapat dipulihkan jika tertangani dengan Resusitasi Jantung Paru (RJP) dan defibrilasi untuk mengembalikan denyut jantung normal. Seorang tenaga kesehatan khususnya seorang perawat di tuntut mempunyai keahlian dasar dalam penatalaksanaan atau penanganan masalah henti jantung yaitu BHD/BLS. Faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan BHD itu sendiri antara lain yaitu: pengetahuan, pendidikan, pelatihan, pengalaman, motivasi, sikap dan seorang perawat. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor apa saja yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan BHD pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak. Penelitian ini menggunakan metode dengan pendekatan *cross sectional* dengan jenis penelitian *descriptif analitik*. Populasi pada penelitian ini adalah 56 perawat. Pada analisa bivariat untuk semua variabel pada penelitian ini di uji dengan menggunakan uji spearman rank, sedangkan untuk analisa multivariat nya menggunakan uji regresi linear ganda. Pada analisis bivariat mendapatkan hasil yaitu nilai variabel pengetahuan, pendidikan, pelatihan, motivasi dan kesediaan terhadap pelaksanaan bantuan hidup dasar pada pasien *cardiac arrest* dengan nilai masing - masing variabel yaitu $p= 0,000$ ($\alpha < 0,05$). Sedangkan untuk variabel pengalaman dan sikap didapatkan hasil dengan nilai masing- masing variabel yaitu untuk variabel pengalaman nilai $p= 0,270$ dan untuk variabel sikap nilai $p=0,326$. Analisis multivariat untuk Faktor yang paling dominan mempengaruhi pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU adalah pengetahuan ($\beta = 0,676$) dan pelatihan ($\beta = 0,196$) Kesimpulan pada penelitian ini adalah terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan, pendidikan, pelatihan, motivasi dan kesediaan terhadap pelaksanaan bantuan hidup dasar pada pasien *cardiac arrest*, Sedangkan untuk variabel pengalaman dan sikap didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan terhadap pelaksanaan bantuan hidup dasar pada pasien *cardiac arrest*.

Kata kunci : Bantuan Hidup Dasar (BHD), *Cardiac Arrest*, Perawat

ABSTRACT

Maulidah, NIM 176070300111043, Master of Nursing, Faculty of Medicine, University of Brawijaya. Analysis of Factors - Factors Affecting Implementation of Basic Life Support (BLS) In Cardiac Arrest Patients by Nurses Emergency Department (ED) and Intensive Care Unit (ICU) Hospital Dr. Soedarso Pontianak, Advisory Committee Chairman: Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., Member Kes:Dr. dr. Dhelya Widasmara, Sp.KK.

preliminary

Basic or Basic Life Support is a series of early attempts to sustain life in patients with life-threatening circumstances. Basic Life Support (BLS) is a primary foundation is done to save someone who had a cardiac arrest or cardiac arrest. Cardiac arrest can be reversed if handled Cardiac Pulmonary Resuscitation (CPR) and defibrilasi to restore a normal heart rhythm. Health workers, especially nurse in demand have basic skills in the management of cardiac arrest or handling problems that BLS. Factors that affect the implementation of the BHD itself, among others, namely: knowledge, education, training, experience, motivation, attitude and a nurse. This study aimed to analyze what factors most influence on the implementation of the BLS in cardiac arrest patients by nurses in the Emergency Department (ED) and Intensive Care Unit (ICU) Hospital Dr Soedarso Pontianak. This study uses a method with cross sectional approach to the type of analytical descriptif research. The population in this study were 56 nurses. In bivariate analysis for all variables in this experiment tested using Spearman rank test, while for its multivariate analysis using multiple linear regression. The bivariate analysis to get the variable value is knowledge, education, training, motivation and willingness on the implementation of basic life support in patients with cardiac arrest with a value of each - each of variables $p = 0.000$ ($\alpha < 0.05$). As for the variables experience and attitude is obtained with the value of each variable is the variable experience and $p = 0.270$ for attitudinal variables $p = 0.326$. Multivariate analysis for the most dominant factor affecting the implementation of the BLS by nurses in the ED and ICU is knowledge ($\beta = 0.676$) and training ($\beta = 0.196$). The conclusion of this research is a significant relationship between knowledge, education, training, motivation and willingness on the implementation of basic life support in patients with cardiac arrest, As for the variables experience and attitude showed that no significant relationship to the implementation of the basic life support to patients cardiac arrest.

Keywords: Basic Life Support, Cardiac Arrest, Nurses

DAFTAR ISI

PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS	iv
KATA PENGANTAR	vi
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Cardiac Arrest	8
2.1.1 Pengertian <i>Cardiac Arrest</i>	8
2.1.2 Penyebab Terjadinya <i>Cardiac Arrest</i>	9
2.1.3 Tanda – Tanda <i>Cardiac Arrest</i>	9
2.2 Bantuan Hidup Dasar (BHD)	10
2.2.1 Definisi BHD	10
2.2.2 Penyebab dari Bantuan Hidup Dasar	12
2.2.3 Tujuan Bantuan Hidup Dasar	13
2.2.4 Algoritme BLS Dewasa AHA 2010	13
2.3 Faktor mempengaruhi BHD	19
2.3.1 Pengetahuan	19
2.3.2 Pendidikan	22
2.3.3 Pelatihan	23
2.3.4 Pengalaman	26
2.3.5 Motivasi	26
2.3.6 Sikap	28
2.3.7 Kesiediaan	29
2.4 Konsep Perawat	30
2.4.1 Definisi Perawat	30
2.4.2 Peran dan Fungsi Perawat	30
2.5 Kerangka Teori	34
BAB 3 KERANGKA KONSEP PENELITIAN	35
3.1 Kerangka Konsep	35
3.2 Penjelasan Kerangka Konsep	36
3.3 Hipotesis	37
BAB 4 METODE PENELITIAN	38
4.2 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling	38
4.3 Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	40
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	44
4.5 Teknik pengumpulan data	44
4.6 Alat pengumpulan data	44
4.7 Uji validitas dan Reliabilitas	44
4.8 Alur Penelitian	46
4.9 Pengolahan Data dan Analisis Data	46
4.9.1 Pengolahan Data	46
4.9.2 Analisis Data	47



4.10 Etika Penelitian	48
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA.....	50
5.1 Denah Umum Lokasi Penelitian.....	50
5.2 Analisis Univariat	50
5.2.1 Variabel Independent.....	51
5.2.2 Variabel Dependen	52
5.2.3 Uji Normalitas Data dan Linearitas Data	53
5.3 Analisis Bivariat	53
5.3.1 Hubungan Pengetahuan Terhadap Pelaksanaan BHD	54
5.3.2 Hubungan Pendidikan Terhadap Pelaksanaan BHD.....	54
5.3.3 Hubungan Pelatihan Terhadap Pelaksanaan BHD.....	55
5.3.4 Hubungan Pengalaman Terhadap Pelaksanaan BHD	55
5.3.5 Hubungan Motivasi Terhadap Pelaksanaan BHD	56
5.3.6 Hubungan Sikap Terhadap Pelaksanaan BHD	56
5.3.7 Hubungan Kesiediaan Terhadap Pelaksanaan BHD.....	56
5.4 Analisis Multivariat.....	57
5.4.1 Seleksi Kandidat	57
5.4.2 Pemodelan Multivariat	58
5.4.3 Uji Asumsi.....	59
BAB 6 PEMBAHASAN.....	63
6.1 Hubungan Pengetahuan dengan Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada Pasien <i>Cardiac Arrest</i> oleh Perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak	63
6.3 Hubungan Pelatihan dengan Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) Pada Pasien <i>Cardiac Arrest</i> Oleh Perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak.	69
6.4 Hubungan Pengalaman dengan Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada Pasien <i>Cardiac Arrest</i> Oleh Perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak	73
6.5 Hubungan Motivasi dengan Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada pasien <i>Cardiac Arrest</i> Oleh Perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak	74
6.6 Hubungan Sikap dengan Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) Pada Pasien <i>Cardiac Arrest</i> Oleh Perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak.	76
6.8 Faktor yang paling Mempengaruhi dalam Pelaksanaan BHD	79
6.9 Keterbatasan Penelitian.....	81
6.10 Implikasi Hasil Penelitian	81
6.10.1 Implikasi terhadap Keperawatan	81
6.10.2 Implikasi terhadap pendidikan keperawatan.....	82
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	83
7.1. Kesimpulan.....	83
7.2 Saran.....	84



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Chain of Survival IHCA *American Heart Association* 2015 12
 Gambar 2.2 Algoritme BLS Dewasa AHA 2010 13
 Gambar 2.3 posisi bahu sejajar 15
 Gambar 2.4 head tilt - chin lift jaw thrust 15
 Gambar 3.1 Kerangka Konsep 35
 Gambar 4.1 Skema alur penelitian 46



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 . Pembagian tugas pada CPR dengan 2 penolong.....	15
Tabel 4.1 variabel, definisi operasional dan skala pengukuran	40
Tabel 5.1 Sebaran responden menurut motivasi, sikap, pengetahuan, kesediaan, dan pelaksanaan BHD, (n=56).....	51
Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, usia, (n=56).....	51
Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan pelatihan, pengalaman dan pendidikan (n=56).....	52
Tabel 5.4 Distribusi responden menurut pelaksanaan BHD (n=56) Error! Bookmark not defined.	54
Tabel 5.5 Hubungan pengetahuan terhadap pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56).....	51
Tabel 5.6 Hubungan pendidikan terhadap pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56)	51
Tabel 5.7 Hubungan pelatihan terhadap pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56).....	52
Tabel 5.8 Hubungan pengalaman terhadap pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56).....	52
Tabel 5.9 Hubungan motivasi terhadap pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56).....	53
Tabel 5.10 Hubungan sikap terhadap pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56).....	53
Tabel 5.11 Hubungan kesediaan terhadap pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56)	53
Tabel 5.12 Seleksi Uji Bivariat Variabel yang mempengaruhi pelaksanaan BHD di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56).....	54
Tabel 5.13 Pemodelan multivariat regresi linier faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n= 56).....	54
Tabel 5.14 Hasil pemodelan multivariat regresi linier faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n= 56).....	55



DAFTAR SINGKATAN

AED : *Automated External Defibrillator*

AHA : *American Heart Association*

BHD : Bantuan Hidup Dasar

BLS : *Basic Life Support*

CPR : *Cardiopulmonary Resuscitation*

EMS : *Emergency Medical Services*

PEA : *Pulseless Electrical Fibrillation*

RJP : Resusitasi Jantung Paru

SOP : Standar Operasional Prosedur

SCA : *Sudden Cardiac Arrest*

SDM : Sumber Daya Manusia

VT : *Ventricular Tachycardia*

VF : *Ventricular Fibrillation*



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cardiac arrest adalah suatu keadaan jantung berhenti tiba-tiba, dan keadaan ini biasanya terjadi pada seseorang yang pernah mengalami sakit jantung ataupun seseorang yang belum pernah mempunyai keluhan penyakit jantung. Keadaan ini terjadi ketika suatu sistem kelistrikan pada jantung tidak berfungsi secara baik dan irama jantung menjadi tidak normal (A. H. Travers *et al.*, 2015). Dilihat dari segi klinis, seseorang yang mengalami keadaan henti jantung didapatkan tanda-tanda tidak terabanya nadi dan tanda-tanda sirkulasi lainnya (Mutaqqin, 2009).

Masalah kesehatan dan menyebabkan kematian terbesar yang dialami masyarakat di dunia adalah henti jantung. Pasien henti jantung sendiri biasanya lebih sering dialami oleh orang dewasa (Lenjani, Kuntz, Pamela, Kristine, & Linda, 2014). Menurut data dari *Indonesian Heart Association* 2016, prevalensi angka kejadian *cardiac arrest* berkisar 10 dari 10.000 orang normal dan sering terjadi di umur 35 tahun, dimana setiap tahunnya angka kejadian bisa mencapai sebanyak 300.000-350.000 kasus *cardiac arrest* (PERKI, 2016). Upaya dalam hal penanganan kasus *cardiac arrest* itu sendiri sangat memerlukan peran dari seorang perawat (Turangan, Kumaat, & Malara, 2017). Salah satu upaya penanganan *cardiac arrest* oleh perawat adalah pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar dengan tujuan meningkatkan kesempatan hidup pada pasien tersebut (Andrew H Travers *et al.*, 2010).

Bantuan Hidup Dasar (BHD) atau yang biasa juga disebut dengan *Basic life Support* (BLS) merupakan serangkaian upaya awal dalam melindungi

kehidupan pasien dengan keadaan yang mengancam nyawa (Guyton Arthur & Hall, 2007). Menurut (R. A. Berg et al., 2010) dalam AHA 2010 menyatakan bahwa BHD adalah suatu fondasi yang sangat penting dilaksanakan demi menyelamatkan nyawa seseorang. Pada proses BHD itu sendiri meliputi antara lain yaitu identifikasi henti jantung dan sistem aktivasi *Emergency Medical Services* (EMS), RJP dini, kejut jantung dengan menggunakan alat kejut jantung otomatis atau yang biasa disebut *Automated External Defibrillator* (AED). BHD adalah suatu proses tindakan yang segera harus dilaksanakan oleh seorang perawat, apabila menjumpai korban yang memerlukannya. Oleh sebab itu, wajib bagi setiap perawat atau tenaga kesehatan lainnya harus mampu menguasainya (Keenan, Lamacraft, & Joubert, 2009).

Kualitas dari Resusitasi Jantung Paru (RJP) atau yang biasa disebut *Cardiopulmonary Resuscitation* (CPR) dapat memberi pengaruh yang sangat besar pada angka ketahanan hidup seseorang, perlu diketahui bahwa 10 sampai 30 persen aliran darah ke jantung, dan 30 sampai 40 persen aliran darah yang mengalir ke otak hanya dapat terjadi jika RJP yang sudah dilakukan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada. Sehingga perawat sebagai pemberi resusitasi harus dapat mampu memberikan RJP dengan kualitas terbaik dan sedini mungkin. Kemampuan untuk merespons dengan cepat dan efektif untuk situasi serangan jantung terletak pada perawat yang kompeten dalam prosedur keselamatan pasien dengan resusitasi jantung paru, sementara kurangnya keterampilan resusitasi perawat teridentifikasi sebagai faktor yang berkontribusi untuk hasil yang buruk pada serangan jantung (Elazazay, Abdelazez, & Elsaie, 2012).

Keterampilan dalam penguasaan *Cardiopulmonary Resuscitation* (CPR) harus dapat dilaksanakan secara baik dalam semua keadaan dan pada saat dibutuhkan (Jäntti, 2010). Perawat memiliki peranan penting sebagai seseorang

yang memberikan pertolongan segera pada masalah pasien henti jantung baik di dalam dan diluar rumah sakit (Glaa & Chick, 2011). Seorang tenaga kesehatan khususnya seorang perawat diuntut mempunyai keahlian dasar dalam penatalaksanaan atau penanganan masalah henti jantung yaitu BHD/BLS (Lee & Low, 2010).

Keberhasilan pemberian CPR tentu dipengaruhi oleh kompetensi dan pelatihan yang dimiliki petugas kesehatan. Petugas kesehatan di rumah sakit khususnya dokter, perawat, dan bidan wajib memiliki kualifikasi memberikan pelayanan kesehatan RJP (Permenkes no. 12, 2012). (Pratondo & Oktavianus, 2010), mengungkapkan bahwa keberhasilan RJP saat menangani kasus *cardiac arrest* dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti pengetahuan, pendidikan, pelatihan, pengalaman, motivasi, sikap, kesediaan, ketersediaan alat, sumber daya manusia (SDM), panduan CPR (SOP) dan *response time*.

Peningkatan tentang pemahaman pengetahuan dan keterampilan pada saat menangani kasus henti jantung bisa menyebabkan dampak yang signifikan dalam menaikkan survival rate pada kasus henti jantung (Glaa & Chick, 2011). Hasil penelitian dari (Bawelle, Sinolungan, & Hamel, 2013), menunjukkan hasil dimana semakin meningkat pengetahuan yang didapatkan oleh seseorang maka akan bertambah baik pula sikap orang tersebut (positif) dalam pelaksanaan keselamatan pasien. Bagi seorang tenaga kesehatan pengetahuan dan sikap harus sejalan dengan baik dalam melaksanakan tugasnya sebagai seorang perawat. Sedangkan menurut (Herzberg & Iklima, 2010), mengatakan bahwa hubungan antara pekerjaan seseorang dengan motivasinya sangatlah ditentukan oleh sikap orang tersebut terhadap pekerjaannya, dan hal ini sangat menentukan pada kepuasan dan ketidakpuasannya pada pekerjaannya.

Resusitasi dengan kualitas tinggi dan kepercayaan diri yang baik adalah salah satu hal terpenting bagi perawat yang biasanya menjadi *responder* pertama

di dalam instalasi gawat darurat Rumah sakit. Hal ini membutuhkan komponen tindakan yang terkoordinasi dalam Rantai *Survival*, dan termasuk pengenalan awal dan aktivasi segera, CPR awal, defibrilasi, penanganan bantuan hidup lanjut yang efektif, dan setelah serangan jantung mendapatkan intervensi terpadu (Andrew H Travers et al., 2010). Kurangnya kesiapan dan kepercayaan perawat menanggapi peristiwa resusitasi dapat mengakibatkan waktu yang panjang untuk intervensi dan akibatnya penurunan di kesempatan pasien untuk bertahan hidup (Moretti, 2007). Pengalaman yang memadai dapat mempengaruhi dan memberikan kesempatan pada perawat untuk mendapatkan hal-hal yang baru dalam penanganan yang bersifat khusus. Rumah sakit harus memiliki peraturan atau protokol yang jelas dan memiliki sebuah tanggung jawab untuk membentuk kebijakan yang harus di jalankan semua staff perawat saat melaksanakan tugasnya (Wolff, 2010).

Perawat merupakan suatu komponen besar dari suatu unit pelayanan kesehatan, dimana perubahan dari suatu kualitas pelayanan dan suatu proses keperawatan akan sangat dirasakan oleh pihak konsumen. Rasa tidak puas yang dirasakan oleh pasien akan dapat dijadikan suatu pengalaman negatif bagi pasien maupun keluarga. Perawat diharapkan mampu menguasai konsep, teori dan mengaplikasikan praktik sesuai dengan proses pembelajaran yang telah didapatkannya.

Tingkat kesuksesan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang baik dan aman dapat dipengaruhi oleh sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas, selain itu diperlukan juga sarana prasana yang memadai dalam memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar, agar dapat memenuhi tuntutan masyarakat terhadap kesehatan yang baik (Yoga, 2010).

Hasil studi pendahuluan yang didapatkan pada tanggal 28 juni 2018 bahwa perawat yang sudah memiliki kompetensi BHD hanya sejumlah 48 % dari jumlah total perawat yang bertugas di IGD dan ICU. Sedangkan untuk kasus *cardiac*

arrest di RSUD Dr Soedarso Pontianak berdasarkan hasil Laporan tahunan (LAPTAH) tahun 2016-2017 mengalami peningkatan angka kejadian sebesar 50 % dengan jumlah 36 kasus *cardiac arrest* pada tahun 2016 dan 54 kasus *cardiac arrest* pada tahun 2017. Adapun jumlah angka kematian dengan kasus *cardiac arrest* pada tahun 2016-2017 meningkat lebih dari 100 % dari jumlah 2 kasus kematian pada tahun 2016 dan 20 kasus kematian pada tahun 2017. Sedangkan tahun 2018 mulai dari bulan Mei hingga Juli 2018 terdapat 94 kasus penyakit jantung dengan kasus kematian mencapai 20 orang pasien.

Berdasarkan hasil observasi yang sudah dilaksanakan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak pada 10 orang perawat, didapatkan 60% perawat belum sesuai melakukan tindakan sesuai SOP terutama pada bagian *High Quality CPR*. Hal ini akan berdampak pada tingkat *survival* pada pasien henti jantung. Sesuai dengan paparan diatas, penulis tertarik melaksanakan riset dengan tema “ Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada pasien *cardiac arrest* oleh erawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso”.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam riset ini adalah “ faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi keterlaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi keterlaksanaan BHD pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Menganalisis hubungan pengetahuan dengan pelaksanaan bantuan hidup dasar (BHD) pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak. .
- 2) Menganalisis hubungan pendidikan dengan pelaksanaan bantuan hidup dasar (BHD) pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak.
- 3) Menganalisis hubungan pelatihan dengan pelaksanaan bantuan hidup dasar (BHD) pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak .
- 4) Menganalisis hubungan pengalaman dengan pelaksanaan bantuan hidup dasar (BHD) pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak.
- 5) Menganalisis hubungan motivasi dengan pelaksanaan bantuan hidup dasar (BHD) pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak.
- 6) Menganalisis hubungan sikap dengan pelaksanaan bantuan hidup dasar (BHD) pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di RSUD Dr Soedarso Pontianak.
- 7) Menganalisis hubungan kesediaan dengan pelaksanaan bantuan hidup dasar (BHD) pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di RSUD Dr Soedarso Pontianak.
- 8) Menganalisis faktor apa saja yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan bantuan hidup dasar (BHD) pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di RSUD Dr Soedarso Pontianak.

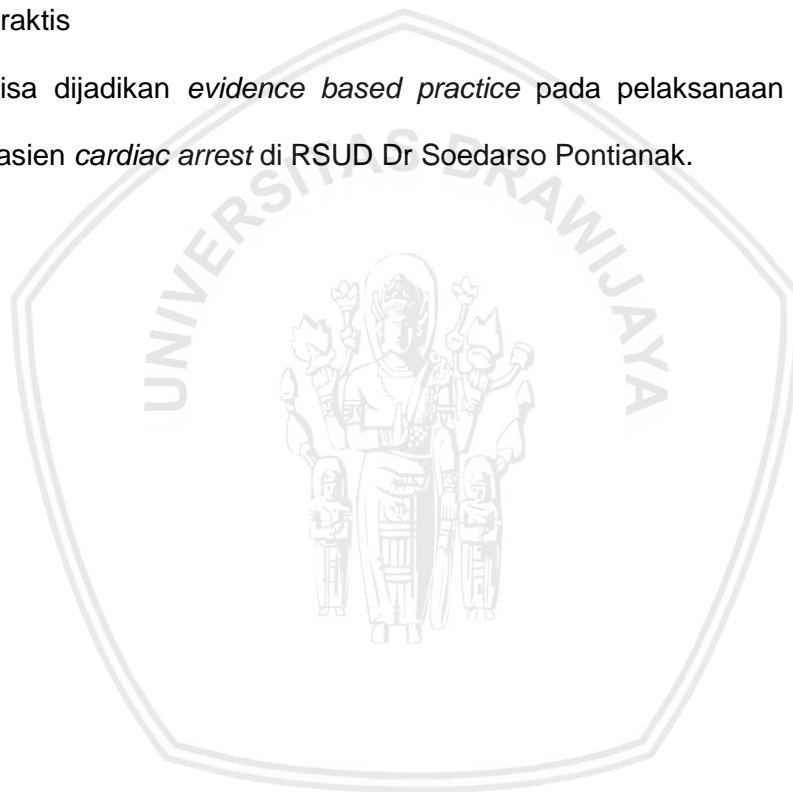
1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

- 1) Penelitian ini diharapkan bisa dijadikan dasar untuk pengembangan intervensi lanjutan pada perawat khususnya dalam pelaksanaan BHD.
- 2) Penelitian ini diharapkan bisa menjadi nilai tambah pengetahuan bagi profesi keperawatan khususnya pada pelaksanaan BHD pada pasien *cardiac arrest*.

1.4.2 Praktis

Bisa dijadikan *evidence based practice* pada pelaksanaan BHD pada pasien *cardiac arrest* di RSUD Dr Soedarso Pontianak.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Cardiac Arrest

2.1.1 Pengertian *Cardiac Arrest*

Cardiac Arrest merupakan suatu kejadian dimana jantung mengalami suatu kegagalan dalam proses berkontraksi secara efektif yang kejadiannya tidak dapat diprediksi (A. H. Travers *et al.*, 2015). Menurut (Hardisman & Pertiwi, 2014), *cardiac arrest* yaitu terjadinya proses berhentinya aliran darah jantung dengan mendadak, yang ditandai dengan hilangnya tekanan darah arteri yang menyebabkan aliran darah ke otak dan ke organ lainnya terganggu. *Cardiac arrest* bisa menyebabkan terjadinya gangguan irama *Ventricular Tachycardia* (VT), *Ventricular Fibrillation* (VF) dan *asistol*. Gangguan aktifitas listrik jantung seperti *Ventricular Fibrillation* (VF), *Ventricular Tachycardia* (VT), *asistole* dan *Pulseless Electrical Activity* (PEA) adalah aritmia paling umum dalam serangan jantung (Field *et al.*, 2010).

Sudden Cardiac Arrest (SCA) merupakan suatu keadaan yang ditandai dengan jantung berhenti secara tiba-tiba dan tidak terduga, sehingga semua darah yang sedang bergerak ke otak dan organ-organ vital lainnya berhenti. SCA dapat mengakibatkan kematian apabila tidak mendapatkan penanganan secara cepat. SCA terkadang terjadi pada saat pemulihan pasien dengan serangan jantung. Menurut penelitian yang dilakukan (Faiz & Moffat, 2004), menemukan 8,6 % pasien dengan serangan jantung mempunyai resiko mengalami SCA saat 30 hari pertama setelah meninggalkan rumah sakit.

2.1.2 Penyebab Terjadinya *Cardiac Arrest*

Berdasarkan (Fanden et al., 2010), pasien dengan *cardiac arrest* di sebabkan karena timbulnya aritmia misalnya *Ventrikel Fibrilasi (VF)*, *Pulseless Electrical Activity (PEA)*, *Ventrikel Takikardi (VT)*, dan *asistole*.

1) *Ventrikel Fibrilasi (VF)*

Kejadian ini merupakan suatu keadaan yang dapat menimbulkan kematian secara mendadak pada pasien henti jantung, pada keadaan ini jantung tidak bisa melaksanakan fungsinya untuk kontraksi dan hanya bisa bergetar saja. Pada situasi ini pasien dapat diberikan defibrilasi dengan menggunakan AED dan RJP.

2) *Electrical Activity (PEA)*

PEA adalah suatu aktifitas listrik jantung yang tidak dapat menimbulkan kontraktilitas, namun terkadang menimbulkan kontraktilitas tetapi tidak adekuat, hal ini biasanya dapat mengakibatkan tekanan darah tidak bisa di ukur dan nadi tidak teraba. Dalam keadaan seperti ini RJP merupakan intervensi yang perlu segera dilakukan.

3) *Ventrikel Takikardi (VT)*

Keadaan ini terjadi dikarenakan gangguan pembentukan impuls atau akibat terjadinya gangguan konduksi. Apabila irama jantung teratur dan cepat maka keadaan ini bisa diberikan defibrilasi dengan menggunakan AED dan RJP.

4) *Asistole*

Keadaan ini merupakan keadaan tidak adanya suatu aktifitas listrik pada jantung. Irama yang terjadi dalam rekaman Elektrokardiogram (EKG) seperti garis lurus. Pada keadaan seperti ini RJP adalah intervensi yang harus diberikan.

2.1.3 Tanda – Tanda *Cardiac Arrest*

Menurut (Maric-Bilkan et al., 2016), ada 2 tanda-tanda utama *cardiac arrest* diantaranya :

- 1) Pada tahap awal terjadi kehilangan keseimbangan secara tiba-tiba dengan tidak ditemukannya denyut nadi saat yang sama ketika dilakukan perabaan pada nadi karotis.
- 2) Satu jam sebelum serangan penderita akan merasakan denyut jantung yang berlebihan yang diikuti dengan nyeri dada hebat, nafas pendek, mual dan muntah.

2.2 Bantuan Hidup Dasar (BHD)

2.2.1 Definisi BHD

Menurut (Hardisman & Pertiwi, 2014), BHD atau BLS merupakan suatu tindakan pemberian kompresi dada dan bantuan nafas yang bermaksud untuk mempertahankan dan mengembalikan suatu fungsi organ pada pasien henti jantung atau henti nafas. Kejadian henti jantung merupakan salah satu kondisi kegawatdaruratan yang banyak terjadi di dalam maupun di luar rumah sakit. Angka kematian akibat henti jantung masih sangat tinggi baik di negara maju maupun yang masih berkembang. Berdasarkan data dari *The American Heart Association* (AHA), sedikitnya terdapat 2 juta kematian akibat henti jantung di seluruh dunia. Negara Jepang, Singapura, Malaysia, dan juga negara-negara asia lainnya, angka kematian akibat henti jantung menempati urutan 3 besar penyebab kematian terbanyak. Di Indonesia banyak ditemukan laporan kematian mendadak akibat masalah henti jantung.

Upaya penanganan henti jantung memerlukan suatu pendekatan sistem yang terintegrasi dari tahap penanganan di tempat kejadian hingga perawatan paska henti jantung. *The American Heart Association* (AHA) telah memperkenalkan suatu sistem penanganan henti jantung yang terintegrasi yang meliputi 5 segmen yang saling berkaitan, meliputi deteksi dini dan aktivasi segera *Emergency Medical Services* (EMS), melakukan *Cardiopulmonary Resuscitation* (CPR) sesegera mungkin, melakukan defibrilasi sesegera mungkin, melakukan prosedur

penanganan henti jantung tingkat lanjut, dan melakukan perawatan paska henti jantung.

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) merupakan intervensi penyelamatan nyawa seseorang (*Life Saving*) yang bertujuan untuk menambah kesempatan untuk hidup pada seseorang dengan masalah henti jantung (Andrew H Travers et al., 2010). CPR adalah tindakan yang mendadak dan suatu prosedur yang *emergency* dan membutuhkan suatu respon yang cepat dan efisien, juga membutuhkan tim khusus yang terlatih untuk mengatasi pasien dalam keadaan *emergency* (Fanshan et al., 2012). Tujuan paling penting dari CPR adalah memaksimalkan sirkulasi darah terhadap organ-organ penting yaitu jantung juga otak. Keadaan ini dilaksanakan agar memaksimalkan kejadian *Return of Spontaneous Circulation (ROSC)* dengan nilai neurologis baik (Bobrow et al., 2012). Menurut (Peter A Meaney et al., 2013), CPR hanya bisa menyimpan kurang lebih 10 hingga 30 persen darah ke jantung, dan 30 hingga 40 persen darah ke otak.

(Kanoupakis, 2012), menyatakan langkah awal dalam rantai penyelamatan adalah petugas harus mengenali sejak awal prognosis serangan jantung. Hal yang terpenting dalam meningkatkan *Survival rate* pada penderita *cardiac arrest* yaitu *EARNEST: Early detection, Automatic defibrillation, Rapid Response Teams, Nonstop Compression, Avoidance of Excessive Zeal (In Both Ventilation and Patient Selection and Supportive Therapy Post-ROSC)*.

Konsep *Chain of survival* telah direkomendasikan untuk tindakan penyelamatan korban di rumah sakit. *Chain of Survival* pada *Intra Hospital Cardiac Arrest (IHCA)* memiliki komponen yang saling berhubungan guna memberikan tindakan keselamatan pada korban *Cardiac Arrest* di dalam rumah sakit, yaitu: pengawasan dan pencegahan, pengenalan dan pengaktifan sistem

repository.ub.ac.id

tanggap darurat, CPR berkualitas tinggi, defibrilasi cepat dan bantuan hidup lanjut.



Gambar 2.1 : *Chain of Survival* IHCA (American Heart Association 2015)

Menurut AHA 2010 tindakan atau langkah CPR dengan prosedur C- A- B dimana sebelumnya pada AHA *Guidlines* tahun 2005 CPR masih menggunakan prosedur A-B-C (*Airway-Breathing-Circulation*). Prosedur bantuan hidup dasar itu sendiri yang dipakai saat ini yaitu :

- 1) C (*Circulation*) : Menciptakan sirkulasi buatan dengan kompresi jantung
- 2) A (*Airway*) : Jalan Nafas tetap di pertahankan
- 3) B (*Breathing*) : Ventilasi, oksigenasi harus kuat.

2.2.2 Indikasi dari Bantuan Hidup Dasar

- 1) Henti nafas

Henti nafas terjadi pada korban tenggelam yang disebabkan karena adanya benda asing disaluran pernafasan, terkena aliran listrik, kelebihan dosis obat, inhalasi asap, *Myocard Cardiac Infark* (MCI) dan stroke.

- 2) Henti jantung

Menurut (Krisanty, 2009) henti jantung bisa disebabkan karena terjadinya *fibrilasi ventrikel*, *takikardi ventrikel* dan *asistol*.

2.2.3 Tujuan Bantuan Hidup Dasar


(Krisanty, 2009), mengungkapkan bahwa tujuan BHD antara lain :


- 1) Memperkuat juga berusaha memulihkan fungsi organ-organ vital (otak, jantung, dan paru).
- 2) Mencegah berhentinya sirkulasi atau berheninya respirasi.
- 3) Memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan ventilasi dari korban yang mengalami henti jantung atau henti nafas melalui CPR.


2.2.4 Algoritme BLS Dewasa AHA 2010

Resusitasi jantung paru harus dilaksanakan dengan segera mungkin untuk mencegah ataupun meminimalisir terjadinya interupsi. Berdasarkan AHA 2010 urutan yang disarankan menggunakan CAB agar dapat mengurangi penundaan kompresi pertama, yaitu: *compression*, *airway* dan *breathing* dengan rasio 30: 2 selama 5 siklus

BLS pada dewasa terdiri dari 4 langkah yaitu :

- 1) ASSESSMENT & SCENE SAVETY 

1. Pastikan tempat aman bagi penolong dan korban
 2. Tepuk bahu korban sambil katakan "Anda baik - baik saja?"
 3. Periksa apakah korban bernafas. Jika korban tidak bernafas atau bernafas tapi tidak dengan normal (contoh: *gaspina*), segera aktifkan EMS
- 2) ACTIVATE EMSGET AED 

1. Jika anda sendirian dan tidak ada orang lain di sekitar anda, segera hubungi dulu EMS dan ambil *Automated External Defibrillator* (AED), kemudian kembali ke korban untuk memeriksa nadi dan memulai CPR
 2. Apabila ada orang lain, mintalah orang tersebut untuk menghubungi EMS dan mengambil AED
- 3) PULSE CECK 

1. Letakkan 2 atau 3 jari anda pada area antara trakea dengan otot di samping leher, rasakan adanya denyut nadi
 2. Nilai adanya nadi dalam waktu antara 5 - 10 detik, jika anda tidak dapat merasakan nadi, segera lakukan CPR
- 4) CPR : (5 *cycles* 30:2)

Gambar 2.2 Algoritme BLS Dewasa AHA 2010

a. Cara melakukan CPR

Langkah-langkah melakukan CPR adalah sebagai berikut:

- (1) Ambil posisi di samping pasien
- (2) Pastikan korban berbaring terlentang pada permukaan yang rata dan keras
- (3) Tempatkan bagian tumit tangan pada bagian bawah garis tengah dada (lihat gambar 2)
- (4) Tempatkan tumit tangan yang satunya diatas tangan pertama
- (5) Perkuat lengan dan posisikan bahu untuk melakukan CPR (lihat gambar 3)
- (6) *Push hard, push fast* : lakukan kompresi dada dengan kedalaman minimal 5 cm (2 inches), dan kecepatan minimal 100 hingga 120 kali / menit
- (7) Pastikan terjadinya pengembalian dinding dada secara penuh pada setiap kali kompresi.
- (8) Setelah 30 kompresi, berikan dua kali bantuan nafas dengan cara sebagai berikut:
 - a) Membuka jalan nafas menggunakan
 - b) teknik *Head tilt - chin lift* (gambar 4). Jika pasien terduga trauma servikal gunakan teknik *jaw thrust / modified jaw thrust*.
 - c) Berikan dua kali bantuan nafas sambil melihat pergerakan dada, tiap bantuan nafas diberi jeda 1 detik.
- (9) Lanjutkan CPR
- (10) Jangan terlalu sering melakukan interupsi / jeda.



Gambar 2.3 . menentukan titik CPR



Gambar 2.4 posisi bahu sejajar



Gambar 2.5 *head tilt - chin lift jaw thrust*
sumber : *American Heart Association 2010*

b. Cara melakukan CPR dengan 2 penolong

Tabel 2.1 . Pembagian tugas pada CPR dengan 2 penolong

Penolong	Lokasi	Tugas
Pertama	Pada sisi korban	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan kompresi dada 2. Menghitung kompresi 3. Berganti peran setiap 5 siklus atau 2 menit
Kedua	Pada kepala korban	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuka dan mempertahankan jalan nafas 2. Memberi bantuan nafas, memperhatikan naiknya dinding dada dan menghindari ventilasi berlebih 3. Mengingatkan penolong pertama untuk melakukan <i>high quality CPR</i> 4. Berganti peran setiap 5 siklus

(Association, 2010)

c. *High Quality Cardiopulmonary Resuscitation (High Quality CPR)*

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) adalah elemen integral dari sebuah penanganan henti jantung. CPR harus di lakukan pada pasien yang mengalami kasus henti jantung dengan segera. CPR dengan kualitas yang

tidak maksimal atau buruk sering terjadi dan hal ini merupakan kerugian bagi pasien. Pemberian resusitasi dengan kualitas yang tinggi (*High Quality CPR*) merupakan langkah yang harus dilakukan oleh penolong demi mencegah kemungkinan kerugian yang akan terjadi (P.A. Meaney, Lavidney, Toured, & Voidht, 2010).

Panduan penatalaksanaan henti jantung yang dikeluarkan oleh AHA tahun 2010 menekankan pada pelaksanaan resusitasi jantung paru dengan standar kualitas yang tinggi. Tujuan dari ditetapkannya standar ini dalam melakukan resusitasi adalah untuk menjamin bahwa resusitasi dapat menjamin aliran darah bisa mencapai jantung dan terutama otak. Resusitasi yang dilakukan dengan kualitas tinggi akan meningkatkan peluang jantung pasien kembali berdenyut spontan dan kerusakan otak dapat di minimalkan. Komponen dari *High Quality CPR* meliputi :

(1) Penempatan tangan yang tepat dan benar pada saat kompresi (*Correct compression Hands Placement*)

Dalam hal ini penolong di tuntut agar mampu mengidentifikasi letak area tangan pada dada pasien. Penolong harus mampu meletakkan tumit tangan di tengah dada pasien (setengah bagian bawah dari sternum) dan satu tumit lagi berada tepat diatas tangan pertama.

(2) *Push Hard, Push Fast*

Kompresi dengan kecepatan minimal 100 *Guidlines* AHA merekomendasikan bahwa laju kompresi minimal 100x/menit (30 kompresi dalam 18 detik). Laju kompresi merupakan hal yang sangat penting dari kemungkinan terjadinya *Return of Spontanius Circulation* (ROSC) dan hasil neurologis dari pasien dengan henti jantung. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa laju kompresi > 80/menit dapat berpengaruh secara signifikan terhadap ROSC. Sumber lain menyebutkan bahwa episode terjadinya *Return of*

Spontaneous Circulation (ROSC) memiliki hubungan antara angka keselamatan dan laju kompresi optimum yang berkisar pada 100-120/menit dan jumlah yang lebih tinggi ataupun lebih rendah dihubungkan dengan angka keselamatan yang lebih rendah (Peter A Meaney et al., 2013).

(3) Kedalaman yang cukup (*Adequate deep*)

Kedalaman kompresi dapat diartikan sebagai defleksi posterior yang maksimum dari sternum pada recoil normal dinding dada (Jäntti, 2010). Menurut (Edelson & Walsh, 2010), menyatakan bahwa kompresi dada adalah bagian terpenting dalam CPR dengan memberikan kualitas yang tinggi. Menurut (Association, 2010), kompresi dada dalam setiap penekanan minimum kedalaman 2 inchi (50 milimeter) pada orang dewasa (Peter A Meaney et al., 2013). Kedalaman suatu kompresi merupakan hal yang sangat determinan utama dari *Coronary Perfusion Pressure* (CPP). Sedangkan CPP sendiri merupakan prediktor utama dari angka keselamatan pada pasien dengan kasus henti jantung. Kompresi dada dengan kedalaman >42 milimeter menunjukkan angka keselamatan hingga 30% (Edelson & Walsh, 2010).

(4) *Complete Chest Recoil* : kembalinya dinding dada secara penuh

Recoil dada yang tidak sempurna adalah masalah yang umum sering terjadi pada saat penolong mengalami kelelahan. Recoil dinding dada yang tidak sempurna selama dalam proses CPR sering dihubungkan dengan peningkatan tekanan intrathorax sehingga berpengaruh secara signifikan dalam penurunan hemodinamik contohnya perfusi koroner, *cardiac index*, aliran darah miokardial dan perfusi serebral. *Recoil* dada yang tidak sempurna dapat diminimalkan dengan *Electronic Recording Device* selama dalam proses CPR, dimana alat ini mampu memberikan *feed back* secara langsung saat dilakukannya kompresi dada (R. A. Berg et al., 2010).

(5) *Minimize Interruption*

Meminimalkan waktu tidak melakukan kompresi (interupsi tidak melebihi 10 detik). Pada saat melaksanakan CPR penolong diharuskan dapat mengurangi terjadinya gangguan pada saat proses kompresi dan ventilasi. Gangguan yang masih bisa di toleransi tidak lebih dari 10 detik dalam setiap 2 menit siklus CPR. Proses ini akan menghasilkan fraksi kompresi > 90% (Edelson & Walsh, 2010). Menurut (Andrew H Travers *et al.*, 2010) sumber interupsi pada umumnya berasal dari : pemeriksaan nadi atau irama jantung, ventilasi, defibrilasi, intubasi, *intravenous access*.

(6) Ventilasi yang berlebihan (*Excessive Ventilation*)

Walaupun oksigen merupakan hal yang paling esensial, namun rentang waktu yang baik dan tepat untuk intervensi pemberian oksigen dalam darah masih belum jelas. Kebutuhan oksigen untuk proses metabolisme kemungkinan besar terjadi penurunan saat terjadinya kasus henti jantung. Pada saat gangguan irama jantung itu terjadi sebenarnya jumlah oksigen pada pasien masih cukup dan tindakan kompresi yang baik dapat membantu sirkulasi darah yang masih mengandung ke seluruh bagian tubuh. Ventilasi yang terlalu berlebihan dapat meningkatkan tekanan intra *thorax* dan menurunkan *venous return* dan dapat menyebabkan *cardiac output* menurun dan angka keselamatan pasien juga menurun. Pada menit awal terjadinya henti jantung dengan irama VF, pemberian ventilasi tidak lebih penting dari kompresi dada . Hal ini disebabkan karena kadar oksigen dalam darah tidak akan berubah selama CPR belum dilakukan (A. T. Berg *et al.*, 2010).

d. Bantuan ventilasi

Pada CPR dengan 1 penolong, direkomendasikan untuk melakukan bantuan ventilasi menggunakan *Pocket mask* (Gambar 5). Jika CPR dilakukan dengan 2 penolong, maka pemberian bantuan nafas diberikan melalui *Bag* -

Valve Mask (BVM) baik dengan oksigen aliran tinggi maupun tanpa aliran oksigen (gambar 6).



Gambar 2.6 : Pemberian ventilasi
Sumber : *American Heart Association* 2010

2.3 Faktor mempengaruhi BHD

2.3.1 Pengetahuan

1) Definisi

Pengetahuan (*Knowledge*) merupakan hasil tahu dan hal ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan adalah hal utama dalam pembentukan sikap dan perilaku (S. Notoatmodjo, 2010; Soekidjo Notoatmodjo, 2012). Pengetahuan merupakan proses mengingat yang dilakukan oleh seseorang dengan sengaja maupun tidak sengaja setelah melaksanakan kontak atau suatu interaksi pada objek tertentu yang menjadi perhatiannya (Mubarak & Chayatin, 2009). Berdasarkan dua pengertian bisa diartikan bahwa pengetahuan adalah hasil pengindraan dan proses mengingat sesuatu yang dilaksanakan berdasarkan pengalaman baik secara sengaja maupun tidak sengaja terhadap suatu objek.

2) Tingkatan dari Pengetahuan

Dalam (Soekidjo Notoatmodjo, 2012), pengetahuan terdapat 6 jenjang yaitu:

(1) Tahu (*know*)

Tahu merupakan proses mengulang kembali materi yang sudah diterima. Pengetahuan pada jenjang ini yaitu mengulang untuk ingat kembali akan suatu yang lebih detail dari semua materi.

(2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami adalah sebuah keadaan mampu untuk menyampaikan secara benar mengenai suatu objek yang diketahui, dan bisa menguraikannya.

(3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi adalah dimana seseorang mampu dalam memakai materi yang didapatinya pada keadaan riil.

(4) Analisis (*Analysis*)

Analisis merupakan dimana seseorang mampu dalam menerjemahkan suatu pelajaran kedalam komponen, namun tetap dalam lingkup susunan organisasi yang sama, juga tetap mempunyai kaitan dengan yang lainnya.

(5) Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis menunjuk pada keadaan seseorang dalam hal menyatukan bagian dalam satu keseluruhan untuk menjadikan hal baru.

(6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi adalah keahlian dalam melakukan pembenaran untuk satu pembelajaran atau objek. Penilaiannya dilakukan sesuai dengan kriteria yang sudah ditentukan.

3) Faktor yang memberikan pengaruh tingkat pengetahuan

(Budiman & Riyanto, 2013) menyatakan bahwa faktor-faktor yang memberikan pengaruh terhadap tingkat pengetahuan yaitu :

(1) Pendidikan

Pendidikan adalah pergantian perilaku, sikap individu dan kelompok sebagai suatu cara dalam mematangkan diri dengan proses pembelajaran juga proses pelatihan. Menurut (Sriningsih, 2011), dengan bertambahnya pendidikan, akan bertambah cepat pula dalam menerima dan mengerti akan informasi, dan akan tambah membaik pengetahuan orang tersebut.

(2) Informasi / media

Informasi adalah cara menyatukan dan menganalisis sesuatu dengan maksud dan tujuan khusus. Informasi bisa didapatkan melalui pendidikan baik secara formal dan tidak formal, serta bisa memberikan efek jangka pendek dan dapat membuat perubahan dan bertambahnya pengetahuan. Seiring bertambah canggihnya teknologi dan banyaknya media masa, maka semakin bisa mempengaruhi pengetahuan seluruh masyarakat yang ada.

Informasi dapat berdampak terhadap pengetahuan seseorang, apabila orang tersebut sering mendapatkan informasi tentang pembelajaran yang bisa dapat menjadikan bertambahnya pengetahuan dan wawasan yang dia miliki, sedangkan seseorang yang jarang menerima informasi tidak dapat bahkan tidak bisa menambah pengetahuan dan wawasannya.

(3) Sosial

Orang yang memiliki sosial budaya baik, biasanya memiliki pengetahuan yang baik. Namun jika orang tersebut memiliki sosial budaya yang kurang baik, biasanya pengetahuan orang tersebut kurang baik juga. Selain itu status ekonomi seseorang juga akan berpengaruh pada tingkat pengetahuan orang tersebut, karena orang yang mempunyai status ekonomi di bawah rata-rata, orang tersebut biasanya sulit dalam memenuhi fasilitas yang diperlukan untuk meningkatkan pengetahuannya.

Tradisi atau budaya yang dimiliki seseorang dan dilaksanakan tanpa proses pemikiran terlebih dahulu mengenai apakah yang dilaksanakannya itu baik atau buruk, akan dapat membuat bertambahnya pengetahuan orang tersebut walaupun ia tidak melakukannya.

(4) Lingkungan

Lingkungan merupakan keadaan yang dapat memberikan pengaruh pada pengetahuan individu, karena terjadinya suatu proses hubungan berbalasan maupun tidak. Lingkungan baik bisa membuat pengetahuan jadi membaik, namun apabila lingkungan tidak baik membuat pengetahuan juga kurang baik.

(5) Pengalaman

Pengalaman bisa di dapatkan melalui pengalaman sendiri atau orang lain. Pengalaman akan suatu masalah bisa menjadikan orang tersebut bisa menjadi tahu cara dalam menyelesaikan permasalahan tersebut, dan dapat dijadikan suatu pengetahuan jika suatu saat mengalami permasalahan yang sama.

(6) Usia

Usia merupakan umur seseorang yang dihitung dari dia lahir sampai berulang tahun. Semakin beranjak usia orang tersebut, pola pikir orang tersebut juga akan berkembang. Artinya pengetahuan yang diperoleh juga akan menjadi membaik dan meningkat. Kepercayaan masyarakat akan lebih diberikan kepada orang dewasa dibandingkan seseorang yang belum dewasa (Wawan & Dewi, 2011).

2.3.2 Pendidikan

Pendidikan menunjukkan suatu tingkatan intelegensi seseorang terhadap daya pikir orang tersebut. Semakin bertambah pendidikan seseorang maka banyak pula pengetahuan orang tersebut. Pendidikan merupakan faktor yang

dapat menentukan pengetahuan seseorang. Pendidikan itu sendiri merupakan proses untuk mengembangkan diri dan kepribadian seseorang, yang dilaksanakan dengan sadar juga rasa tanggung jawab, demi memperbaiki pengetahuan dan keterampilan agar dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya.

Seorang perawat yang berkualitas disebut dengan perawat profesional. Perawat berkualitas adalah seorang perawat yang dapat memberikan layanan yang benar, sesuai dan bisa diterima oleh orang yang diberikan layanan. Menurut Kelly dan Joel, (1995) pencapaian profesional itu disusun dengan cara pendidikan di dalam kelompok yang di dalamnya terdapat anggota yang ingin menjadi profesional. Perawat yang memiliki kualitas bisa terjadi apabila didirikan dengan berlandaskan tiga dasar, yaitu : *Evidence based, Quality of Practice dan Patient Safety*.

Negara Indonesia keperawatannya berpedoman pada Undang-undang no 20 tahun 2003 yaitu mengacu dengan tiga tahap : pendidikan vokasional, pendidikan akademik dan pendidikan profesi. Pendidikan keperawatan itu sendiri haruslah di kembangkan supaya dapat menciptakan lulusan yang bisa mempunyai sikap, pengetahuan juga keterampilan yang baik dan profesional, supaya bisa melaksanakan perannya sebagai seorang perawat profesional. Pelayanan yang optimal bisa didapatkan dari seorang perawat yang memiliki pendidikan tinggi.

Seorang perawat pada saat melaksanakan tugasnya sebagai tenaga kesehatan haruslah mempunyai pengetahuan dan pendidikan dalam hal bidang tertentu, oleh karena itu diperlukan suatu pendidikan yang cocok supaya dapat berjalan dengan profesional dan baik.

2.3.3 Pelatihan

Menurut (Widodo, 2015), pelatihan merupakan suatu upaya dalam proses pendidikan, yang diadakan oleh organisasi baik pemerintah atau organisasi swasta, untuk terpenuhinya kebutuhan dan pencapaian dari tujuan organisasi nya.

Pelatihan mempunyai tujuan dalam memperbaiki kinerja, memutakhirkan keahlian serta membantu pemecahan masalah. Pelatihan juga bermanfaat dalam meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya, mempermudah pencapaian standar kinerja, menciptakan sikap, loyalitas, kerja sama, serta peningkatan dan pengembangan pribadi (Sutrisno & Lee, 2011).

Menurut (Marquis & Huston, 2010), menyatakan bahwa pelatihan dan pendidikan adalah satu kesatuan yang sangat penting untuk pengembangan staf. Pihak rumah sakit khususnya bagian departemen pendidikan dan pelatihan punya tanggung jawab besar, untuk peningkatan pendidikan dan pelatihan staf di rumah sakit tersebut. Sebuah pelatihan biasanya dimulai dengan proses awal yaitu orientasi, dimana pada proses ini para staf akan diberikan informasi tentang pengetahuan dan organisasi juga harapan-harapan agar tercapai kinerja yang diinginkan.

Pelatihan memiliki tujuan agar dapat meningkatkan keterampilan dan psikomotor seseorang dan hal ini merupakan tujuan dari program sebuah pendidikan yang komprehensif. Selain itu, pelatihan juga memiliki tujuan untuk bisa memperbaiki suatu kinerja seseorang, agar terjadi suatu proses pembaharuan keahlian yang sesuai dengan kemajuan teknologi yang sudah ada saat ini (Ambar, 2009).

Perbaikan kinerja seseorang tidak cukup hanya dengan diadakannya proses pelatihan, namun diperlukan juga keinginan untuk berubah dari seseorang yang sudah mengikuti pelatihan tersebut. Proses berubah itu sendiri juga dipengaruhi oleh peranan dari seorang pemimpin, dimana pemimpin tersebut harus dapat mendorong pegawainya agar mampu atau dapat berubah ke sesuatu hal yang lebih baik. Pegawai yang sudah dikirim pelatihan sebaiknya harus dinilai bagaimana kinerja pegawai tersebut setelah mendapatkan pelatihan. Hal ini harus

dilaksanakan karena pada dasarnya pelatihan itu dilaksanakan agar dapat merubah kinerja orang tersebut (Ambar, 2009).

Menurut (El-Sharkasy, Shenouda, El-Shei, Gida, & El-Shahat, 2015), pelatihan pada pertolongan pertama yang dapat dilakukan meliputi pelatihan resusitasi jantung paru, luka dan perdarahan, penatalaksanaan syok serta tata laksana patah tulang. Pada penelitian yang berdasarkan dengan AHA pada 25 tahun yang lalu mendapatkan hasil bahwa 21% peserta yang mengikuti pelatihan RJP lebih baik pelaksanaan dilakukan segera setelah mereka melaksanakan pelatihan, dan hanya sekitar 9% yang dapat melakukan dengan baik setelah 3 bulan (Jäntti, 2010). Fenomena yang sering terjadi saat ini adalah rendahnya kemampuan seseorang bisa terjadi disebabkan karena kemampuan orang tersebut tidak dilatih bahkan tidak digunakan dalam waktu yang cukup lama (Novi *et al.*, 2012).

Kualitas dari suatu pelatihan juga bisa mempengaruhi belajar seseorang. Menurut Rose dan Nicholson, (2001), suatu retensi bisa mampu mengalami peningkatan dengan cara melakukan atau melaksanakan pengenalan pengujian selama proses pelatihan, dan memberikan jeda dari setiap sesi pelatihan. Pada penelitian ini dijelaskan juga bahwa peserta yang diuji selama pelaksanaan pelatihan akan dapat terus memperlihatkan performa yang lebih bagus dari pada mereka yang hanya menerima prestasi saja.

Pada saat pelatihan pengulangan jarak di setiap sesi pelatihan juga dapat terbukti mampu meningkatkan pengetahuan seseorang, namun jika interval tersebut tidak terlalu lama. Seperti penelitian yang sudah dilaksanakan oleh Stothard dan Nicholsan (2001), menerangkan bahwa pelatihan penyegaran bisa memberikan lebih banyak keuntungan dari pada pembelajaran biasa.

2.3.4 Pengalaman

Pengalaman adalah sesuatu yang sudah dijalankan bahkan dirasakan (S. Notoatmodjo, 2010). Pengalaman bisa dijadikan guru yang baik dalam memperoleh kebenaran. Pengalaman juga merupakan suatu memori saat menerima peristiwa yang dialami individu di waktu dan tempat tertentu (Syah, 2008).

Teori Benner menyatakan untuk menjadi perawat ahli harus bisa memperbanyak keterampilan serta mahir dalam merawat pasien. Benner membagi keahlian dalam 5 tingkatan *novice*, *advance beginner*, *competent*, *proficient* dan *expert*.

Perawat diharapkan telah berada pada tingkatan *competent* dimana pada tahap ini perawat telah mampu mempertimbangkan serta membuat perencanaan yang diperlukan untuk suatu situasi terkini yang akan datang. Tahap ini melambangkan perawat yang telah memiliki pekerjaan yang sama atau situasi yang sama selama 2 atau 3 tahun, berkembang ketika perawat mulai memandang tindakannya telah mencapai sasaran, atau secara sadar mempunyai rencana dalam tindakannya (Alligood, 2014).

2.3.5 Motivasi

Motivasi awalnya adalah kata motif yang artinya kekuatan dari dalam diri individu, dan bisa membuat individu tersebut berperilaku dan bertindak (Uno, 2011). Motivasi artinya mendorong atau berbuat atau beraksi (Sunaryo, 2004). Motivasi dilihat sebagai dorongan mental yang dapat menggerakkan perilaku seseorang, misalnya keinginan belajar (Dimiyati, 2006). Motivasi merupakan perasaan yang sangat mempengaruhi keinginan individu, dalam berperilaku bahkan bertindak (Badrudin, 2013).

Dari semua pernyataan diatas dapat diartikan motivasi adalah dorongan atau kekuatan yang menggerakkan dan mempengaruhi seseorang untuk berperilaku dan bertindak untuk mencapai sebuah tujuan yang diinginkan oleh individu.

a) Komponen Motivasi

Terdapat 3 bagian utama pada motivasi (Dimiyati, 2006) antara lain :

1) Kebutuhan

Kebutuhan merupakan sesuatu yang dibutuhkan seseorang untuk pemenuhan hidupnya. Kebutuhan dapat terjadi apabila seorang individu merasakan adanya suatu ketidakseimbangan antara yang ia miliki dengan apa yang diharapkan. Contohnya : peserta didik merasa jika hasil belajarnya rendah, tapi dia mempunyai modul atau buku yang lengkap. Dalam hal ini peserta didik akan mengganti cara-cara belajar yang sudah dia lakukan selama ini.

2) Dorongan

Dorongan adalah suatu keinginan atau kekuatan mental untuk menjalankan suatu kegiatan sebagai bentuk upaya atau cara memenuhi harapan atau keinginan. Dorongan adalah kekuatan mental seseorang, yang berfokus pada keinginan dalam memenuhi tujuan.

3) Tujuan

Tujuan adalah sesuatu yang didapatkan oleh individu. Tujuan tersebut berarah pada perilaku, dalam hal ini adalah perilaku belajar.

b) Jenis Motivasi

Motivasi ada 2 jenis yaitu motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik (Uno, 2011).

(1) Motivasi Intrinsik

Motivasi yang muncul dari dalam diri contohnya minat, bakat, maupun intelegensi.

(2) Motivasi Ekstrinsik

Motivasi yang awalnya tidak berasal dari dalam diri sendiri. Motivasi ekstrinsik juga bisa berupa sesuatu semangat, pujian dan nasehat guru, orang tua, saudara maupun teman yang didapatkan oleh orang sekitarnya.

2.3.6 Sikap

1) Pengertian Sikap

Mekanisme dalam hal menilai, pandangan, bahkan tentang perasaan dan terkadang dapat menentukan perilaku individu pada manusia lainnya. Sikap yang muncul tidak hanya dari situasi objek yang dihadapi, tetapi ada kaitannya juga dengan pengalaman yang lalu dan saat ini (Azwar, 2011).

2) Ciri-ciri sikap

Ciri-ciri sikap (S. Notoatmodjo, 2003) adalah :

- a. Sikap tidak ada sejak lahir, tapi sikap dimulai dari tahap perkembangannya.
- b. Sikap bisa berubah, karena sikap bisa dipelajari.
- c. Sikap tidak bisa sendiri, karena sikap memiliki ikatan tertentu terhadap suatu objek.
- d. Objek sikap yaitu suatu kejadian tertentu, namun juga bisa berupa kumpulan dari kejadian-kejadian tersebut.
- e. Sikap memiliki segi perasaan, sifat alamiah yang hanya bisa menunjukkan perbedaan sikap dan kemampuan pengetahuan seseorang.

3) Tingkatan Sikap

Menurut (Wawan & Dewi, 2011), sikap ada berbagai jenjang yaitu

a. Menerima

Dalam hal ini orang mau menerima rangsangan yang diberikan (objek).

b. Merespons

Apabila orang tersebut ditanya, dia akan langsung memberikan jawaban, menjalankan tugas yang diserahkan kepadanya adalah merupakan suatu sikap, karena dengan menjawab pertanyaan atau menjalankan tugas yang diserahkan adalah suatu indikasi dari sikap seseorang dalam merespons.

c. Menghargai

Membujuk seseorang untuk melaksanakan atau berdiskusi akan suatu masalah merupakan tingkatan sikap ketiga.

d. Bertanggung jawab

Memiliki kewajiban untuk sesuatu yang sudah dipilih akan suatu resiko termasuk sikap yang paling tinggi.

2.3.7 Kesiediaan

Kesiediaan merupakan kerelaan dan kesiapan dalam melaksanakan suatu tindakan sesuai kapasitas agar bisa membereskan tindakan yang akan dilakukan (Cheng-Yu et al., 2016). Kesiediaan juga merupakan suatu proses kesanggupan seseorang dalam melakukan suatu hal tertentu, yang sesuai dengan peraturan yang ada baik secara tertulis ataupun tidak tertulis (KBBI, 2008).

Menurut AHA (2015) menjelaskan bahwa orang yang terlatih melakukan tindakan RJP akan mempunyai kesiediaan yang lebih besar untuk melakukan RJP pada pasien dengan henti jantung dibandingkan dengan orang yang belum terlatih untuk melakukan tindakan tersebut. (Hamasu et al., 2009) menjelaskan bahwa

pelatihan yang dilaksanakan oleh seseorang dapat memberikan dampak peningkatan pengetahuan dan keterampilan seseorang dalam melakukan tindakan CPR.

2.4 Konsep Perawat

2.4.1 Definisi Perawat

Perawat adalah sebuah profesi yang memiliki fokus pada perawatan individu maupun komunitas dalam menjaga, dan menyembuhkan serta mencapai kesehatan tubuh baik fisik maupun mental secara optimal (Craven & Jensen, 2013). Pada undang-undang Keperawatan No 38 tahun 2014 menyatakan perawat merupakan orang yang sudah menjalani pendidikan tinggi di bagian keperawatan, berasal dari lulusan dalam negeri maupun dari luar negeri. Perawat bagian terbesar dalam unit pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit sehingga adanya perubahan kualitas pelayanan serta proses asuhan keperawatan dapat berefek signifikan terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien khususnya pada penatalaksanaan kegawatdaruratan kardiovaskular (Freitas, Silva, Minamisava, Bezerra, & Sousa, 2014).

2.4.2 Peran dan Fungsi Perawat

Adapun perawat mempunyai peran di antara lain yaitu (Craven & Jensen, 2013) :

1) Pemberi Asuhan Keperawatan

Perawat dapat membantu pasien mengembalikan kesehatannya dengan cara pemberian asuhan keperawatan yang diberikan dalam mencapai kesehatan yang optimal. Perawat memiliki fokus pada kebutuhan yang diperlukan untuk kesehatan pasien secara holistik seperti upaya untuk mengembalikan kesehatan fisik maupun mental (Craven & Jensen, 2013).

2) Pengambil Keputusan Klinis

Pada saat memberikan perawatan kepada seorang pasien, perawat haruslah mampu mengambil keputusan yang tepat untuk mencapai suatu perawatan yang berkualitas. Perawat harus bisa dan mampu berkolaborasi dengan pasien, keluarga pasien serta tim medis lainnya dalam mengambil suatu keputusan bersama (Craven & Jensen, 2013).

3) Advokat Pasien

Perawat harus dapat memberikan dan menjaga lingkungan yang *safety* untuk pasien, serta dapat melakukan langkah pencegahan dini supaya tidak munculnya kecelakaan ataupun efek samping oleh pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Perawat memberikan perlindungan hak pasien secara hukum dan memfasilitasi pasien dalam mengemukakan hak mereka (Craven & Jensen, 2013).

4) Manajer Kasus

Sebagai seorang manajer, perawat haruslah berkoordinasi dengan sesama profesi serta dapat bertanggung jawab terhadap suatu ruangan yang dipimpinnya agar dapat melaksanakan asuhan keperawatan yang berkualitas. Ketika terdapat suatu kasus, perawat berkoordinasi dengan tim medis lainnya dalam mengatasi permasalahan yang ada (Craven & Jensen, 2013).

5) Pemberi Rehabilitasi

Perawat menolong pasien agar dapat menyesuaikan diri atas kondisi sakit hingga sampai proses pemulihan, baik pemulihan secara fisik dan mental. Sering kali pasien menderita permasalahan fisik serta mental yang dapat mengganggu kehidupan sehingga seorang perawat harus mampu membantu pasien untuk beradaptasi semaksimal mungkin (Craven & Jensen, 2013).

6) Pemberi Kenyamanan

Dalam merawat pasien, perawat haruslah dapat memberikan kenyamanan, baik secara fisik maupun mental secara utuh. Asuhan keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat harus berfokus pada bio, psiko, sosio dan kultural sehingga tidak hanya fisiknya yang teratasi, bahkan permasalahan mental serta sosial dapat di atasi (Craven & Jensen, 2013).

7) Komunikator

Perawat sebagai seorang komunikator harus bisa mampu berkomunikasi baik dengan pasien, keluarga pasien baik tim medis lainnya. Kualitas komunikasi yang baik akan menentukan dalam mengatasi permasalahan yang ada pada pasien (Craven & Jensen, 2013).

8) Penyuluh dan Pendidik

Perawat bisa juga memberikan penyuluhan terkait dengan hal atau keadaan penyakit yang di derita oleh pasien baik dari penjelasan akan penyakit hingga nutrisi yang diperlukan oleh pasien dalam proses perawatan yang diberikan (Craven & Jensen, 2013).

9) Panutan

Perawat haruslah bisa menjadi contoh teladan serta dapat memberikan contoh yang baik kepada pasien, keluarga pasien serta sesama profesi maupun dengan tim medis lainnya. Perawat sebagai *role model* diharapkan dapat menjadi seorang panutan dalam berperilaku hidup yang sehat (Craven & Jensen, 2013).

10) Peneliti

Perawat bisa menjadi seorang peneliti dimana perawat tersebut haruslah dapat mengidentifikasi permasalahan yang ada, sehingga dapat melakukan penelitian serta menggunakan hasil *research* dalam peningkatan kualitas perawatan, pelayanan serta *nursing* edukasi (Craven & Jensen, 2013).

11) Kolaborator

Dalam memberikan sebuah asuhan keperawatan, seorang perawat dapat berkolaborasi dengan tenaga medis lain dalam merancang suatu rencana keperawatan pada pasien maupun keputusan yang diambil bersama dengan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan yang lain (Craven & Jensen, 2013).

Fungsi perawat dapat dikategorikan menjadi 3 fungsi yaitu

(1) Fungsi Independen

Fungsi independen adalah fungsi yang tidak terkait dengan profesi medis lain dimana perawat memberikan asuhan keperawatannya secara independen dalam memberikan intervensi kepada pasien (Craven & Jensen, 2013).

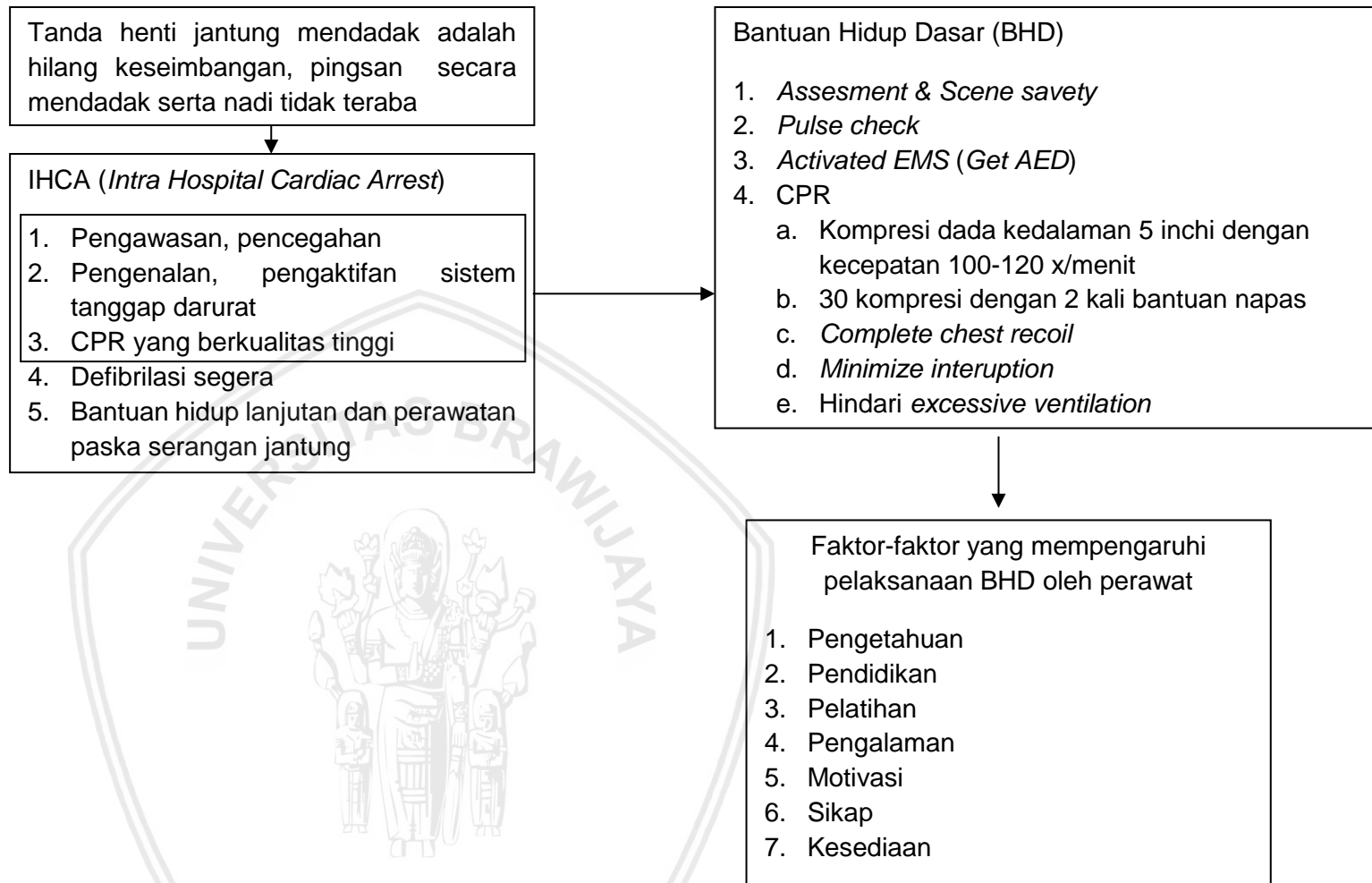
(2) Fungsi dependen

Fungsi dependen adalah fungsi perawat dalam melakukan tindakan medis ke pasien atas arahan maupun delegasi dari tim medis lain maupun sesama profesi (Craven & Jensen, 2013).

(3) Fungsi Interdependen

Fungsi yang dijalankan pada satu tim yang memiliki saling keterkaitan antara satu dengan yang lain (Craven & Jensen, 2013).

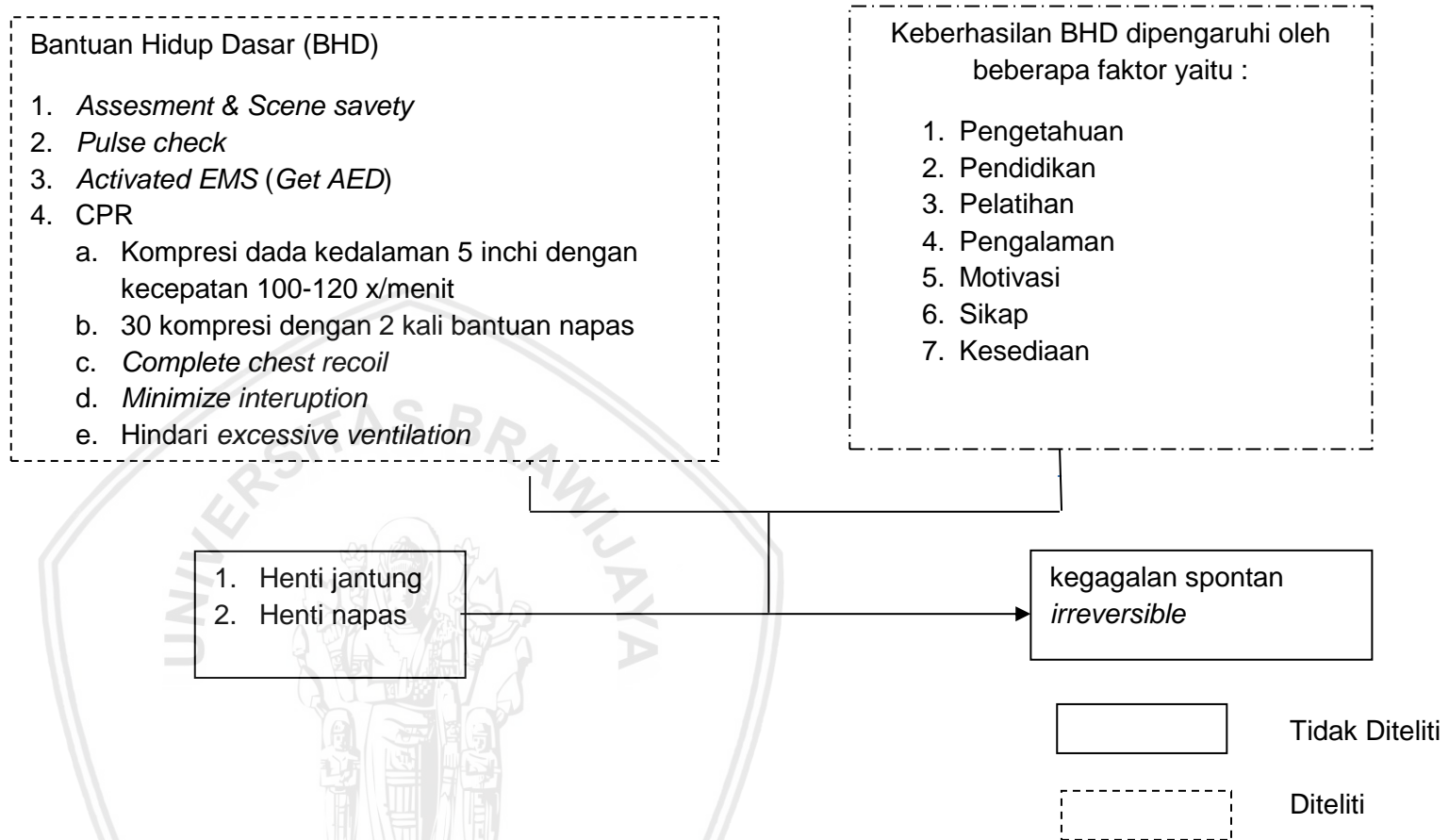
2. 5 Kerangka Teori



BAB 3

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep (Noetoatmodjo 2003; Oemar, 2004; AHA 2015)

3.2 Penjelasan Kerangka Konsep

BHD atau BLS merupakan suatu tindakan pemberian kompresi dada dan bantuan nafas yang memiliki maksud untuk mempertahankan, mengembalikan fungsi organ pada pasien dengan henti jantung atau henti nafas. Kejadian henti jantung merupakan salah satu kondisi kegawatdaruratan yang banyak terjadi diluar rumah sakit (Hardisman & Pertiwi, 2014). Pelaksanaan bantuan hidup dasar dipengaruhi oleh pengetahuan, keterampilan, sikap dan kesediaan.

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil tahu dan hal ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. (Soekidjo Notoatmodjo, 2012). Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor internal misalnya pendidikan, pekerjaan, umur dan faktor eksternal misalnya faktor lingkungan dan sosial budaya (Budiman & Riyanto, 2013). Pengetahuan terhadap kegawatdaruratan meliputi mengetahui konsep BHD yang terdiri dari definisi, indikasi dilakukan RJP, penatalaksanaan RJP, dan penghentian RJP. Pengetahuan ini penting untuk diketahui oleh tenaga medis dalam menentukan sikap selanjutnya dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan.

Sikap merupakan mekanisme dalam hal menilai, pandangan, bahkan tentang perasaan dan terkadang dapat menentukan perilaku individu pada manusia lainnya. Sikap yang muncul tidak hanya dari situasi objek yang dihadapi, tetapi ada kaitannya juga dengan pengalaman yang lalu dan saat ini (Azwar, 2011). Sikap dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan meliputi menerima, merespons, menghargai, dan bertanggung jawab. Keempat komponen pada sikap ini mempengaruhi secara langsung pengambilan sikap seorang perawat dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan.

Kesediaan merupakan kerelaan dan kesiapan dalam melaksanakan suatu tindakan berdasarkan kemampuan yang dimiliki, agar bisa menyelesaikan tindakan yang akan dilakukan (Cheng-Yu *et al.*, 2016). Kesediaan juga merupakan

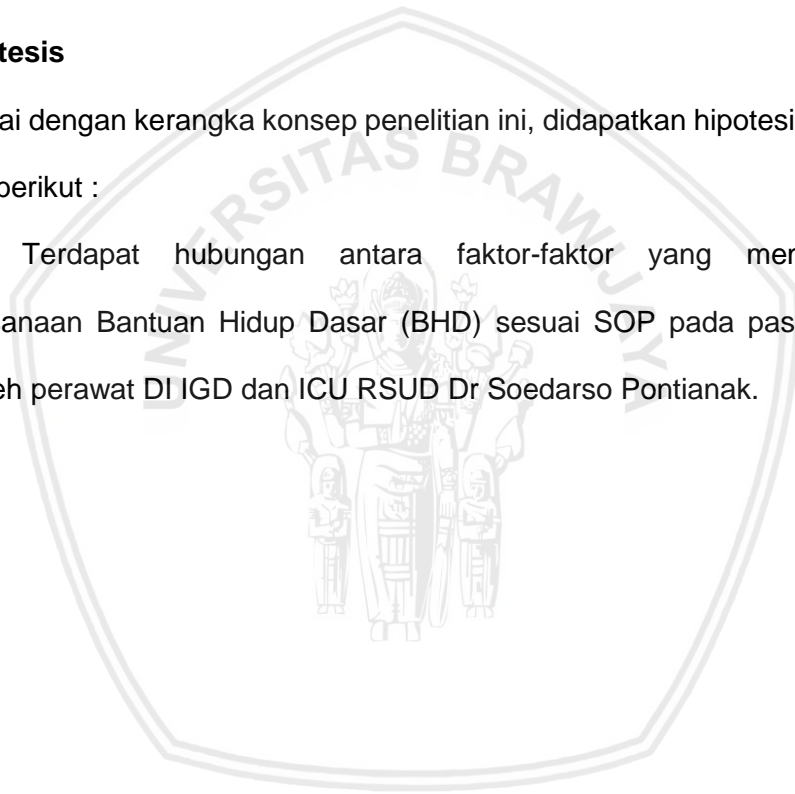
suatu proses kesanggupan seseorang dalam melakukan suatu hal tertentu, yang sesuai dengan peraturan yang ada baik secara tertulis ataupun tidak tertulis (KBBI, 2008).

Faktor-faktor di atas dapat mempengaruhi tujuan utama pelaksanaan BHD. Adapun tujuan utama dilakukannya BHD pada pasien henti jantung adalah untuk mengembalikan sirkulasi tubuh (ROSC), sehingga dapat meningkatkan angka *survival* pada pasien henti jantung mendadak.

3.3 Hipotesis

Sesuai dengan kerangka konsep penelitian ini, didapatkan hipotesis penelitian sebagai berikut :

Ha : Terdapat hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi keterlaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) sesuai SOP pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat DI IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak.



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian yang bersifat *descriptive analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat hubungan antara dua variabel atau lebih tanpa melakukan perubahan. Penelitian ini dilaksanakan dengan pengambilan data sekaligus dalam satu saat. Pada penelitian ini dilakukan pengukuran pada variabel independen yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi keterlaksanaan BHD pada pasien *cardiac arrest* yaitu pengetahuan, pendidikan, pelatihan, pengalaman, motivasi, sikap, dan kesediaan. Selanjutnya melakukan penilaian variabel dependen yaitu pelaksanaan BHD atau resusitasi jantung paru oleh perawat pada pasien *cardiac arrest* di IGD dan ICU RSUD DR Soedarso Pontianak.

4.2 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah semua perawat yang bekerja di IGD dan ICU RSUD DR Soedarso Pontianak yaitu sebanyak 64 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah perawat yang bekerja di IGD dan ICU RSUD DR. Soedarso Pontianak sebanyak 56 orang perawat. Teknik sampling yang digunakan adalah purposive sampling.

1. Kriteria Inklusi
 - a. Perawat yang bekerja di IGD dan ICU.
 - b. Perawat yang bersedia menjadi sampel penelitian dengan menandatangani inform consent.

2. Kriteria Eksklusi

- a. Perawat yang bekerja di IGD tapi sedang cuti.
- b. Perawat yang sedang melakukan tugas belajar.



4.3 Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Tabel 4.1 variabel, definisi operasional dan skala pengukuran

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Hasil ukur	Skala data
Pengetahuan	Segala sesuatu yang didapatkan atau bahkan dikembangkan oleh responden tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) sesuai dengan panduan AHA 2010	Kuesioner Pengetahuan tentang BHD berdasarkan konsep BLS AHA : 1. Indikasi dilakukan BHD 2. Tujuan BHD 3. Algoritma BHD 4. Cara melakukan BHD 5. <i>High Quality</i> CPR yang terdiri dari : c. <i>Hand Placement</i> d. <i>Adequate Rate</i> e. <i>Adequate Deep</i> f. <i>Complate chest recoil</i> g. <i>Minimal intrusion</i> h. <i>adequate ventilation</i>	Angket penelitian (kuesioner) - Benar = 1 - Salah = 0	Skor nilai 0-20	Interval
Pengalaman	Lama kerja responden di ruang gawat darurat atau ICU yang diperhitungkan sejak masuk sampai saat ini	Menggunakan kuesioner dengan pernyataan mengisi <i>check list</i>	1. < 2 tahun 2. > 2 tahun	Dalam tahun	Rasio
Sikap perawat dalam melaksanakan bantuan hidup dasar	Merupakan evaluasi akan objek sikap yang dituangkan ke dalam proses kognitif, afektif (emosi) dan perilaku dalam melaksanakan BHD	Terdiri dari 6 item pernyataan sikap perawat saat melakukan BHD yaitu:	- Ya = 1 - Tidak = 0	0-6	interval

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan perawat saat mendapat pasien henti jantung 2. Persiapan diri perawat 3. Penjelasan perawat pada keluarga 4. Perasaan empati perawat terhadap pasien 			
Kesediaan	Kesiapan perawat dalam melakukan tindakan BHD	<p>Terdiri dari 8 pernyataan tentang kesediaan melaksanakan BHD yaitu kesediaan melakukan CPR apabila pasiennya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anak kecil 2. Orang tua 3. Teman dekat 4. Anggota keluarga sendiri 5. Berbeda jenis kelamin 6. Gelandangan 	<ul style="list-style-type: none"> - tidak =0 - mungkin iya= 1 - iya = 2 	0-24	Interval
Pelatihan	Serangkaian kegiatan yang berkaitan dengan BHD/BLS yang pernah diikuti	Menggunakan kuesioner dengan pernyataan mengisi <i>check list</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelatihan BHD 	1-4	Ordinal

			<ul style="list-style-type: none"> 2. Pelatihan PPGD/ BTCLS 3. Pelatihan ACLS 4. Pelatihan ATLS 		
Pendidikan	Serangkaian tingkat pendidikan yang dilalui	Menggunakan kuesioner dengan pernyataan mengisi <i>check list</i>	<ul style="list-style-type: none"> 1. D3 2. S1 Ners 	1-2	Ordinal
Motivasi	Dorongan melakukan sesuatu tindakan	<p>Responden benar-benar memahami management <i>cardiac arrest</i></p> <p>Responden tahu untung dan ruginya sebelum melakukan BHD</p> <p>Responden mampu melakukan BHD sesuai algoritma</p> <p>Responden mau belajar agar dapat melaksanakan BHD yang berkualitas</p>	<p>Sangat setuju = 5</p> <p>Setuju = 4</p> <p>Ragu-ragu =3</p> <p>Tidak setuju =2</p> <p>Sangat tidak setuju =1</p>	11-55	Interval
Pelaksanaan BHD atau	Kemampuan melaksanakan prosedur resusitasi jantung paru oleh perawat diukur saat perawat melakukan BHD	Algoritme BLS AHA	SOP menggunakan skala likert	0-14	Interval

resusitasi jantung paru	dan pengukuran dilakukan dengan dibantu oleh enumerator yang sudah memiliki lisensi sebagai instruktur keawatdaruratan	yang terdiri dari yaitu : cek respon, buka jalan nafas, <i>Assesment & Scene safety</i> , pulse check, EMS dan CPR, bantuan dihentikan jika tidak ada tanda keberhasilan	- Tidak dilakukan = 0 - Dilakukan tidak sempurna = 1 - Dilakukan sempurna = 2
----------------------------	---	---	---



4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Dr Soedarso Pontianak pada tanggal 21 Desember – 1 Januari 2019.

4.5 Teknik pengumpulan data

Data yang digunakan pada penelitian menggunakan data primer dan sekunder. Data primer pada penelitian ini yaitu lembar kuesioner yang berisi tentang pertanyaan tentang pengetahuan, motivasi, sikap dan kesediaan perawat, sedangkan data sekunder pada penelitian ini adalah jenis kelamin, pelatihan gawat darurat dan pendidikan.

4.6 Alat pengumpulan data

Alat pengumpulan data yang digunakan adalah kuisisioner yang berisi 2 komponen (1) berisi karakteristik responden, pendidikan, pengalaman dan pelatihan dan komponen (2) berisi tentang pengetahuan BHD sesuai dengan kuisisioner dari AHA (*American Heart Association*) dan kombinasi pertanyaan dari yang digunakan HIPGABI KALBAR saat *pre-test* pelatihan BTCLS dan pernyataan tentang keterampilan, sikap, motivasi, dan pengalaman perawat saat mendapatkan pasien dan harus melakukan BHD serta SOP pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD).

4.7 Uji validitas dan Reliabilitas

Untuk menguji tingkat validitas *instrument* dalam penelitian ini dilakukan pengujian tehnik korelasi yang dipakai adalah *Product-Moment* dengan rumus sebagai berikut :

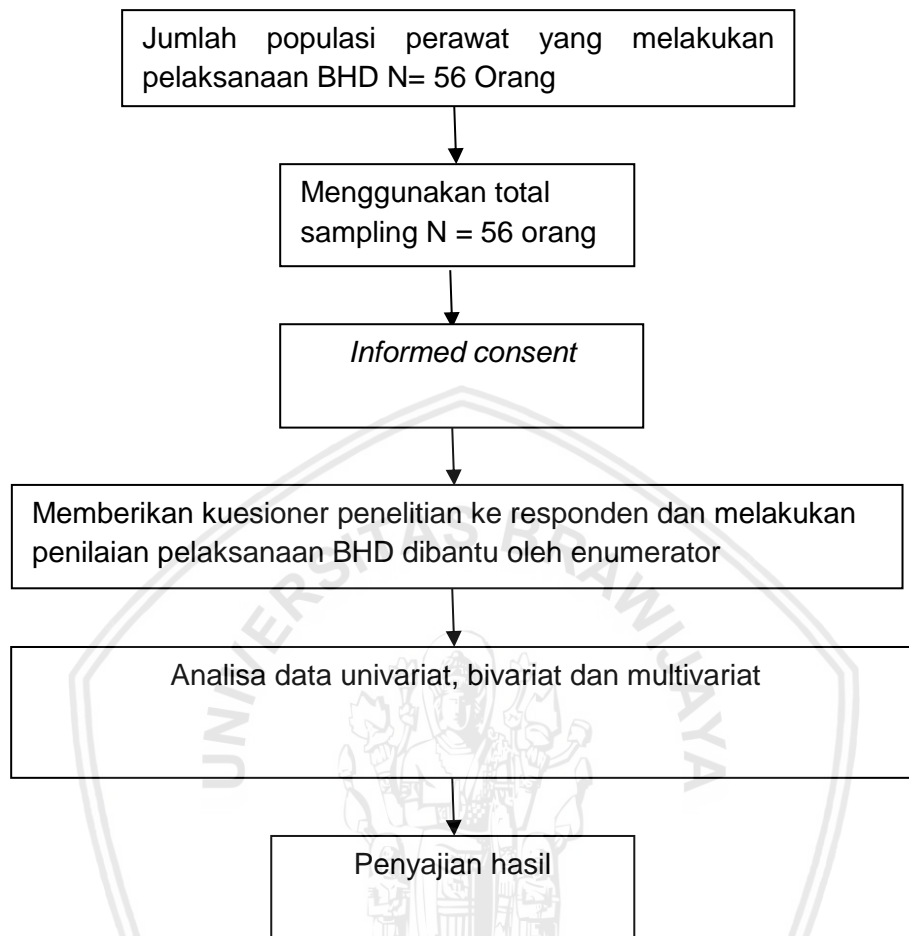
$$r_{hitung} = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n.\sum X^2 - (\sum X)^2].[n.\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Setelah diketahui nilai r_{hitung} maka akan dilihat r tabel. Berdasarkan tingkat signifikansi 0,05, bila r hitung lebih besar dari r tabel maka instrumen dinyatakan

valid, namun bila r hitung lebih kecil dari r tabel maka instrument dinyatakan tidak valid. Pada penelitian ini, semua kuisisioner yang digunakan sudah valid dimana nilai r hitung dari semua kuisisioner lebih besar dari r tabel (0,632). Untuk nilai reliabilitas dari masing-masing kuisisioner didapatkan hasil yaitu : untuk kuisisioner sikap dengan 6 item pernyataan didapatkan nilai alpha cronbatch = 0,972, pada kuisisioner pengetahuan dengan 20 item pertanyaan didapatkan nilai alpha cronbatch = 0,986, pada kuisisioner motivasi didapatkan nilai alpha *cronbatch* = 0,962, sedangkan untuk kuisisioner kesediaan didapatkan nilai alpha *cronbatch* = 0,984.



4.8 Alur Penelitian



Gambar 4.1 Skema alur penelitian.

4.9 Pengolahan Data dan Analisis Data

4.9.1 Pengolahan Data

Pada saat data semua sudah terkumpul dilanjutkan pengolahan data sebagai berikut (Nursalam, 2015), langkah-langkah teknik pengolahan data yaitu:

- 1) *Editing*. Instrumen yang sudah dipakai pada penelitian dilakukan pemeriksaan apakah kuesioner tersebut sudah diisi responden atau belum.
- 2) *Coding*. Data yang sudah dilakukan penilaian kemudian diberikan kode yang berbentuk angka.

- 3) *Processing/Entry*. Data yang sudah diberikan kode kemudian dimasukkan ke program komputer.
- 4) *Cleaning*. Suatu tata yang sudah di masukkan dan sudah diperiksa kembali sesuai data yang diperoleh pada kuesioner apakah sudah benar atau belum.

4.9.2 Analisis Data

1) Analisis Univariat.

Analisis univariat menerangkan karakteristik dari setiap variabel penelitian. Analisis univariat pada penelitian ini yaitu tingkat pengetahuan perawat, sikap, dan kesediaan sedangkan jenis responden antara lain usia, jenis kelamin, dan jenis pelatihan seperti BTCLS, PPGD yang diikuti.

2) Analisis Bivariat.

Analisis bivariat dipakai untuk melihat apakah ada hubungan maupun pengaruh antara variabel independen dan dependen (Dahlan, 2016). Adapun setiap variabel penelitian dilakukan uji spearman rank dikarenakan data yang di dapat tidak berdistribusi normal.

3) Analisis Multivariat.

Analisis multivariat yang dipakai adalah regresi linear ganda karena variabel dependen pada penelitian ini bersifat numerik dan variabel independent nya lebih dari 1. Tahapan yang dilakukan terhadap uji ini dengan pemodelan multivariat adalah sebagai berikut :

a) Seleksi kandidat

Variabel kandidat dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat ketika hasil uji bivariat mempunyai nilai $p < 0.025$ atau bisa juga $p \text{ value} > 0.25$ tetap diikutkan ke dalam multivariat ketika variabel tersebut secara substansi dianggap penting.

b) Pemodelan multivariat

Memasukkan semua variabel yang bisa masuk dan mengeluarkan variabel yang tidak mempunyai makna. Dalam hal ini tetap menahan variabel independen yang mempunyai $p \text{ value} \leq 0.05$ dan mengeluarkan variabel yang $p \text{ value}$ nya > 0.05 .

c) Uji Asumsi

Menilai asumsi atau syarat pada regresi linear antara lain asumsi normalitas, independensi, multikolinearitas, linearitas dan heteroskesiditas.

4.10 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan berdasarkan persetujuan dari komisi etik dengan bukti surat keterangan kelaikan etik dimana mempertimbangkan beberapa prinsip etik sebagai berikut :

Peneliti datang ke ruangan IGD dan ICU untuk menemui kepala ruangan untuk meminta izin melakukan penelitian, setelah itu peneliti menemui calon responden (perawat) dan memperkenalkan diri juga menjelaskan maksud dan tujuan penelitian ini dilakukan. Peneliti meminta izin kepada responden sebanyak 30 perawat di IGD dan 26 perawat di ICU untuk melakukan penelitian dan menandatangani *informed consent* sebagai persetujuan menjadi responden.

Prosedur yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan prosedur yang sudah standar dilakukan terhadap setiap perawat yang bekerja di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak. Sehingga tidak merugikan bagi pasien. Pada etika medis juga menjelaskan apabila seorang responden mengikuti suatu riset, maka sudah menjadi tugas peneliti untuk dapat mengurangi risiko dibandingkan dengan keuntungan dari penelitian tersebut. Selain itu peneliti juga harus bisa menjaga kesejahteraan subjek penelitian dan menentang kesengajaan yang dapat merugikan subjek penelitian.

Peneliti bersikap adil kepada semua responden penelitian dan harus bisa memiliki prinsip terbuka pada semua responden penelitian. Seluruh responden harus diperlakukan sama sesuai dengan prosedur penelitian.

Peneliti menjamin bahwa seluruh informasi yang didapatkan tidak dilaporkan dengan tidak bertanggung jawab supaya orang lain yang bukan peneliti tidak bisa mengetahui identitas responden yang terlibat dalam penelitian. Peneliti menyamarkan identitas responden pada penelitian. Identitas responden diganti dengan diberikan kode di data sebagai pengganti nama perawat.



BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

5.1 Denah Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soedarso Pontianak adalah salah satu rumah sakit pendidikan tipe B dengan surat keputusan Menteri kesehatan RI No.HK.03.05/3970/09 tanggal 8 Oktober 2009 yang dikelola oleh pemerintah Provinsi Kalimantan Barat. RSUD Dr Soedarso Pontianak didirikan pada tahun anggaran 1969/1970 dengan nama Rumah Sakit Umum Provinsi Sungai Raya kemudian namanya diganti nama menjadi Rumah Sakit Dokter Soedarso sejak 28 Oktober 1976 dan diresmikan pada tanggal 24 November 1976. SK Menteri kesehatan RSUD Dr. Soedarso Pontianak menjadi salah satu RS rujukan nasional untuk rumah sakit yang ada di seluruh Provinsi Kalimantan Barat.

Sebelum memulai pelaksanaan penelitian, peneliti melakukan pengajuan surat kelayakan etik ke Poltekkes Kemenkes Pontianak. Setelah itu peneliti mengajukan surat ijin penelitian beserta surat kelayakan etik yang sudah di keluarkan oleh bagian etik Poltekkes terlebih dahulu ke bagian seksi pendidikan dan penelitian RSUD Dr soedarso terkait proposal penelitian yang diajukan. Setelah mendapat surat balasan ijin penelitian, peneliti memulai penelitian ke ruangan IGD dan ICU RSUD Dr. Soedarso Pontianak.

5.2 Analisis Univariat

Analisis univariat pada penelitian ini mendapatkan hasil dan menerangkan tentang karakteristik responden seperti usia, jenis kelamin, pengetahuan, pendidikan, pelatihan, pengalaman, motivasi, sikap, dan kesediaan. Data numerik (motivasi, sikap, pengetahuan, kesediaan, dan pelaksanaan BHD) dianalisis menggunakan nilai mean, median, minimum, dan maksimum. Data kategorik (usia,

jenis kelamin, pendidikan, dan pelatihan) dianalisis dengan menghitung distribusi frekuensinya.

5.2.1 Variabel Independent

Tabel 5.1 Sebaran responden menurut motivasi, sikap, pengetahuan, kesediaan, dan pelaksanaan BHD, (n=56)

Variabel	Median	Min-Maks
Motivasi	50	35-57
Pengetahuan	17	15-20
Sikap	5	4-6
Kesediaan	15	14-16

Sumber: Data primer (2019)

Berdasarkan tabel 5.1 didapatkan hasil bahwa motivasi, pengetahuan, sikap dan kesediaan perawat terhadap pelaksanaan BHD bisa dikatakan bagus dengan hasil skor yang ditunjukkan pada tabel diatas dengan nilai median yang skornya mendekati nilai maksimal.

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, usia, (n=56)

Karakteristik	Kategori	Frekuensi	Persentase %
Jenis Kelamin	Laki-laki	28	50
	Perempuan	28	50
Usia	<40 tahun	38	67.9
	>40 tahun	18	32.1

Sumber: Data primer (2019)

Berdasarkan tabel 5.2 didapatkan hasil bahwa pada penelitian ini responden antara laki laki dan perempuan jumlah nya sama. Sedangkan untuk tingkat usia dri responden bervariasi namun lebih banyak responden yang berusia < 40 tahun.

Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan pelatihan, pengalaman dan pendidikan (n=56)

Karakteristik	Kategori	Frekuensi	Persentase %
Pelatihan	Tidak ada	8	14.3.
	BHD	31	55.4
	BTCLS/PPGD	13	23.2
	ACLS	3	5.3
	ATLS	1	1.8
Pengalaman	< 2 Tahun	7	12.5
	> 2 Tahun	49	87.5
Pendidikan	DIII	44	78.6
	S1 + Ners	12	21.4

Sumber: Data primer (2019)

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan data bahwa sebagian responden ada yang belum pernah mengikuti pelatihan sama sekali, namun lebih dari setengah responden sudah memiliki kompetensi walaupun dengan kompetensi pelatihan yang berbeda beda. Pada tingkat pendidikan menunjukkan sebagian besar responden masih berpendidikan DIII keperawatan dan hanya 12 orang saja yang S1 keperawatan+Ners.

5.2.2 Variabel Dependen

Tabel 5.4 Distribusi responden menurut pelaksanaan BHD (n=56)

Variabel	Mean \pm SD	95%CI
Pelaksanaan BHD	11.86 \pm 1.65	11.41-12.30

Sumber: Data primer (2019)

Berdasarkan tabel 5.4 mendapatkan nilai rata-rata skor pelaksanaan adalah 11,86 dengan standar deviasi 1,65 dan 95% diyakini rata-rata skor pelaksanaan BHD di antara 11.41 – 12.30. Untuk skor yang didapatkan responden dengan nilai terendah yang didapatkan yaitu 8 dan skor tertinggi 14.

5.2.3 Uji Normalitas Data dan Linearitas Data

Uji normalitas dilaksanakan guna menentukan jenis analisis korelasi apa yang akan dipakai, dengan *Pearson* atau *Spearman* dan melihat nilai *Kolmogorov Smirnov* ($p > 0,05$). Untuk uji linearitas dilaksanakan guna memenuhi syarat uji korelasi antara variabel independen dan variabel dependen yang dapat dilihat dari nilai p pada *deviation from linearity* uji ANOVA ($p > 0,05$). Berdasarkan hasil uji normalitas data, pada variabel independen (motivasi, pengetahuan, sikap, kesediaan, dan pelaksanaan BHD) didapatkan hasil bahwa data tidak berdistribusi normal. Adapun nilai p pada masing-masing variabel adalah motivasi perawat terhadap pelaksanaan BHD (0,000), pengetahuan terhadap pelaksanaan BHD (0,001), sikap (0,000), kesediaan (0,000). Sedangkan pada variabel dependen (pelaksanaan BHD) data juga tidak berdistribusi normal dengan nilai $p=0,000$. Uji linearitas seluruh variabel pada variabel independen dan dependen memenuhi syarat linearitas yaitu nilai $p > 0,05$ dengan nilai masing-masing variabel antara lain: pengetahuan (0,000), motivasi (0,030), kesediaan (0,011), dan sikap (0,227).

5.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan pada penelitian ini adalah uji korelasi *Spearman* dengan tujuan untuk mengetahui apakah ada hubungan variabel independen yaitu faktor-faktor yang terdiri dari pengetahuan, pelatihan, pendidikan, pengalaman, kesediaan, sikap, dan motivasi terhadap variabel dependen pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak. Adapun hasil total analisis dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

5.3.1 Hubungan Pengetahuan Terhadap Pelaksanaan BHD

Tabel 5.5 Hubungan pengetahuan terhadap pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56)

	Pelaksanaan BHD
Pengetahuan	r = 0,824
	p = 0,000*

*signifikansi pada p value <0,05

Hasil uji statistik berdasarkan tabel 5.5 didapatkan nilai $p = 0,000$ ($\alpha < 0,05$) jadi dapat diartikan ada hubungan yang bermakna antara faktor pengetahuan dengan pelaksanaan BHD oleh perawat di RSUD Dr Soedarso Pontianak. Hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan BHD menunjukkan hubungan dengan kekuatan korelasi sangat kuat, dimana ($r = 0,824$) dan berpola positif yang artinya semakin tinggi pengetahuan maka akan semakin baik pula pelaksanaan BHD oleh perawat di RSUD Dr Soedarso.

5.3.2 Hubungan Pendidikan Terhadap Pelaksanaan BHD

Tabel 5.6 Hubungan pendidikan terhadap pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56)

	Pelaksanaan BHD
Pendidikan	r = 0,499
	p = 0,000*

*signifikansi pada p value <0,05

Hasil uji statistik berdasarkan tabel 5.4 didapatkan nilai $p = 0,000$ ($\alpha < 0,05$) jadi dapat diartikan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pelaksanaan BHD oleh perawat di RSUD Dr Soedarso Pontianak. Hubungan antara pendidikan dengan pelaksanaan BHD menunjukkan hubungan dengan kekuatan korelasi sedang, dimana ($r = 0,499$) dan berpola positif yang artinya semakin tinggi pendidikan maka akan semakin baik pula pelaksanaan BHD oleh perawat di RSUD dr Soedarso.

5.3.3 Hubungan Pelatihan Terhadap Pelaksanaan BHD

Tabel 5.7 Hubungan pelatihan terhadap pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56)

Pelatihan	Pelaksanaan BHD
	r = 0,680 p = 0,000*

*signifikansi pada p value <0,05

Hasil uji statistik berdasarkan tabel 5.5 didapatkan nilai $p = 0,000$ ($\alpha < 0,05$) jadi dapat diartikan ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan pelaksanaan BHD oleh perawat di RSUD Dr Soedarso Pontianak. Hubungan antara pelatihan dengan pelaksanaan BHD menunjukkan hubungan dengan kekuatan korelasi kuat, dimana ($r = 0,680$) dan berpola positif yang artinya semakin tinggi pelatihan maka akan semakin baik pula pelaksanaan BHD oleh perawat di RSUD Dr Soedarso.

5.3.4 Hubungan Pengalaman Terhadap Pelaksanaan BHD

Tabel 5.8 Hubungan pengalaman terhadap pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56)

Pengalaman	Pelaksanaan BHD
	r = 0,150 p = 0,270

*signifikansi pada p value <0,05

Hasil uji statistik berdasarkan tabel 5.6 didapatkan nilai $p = 0,270$ ($\alpha > 0,05$) maka dapat diartikan tidak ada hubungan yang bermakna antara pengalaman dengan pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr. Soedarso Pontianak.

5.3.5 Hubungan Motivasi Terhadap Pelaksanaan BHD

Tabel 5.9 Hubungan motivasi terhadap pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56)

	Pelaksanaan BHD
Motivasi	$r = 0,394$
	$p = 0,003^*$

*signifikansi pada p value <0,05

Hasil uji statistik berdasarkan tabel 5.7 didapatkan nilai $p = 0,000$ ($\alpha < 0,05$) jadi dapat diartikan ada hubungan yang bermakna antara Motivasi dengan pelaksanaan BHD oleh perawat di RSUD Dr Soedarso Pontianak. Hubungan antara motivasi dengan pelaksanaan BHD menunjukkan hubungan dengan kekuatan korelasi lemah, dimana ($r = 0,394$) dan berpola positif yang artinya semakin tinggi motivasi maka akan semakin baik pula pelaksanaan BHD oleh perawat di RSUD Dr Soedarso.

5.3.6 Hubungan Sikap Terhadap Pelaksanaan BHD

Tabel 5.10 Hubungan sikap terhadap pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56)

	Pelaksanaan BHD
Sikap	$r = 0,134$
	$p = 0,326$

*signifikansi pada p value <0,05

Hasil uji statistik berdasarkan tabel 5.8 didapatkan nilai $p = 0,326$ ($\alpha > 0,05$) maka dapat diartikan tidak ada hubungan antara sikap dengan pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr. Soedarso Pontianak.

5.3.7 Hubungan Kesiediaan Terhadap Pelaksanaan BHD

Tabel 5.11 Hubungan kesiediaan terhadap pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56)

	Pelaksanaan BHD
Kesiediaan	$r = 0,362$
	$p = 0,006^*$

*signifikansi pada p value <0,05

Hasil uji statistik berdasarkan tabel 5.9 didapatkan nilai $p = 0,006$ ($\alpha < 0,05$) jadi dapat diartikan ada hubungan yang bermakna antara kesediaan dengan pelaksanaan BHD oleh perawat di RSUD dr Soedarso Pontianak. Hubungan antara kesediaan dengan pelaksanaan BHD menunjukkan hubungan dengan kekuatan korelasi lemah, dimana ($r = 0,362$) dan berpola positif yang artinya semakin besar kesediaan perawat maka akan semakin baik pula pelaksanaan BHD oleh perawat di RSUD Dr Soedarso.

5.4 Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi pelaksanaan BHD di RSUD Dr Soedarso Pontianak. Penelitian ini menggunakan uji regresi linier dimana langkahnya adalah sebagai berikut:

5.4.1 Seleksi Kandidat

Tahap ini dilakukan dengan menyeleksi variabel independen (pendidikan, pelatihan, pengalaman, motivasi, pengetahuan, sikap, dan kesediaan) yang diduga berhubungan dengan pelaksanaan BHD di RSUD Dr Soedarso Pontianak. Hasil seleksi bivariat yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.12 Seleksi Uji Bivariat Variabel yang mempengaruhi pelaksanaan BHD di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n=56)

Variabel	P Value
Pendidikan	0,000*
Pelatihan	0,000*
Pengalaman	0,270
Motivasi	0,003*
Pengetahuan	0,000*
Sikap	0,326
Kesediaan	0,006*

*masuk dalam pemodelan ($p < 0,25$)

Tabel 5.10 menunjukkan ada beberapa variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$ yaitu pendidikan, pelatihan, motivasi, pengetahuan, dan kesediaan. Selanjutnya untuk variabel-variabel tersebut akan dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat. Sedangkan untuk variabel pengalaman mempunyai nilai p value $> 0,25$

yaitu 0,270 dan untuk variabel sikap memiliki nilai p value 0,326 sehingga tidak bisa masuk ke pemodelan multivariat.

5.4.2 Pemodelan Multivariat

Tabel 5.13 Pemodelan multivariat regresi linier faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr. Soedarso Pontianak (n= 56)

Variabel	Pemodelan Awal	
	P	Coef B
Pendidikan	0,000	0,052
Pelatihan	0,000	0,338
Motivasi	0,003	-0,028
Pengetahuan	0,000	0,807
Kesediaan	0,006	0,128

Berdasarkan tabel 5.11 didapatkan hasil bahwa tidak ada variabel yang memiliki p value >0,05, sehingga tidak ada variabel yang dikeluarkan dari pemodelan. Dengan demikian, hasil pemodelan didapatkan 5 variabel paling dominan yang mempengaruhi pelaksanaan BHD yaitu pendidikan, pelatihan, motivasi, pengetahuan, dan kesediaan.

Tabel 5.14 Hasil pemodelan multivariat regresi linier faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak (n= 56)

Model	B	Beta	R	R2	P Value
Konstanta	-3,259		0,822	0,676	0,000
Pendidikan	0,052	0,013			
Pelatihan	0,338	0,196			
Motivasi	-0,028	-0,075			
Pengetahuan	0,807	0,676			
Kesediaan	0,128	0,046			

Tabel 5.14 menunjukkan hasil pemodelan terakhir persamaan regresi linier yaitu :

Pelaksanaan BHD = -3,259 + 0,052 pendidikan + 0,338 pelatihan – 0,028 motivasi + 0,807 pengetahuan + 0,128 kesediaan.

Penambahan 1 skor pendidikan akan meningkatkan pengaruh pelaksanaan BHD perawat sebesar 0,052 setelah dikontrol variabel pelatihan, motivasi, pengetahuan, dan kesediaan. Penambahan 1 skor pelatihan akan meningkatkan pengaruh pelaksanaan BHD perawat sebesar 0,338 setelah

dikontrol, variabel pendidikan, motivasi, pengetahuan, dan kesediaan. Penambahan 1 motivasi akan meningkatkan pengaruh pelaksanaan BHD oleh perawat sebesar -0,028 setelah dikontrol variabel pendidikan, pengetahuan, pelatihan, dan kesediaan. Penambahan 1 kesediaan akan meningkatkan pengaruh pelaksanaan BHD oleh perawat sebesar 0,128 setelah dikontrol variabel pendidikan, pelatihan, motivasi, dan pengetahuan.

Nilai R sebesar 0,822 menunjukkan bahwa hubungan pelaksanaan BHD oleh perawat dengan pendidikan, pelatihan, motivasi, pengetahuan, dan kesediaan adalah sangat kuat. Nilai R² menunjukkan nilai 0,676 (67,6 %) yang artinya bahwa sebesar 67,6 % pelaksanaan BHD oleh perawat dipengaruhi oleh pendidikan, pelatihan, motivasi, pengetahuan, dan kesediaan, sedangkan sisanya 32,4 % ditentukan oleh faktor lain. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa persamaan garis secara keseluruhan adalah signifikan ($p = 0,000$; $\alpha = 0,05$). Faktor yang paling dominan mempengaruhi pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU adalah pengetahuan ($\beta = 0,676$) dan pelatihan ($\beta = 0,196$).

5.4.3 Uji Asumsi

1) Asumsi Eksistensi

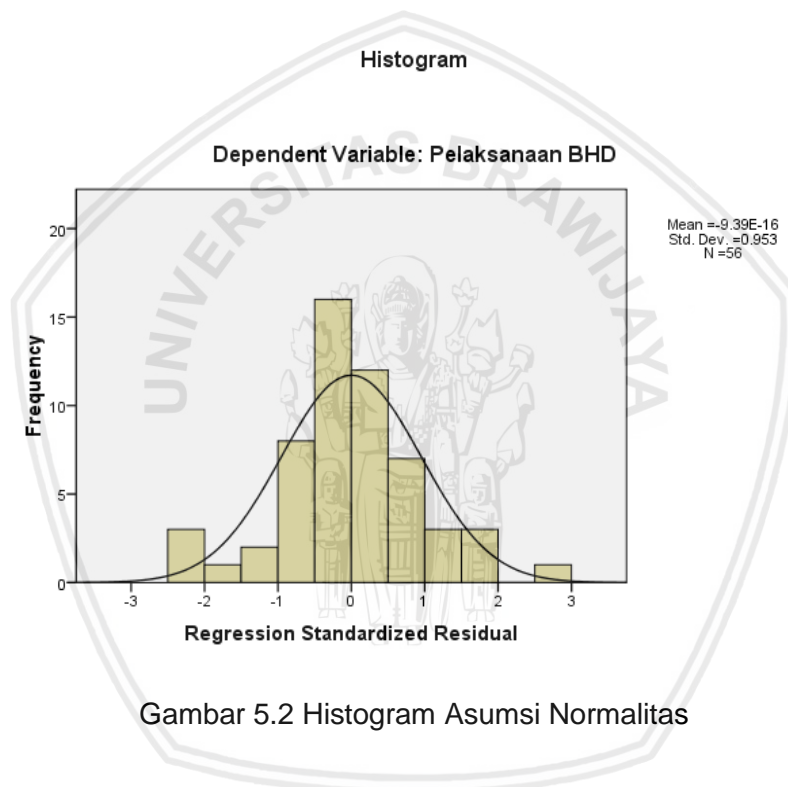
Model persamaan regresi linier yang didapatkan harus dinilai terlebih dahulu melalui beberapa uji asumsi. Uji asumsi pada persamaan regresi linier adalah sebagai berikut: Asumsi eksistensi dilihat dengan cara melakukan analisis deskriptif variabel residual dari model, bila menunjukkan adanya mean mendekati nilai nol dan ada sebaran maka asumsi eksistensi terpenuhi. Adapun hasil penelitian menunjukkan angka residual dengan mean 0,000 dan standar deviasi 0,943. Dengan demikian asumsi eksistensi terpenuhi.

repository.ub.ac.id

Gambar diatas tampak sebaran titik memiliki pola sama antara yang atas dan di bawah garis diagonal 0. Artinya asumsi homoscedasity terpenuhi.

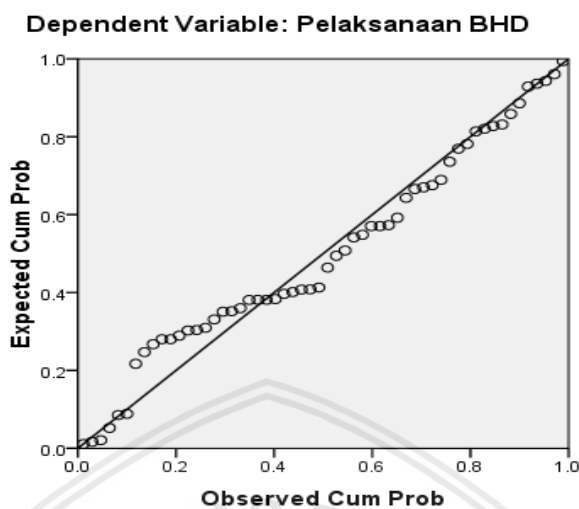
5) Asumsi Normalitas

Variabel Y memiliki distribusi normal pada variabel X. Tampak dari normal P-P Plot nilai residual, apabila data menyebar di sekitar garis diagonal maka model regresi memenuhi asumsi model.



Gambar 5.2 Histogram Asumsi Normalitas

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Gambar 5.3 Grafik Asumsi Normalitas

Berdasarkan histogram dan grafik jelas bahwa bentuk distribusinya normal, berarti asumsi normality terpenuhi.

6) Diagnostik Multicollinearity

Diregresi linear tidak boleh terjadi korelasi sesama variabel independen. Apabila hasil VIF > 10, maka mengidentifikasi telah terjadi collinearity.

Model	Colinearity Statistic		
	sig	Tolerance	VIF
Constant	.418		
Pendidikan	.909	.518	1.930
Pelatihan	.116	.432	2.314
Motivasi	.418	.760	1.315
Pengetahuan	.000	.270	3.704
Kesediaan	.612	.784	1.275

Dependen Variabel : Pelaksanaan BHD

Berdasarkan uji asumsi mendapatkan nilai VIF tidak > 10, artinya tidak ada Multicollinearity antara sesama variabel independent.

BAB 6

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian dengan judul analisis faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak, didapatkan gambaran pelaksanaan BHD. Dalam bab ini akan dibahas mengenai hubungan faktor pengetahuan, pendidikan, pelatihan, pengalaman, motivasi, sikap, dan kesediaan. Serta akan di bahas juga faktor yang paling berpengaruh dalam pelaksanaan BHD di RSUD Dr Soedarso Pontianak. Pembahasan juga akan di bahas sesuai dengan tujuan dan hipotesis yang telah ditetapkan.

6.1 Hubungan Pengetahuan dengan Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada Pasien *Cardiac Arrest* oleh Perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak

Pengetahuan adalah proses dari pengetahuan seseorang yang didapatkan dari suatu panca indra, ada beberapa yang bisa memberikan pengaruh terhadap pengetahuan tersebut misalnya pendidikan, budaya, dan informasi (Lestari, 2015). Pengetahuan itu sendiri dapat menjadi suatu hal yang sangat mendukung bagi seorang perawat dalam pekerjaannya dan juga bisa membantu meningkatkan kinerja perawat dalam menjalankan tugasnya. Pengetahuan tentang BHD adalah hal paling utama yang harus dipahami juga dikuasai oleh perawat sebelum melakukan suatu tindakan, karena sebagai penunjang perannya sebagai *provider* kesehatan yang profesional.

Pada penelitian ini mendapatkan hasil jika sebagian besar dari responden sudah bisa menjawab pertanyaan yang diajukan peneliti, dengan hasil skor terendah 15 dan skor tertinggi 20, dan setelah dianalisis didapatkan hasil nilai signifikansinya $p=0,000$. Artinya adanya suatu hubungan signifikan antara

pengetahuan seorang perawat dengan pelaksanaan BHD yang dilakukannya. Pada penelitian ini instrumen pengetahuan dalam pelaksanaan BHD yang sudah dijawab oleh responden antara lain mencakup pertanyaan tentang tindakan dari BHD, indikasi dilakukannya BHD, tujuan BHD, algoritma BHD, pengetahuan membuka jalan nafas, cara melakukan resusitasi jantung paru, kedalaman melakukan CPR, kecepatan kompresi, *high quality* CPR, dan pemberian ventilasi.

Pada penelitian ini pertanyaan yang diajukan ke responden berkaitan dengan pengetahuan BHD ada sebanyak 20 indikator tentang BHD, namun pada pelaksanaannya masih ada beberapa responden yang masih salah dalam menjawab kuesioner terkait dengan pertanyaan pada bagian *high quality* CPR, pemberian ventilasi dan proses pelaksanaan CPR tersebut. Kesalahan dalam menjawab pertanyaan tersebut sesuai pada hasil riset yang dilakukan oleh (spooner et al., 2007), yang mengatakan jika retensi pelaksanaan bantuan hidup dasar itu umumnya rendah, khususnya terjadi pada bagian kompresi dada dan *rescue breathing*. Pada penelitian (Lim, Cheong, Jet, & Chew, 2014), juga menyatakan hampir sebagian respondenya tidak melaksanakan pemberian ventilasi secara efektif hal ini disebabkan karena rendahnya pengetahuan dan keterampilan dalam melaksanakan BHD. Pernyataan ini sesuai dengan riset dari (Peter A Meaney et al., 2013), mengatakan bahwa kebutuhan oksigen pada proses metabolisme akan terjadinya penurunan besar pada saat seseorang mengalami henti jantung dan selama dilakukannya CPR.

High quality CPR merupakan langkah yang harus diperhatikan oleh seorang penolong demi mencegah kerugian yang akan terjadi pada saat pelaksanaan BHD (P.A. Meaney et al., 2010). Dalam melakukan CPR teknik yang dipergunakan haruslah benar, apabila tidak benar maka usaha yang dilakukan akan menjadi sia-sia (Hardisman & Pertiwi, 2014). Selain itu, langkah-langkah dalam melaksanakan BHD haruslah tepat. Berdasarkan Guidelines AHA 2010, tindakan RJP meliputi

langkah awal penanganan *cardiac arrest*. Dengan urutan antara lain *compression*, *airway*, *breathing* atau biasa disebut C-A-B dan kompresi dada pada kecepatan 100kali/menit. Namun dalam AHA (2015) langkah-langkah tindakan CPR diperbaharui dengan tetap mengutamakan kompresi dada pada langkah awal penanganan *cardiac arrest*. Sehingga prosedur terbaru menjadi *Chest Compression, Airway, Breathing* (C-A-B), dengan kecepatan kompresi 100-120 kali/menit dengan kedalaman minimum 5cm dengan tetap menghindari kedalaman yang berlebih (6cm). Alasan terjadinya perubahan dari AHA itu sendiri dikarenakan kompresi dada bisa dilakukan sedini mungkin tanpa harus menggunakan atau menyiapkan alat, sehingga kebutuhan perfusi organ vital khususnya otak akan segera terpenuhi.

Dari hasil penelitian yang dilaksanakan di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso peneliti berpendapat bahwa hampir sebagian perawat sudah rata-rata memiliki pengetahuan tentang pelaksanaan bantuan hidup dasar. Pengetahuan tersebut biasanya bisa diperoleh responden dari berbagai sumber, seperti: buku, pendidikan dan media masa. Hal ini sama dengan teori yang dipaparkan (Cristian, 2009) dimana semakin bertambah pengetahuan seseorang maka akan baik pula keterampilan orang tersebut.

Pengetahuan merupakan hal penting dan diperlukan oleh perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan. Pengetahuan seseorang juga tidak bisa lepas juga dari faktor usia orang tersebut. Berdasarkan penelitian ini didapatkan sebanyak 67,9 % atau sekitar 38 responden berada di rentang usia <40 tahun dan sebanyak 32,1 % atau sekitar 18 responden berusia >40 tahun, dimana hasil kuesioner dengan skor tertinggi lebih dominan didapat oleh responden dengan rentang usia <40 tahun dibandingkan dengan responden yang sudah berusia >40 tahun.

Hasil penelitian ini sesuai dengan (Erfandi, 2009), yang menjelaskan dimana pada usia <40 tahun ini dikatakan sebagai usia dewasa muda, pada rentang usia ini seorang individu seharusnya akan banyak meluangkan waktunya untuk membaca, karena dengan membaca mereka dapat mengoptimalkan intelektualnya. Pada usia dewasa muda ini mereka juga tidak ada penurunan kemampuan intelektual (Erfandi, 2009). Usia juga bisa berpengaruh pada pola pikir dan daya tangkap seseorang, semakin usia seseorang bertambah maka pola pikir orang tersebut akan semakin berkembang dan semakin baik pula pengetahuannya.

Pada penelitian ini jumlah responden laki-laki dan wanita berjumlah sama yaitu 28 orang responden laki-laki dan 28 orang responden wanita. Namun pada saat pelaksanaan penelitian menunjukkan bahwa untuk rentang nilai tertinggi lebih banyak di dapatkan oleh responden wanita, walaupun sebenarnya belum ada penelitian yang jelas terkait masalah apakah ada kaitan antara jenis kelamin dan pengetahuan perawat dalam pelaksanaan BHD itu sendiri, namun menurut (Fathony & Aziz, 2014), menyatakan bahwa laki-laki lebih bisa diandalkan dibandingkan wanita pada saat pelaksanaan BHD dikarenakan tenaga laki-laki lebih besar.

6.2 Hubungan Pendidikan dengan Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada Pasien *Cardiac Arrest* oleh Perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak

Pendidikan merupakan suatu proses memperluas kepribadian, kemampuan seseorang di dalam maupun di luar sekolah. Pendidikan akan berpengaruh dalam proses belajar, bertambahnya pendidikan maka mudah juga orang tersebut dalam mendapatkan informasi dan menyebabkan pengetahuan bisa bertambah. Menurut (Maliono, 2007), jenjang pendidikan adalah merupakan faktor yang sangat

berpengaruh terhadap tingkatan pengetahuan orang tersebut. Menurut Maliono, bertambahnya jenjang pendidikan maka orang tersebut mudah untuk menerima dan menyamakan hal baru.

Berdasarkan hasil yang didapatkan peneliti menunjukkan adanya hubungan signifikan antara pendidikan dengan pelaksanaan BHD oleh perawat pada pasien *cardiac arrest* di RSUD Dr Soedarso Pontianak dengan nilai $p=0,000$ ($\alpha<0,05$). Dimana jumlah responden yang berpendidikan DIII lebih banyak (44 responden) dari pada S1 keperawatan (12 responden). Hasil data tersebut sesuai dengan salah satu kebijakan dari pemerintah provinsi sendiri dan direktur RSUD Dr Soedarso pontianak yang membuat komposisi bahwa jumlah perawat DIII keperawatan lebih banyak karena perawat DIII keperawatan dari tahun ke tahun jumlahnya semakin banyak dan perawat DIII merupakan seorang perawat vokasional atau perawat terampil, sedangkan untuk perawat S1 Ners keperawatan biasanya dibutuhkan oleh rumah sakit sebagai perawat manajerial yang biasanya lebih fokus mengatur masalah pelayanan yang baik di tiap-tiap ruangan yang ada, akan tetapi perawat dengan tingkat pendidikan DIII keperawatan dengan kesadaran dari dirinya sendiri meningkatkan pendidikannya dengan melanjutkan pendidikan S1 keperawatan.

Pendidikan yang ada saat ini sudah selaras dengan kemajuan ilmu dan teknologi, pendidikan keperawatan mengalami kenaikan yang baik dari jenjang maupun mutu pendidikan. Jenjang pendidikan keperawatan di Indonesia itu sendiri terdiri dari Akademi atau Pendidik Ahli Madya keperawatan dan program sarjana keperawatan (Ners) dan program S2 atau magister serta konsultan (S3) yang terkait dengan keperawatan (Pusdiknakes, 2001). Namun pada kenyataannya walaupun mereka berbeda pendidikan tetapi mereka saling menghargai dan memiliki keinginan untuk sama-sama belajar dan berusaha tetap menjadi seorang

perawat profesional berdasarkan kemampuan pendidikan yang sudah mereka miliki.

Pendidikan dengan jenjang DIII diadakan oleh pendidikan tinggi keperawatan mempunyai kurikulum dengan tujuan untuk mendapatkan alumnus yang kompeten sebagai seorang pelaksana asuhan keperawatan, sedangkan S1 keperawatan Ners bertujuan untuk menghasilkan seorang perawat profesional jenjang pertama. Namun menurut (Sitorus & Pandjaitan, 2011), untuk lulusan pendidikan DIII bisa dikatakan sebagai seorang perawat profesional pemula, karena perawat DIII sudah mempunyai sikap profesionalisme yang cukup untuk memiliki ilmu keperawatan dan keterampilan yang profesional dimana dalam hal ini mencakup keterampilan teknis, intelektual, dan interpersonal yang diupayakan bisa dapat melakukan asuhan keperawatan sesuai SOP keperawatan dan etika keperawatan.

Pendidikan keperawatan di Indonesia haruslah tetap ditingkatkan pada pendidikan tinggi agar bisa menciptakan hasil lulusan yang mempunyai sikap, pengetahuan, keterampilan yang profesional supaya dapat melakukan peran dan fungsinya sebagai seorang perawat profesional (Sitorus & Pandjaitan, 2011). Pernyataan ini diperkuat oleh (S. Notoatmodjo, 2003), dimana orang yang mempunyai pendidikan tinggi akan dapat mempunyai pengetahuan tinggi juga, dari pada seseorang yang berpendidikan rendah.

Tuntutan layanan kesehatan dalam hal pelayanan keperawatan pada pasien akan selalu bertambah, baik dari segi mutu atau pelayanan. Untuk melawan tuntutan masyarakat, khususnya pada bagian keperawatan haruslah dapat melakukan suatu pergantian dari segi aspek termasuk juga pendidikan keperawatan (Kusnanto, 2003).

Sebuah riset yang dilakukan oleh (Benner & Tenner, 1992), yang mengungkapkan bahwa perawat pemula lebih sering tidak yakin atau ragu-ragu

dalam melaksanakan perawatan, bahkan penilaian kepada pasien yang ditanganinya dibandingkan dengan perawat yang bukan pemula. Hal ini dikarenakan seorang perawat yang memiliki pengetahuan dan berpengalaman bisa bertindak lebih cepat dalam mengatasi situasi pasien yang sedang dihadapinya. Oleh sebab itu, pendidikan keperawatan adalah salah satu hal nomor satu yang memerlukan susunan karena melalui pendidikan kemajuan profesi keperawatan akan lebih rapi dan meluas searah dengan kemajuan ilmu dan teknologi serta dapat menciptakan perawat yang berkualitas (Murwani, 2008).

Selain itu, pada penelitian ini juga didapatkan hasil bahwa jumlah untuk pendidikan DIII keperawatan ada sebanyak 15 responden laki-laki dan 29 orang responden perempuan. Sedangkan untuk S1 keperawatan ada sebanyak 4 orang perempuan dan 8 orang laki-laki yang berpendidikan S1 keperawatan. Data diatas diperkuat oleh data yang didapatkan dari responden yang menyatakan bahwa responden yang berjenis kelamin laki-laki lebih mudah melanjutkan pendidikannya di bandingkan responden yang berjenis kelamin perempuan hal ini biasanya dikarenakan responden perempuan masih banyak yang beralasan karena beberapa faktor misalnya status pernikahan, dorongan keluarga, dan motivasi dari dalam diri responden itu sendiri. Walaupun demikian, peneliti beranggapan sebenarnya tidak ada perbedaan dan batasan untuk seseorang dalam menempuh atau melanjutkan tingkat pendidikannya baik dari segi usia maupun jenis kelamin.

6.3 Hubungan Pelatihan dengan Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) Pada Pasien *Cardiac Arrest* Oleh Perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak.

Pelatihan adalah suatu bagian dari pengembangan SDM yang memiliki tujuan untuk menambah kemampuan dalam menjalankan tugasnya. Menurut

Dharma, pelatihan bertujuan untuk menambah persepsi perawat akan suatu prinsip, suatu prosedur, hubungan, dan etika kerja yang harus dilaksanakan pada organisasi.

Pada penelitian ini diketahui bahwa ada beberapa responden yang sudah pernah mengikuti pelatihan antara lain pelatihan BHD, BTCLS/PPGD, ATLS, dan ACLS. Hasil yang didapatkan oleh peneliti setelah dianalisis menunjukkan adanya hubungan signifikan antara pelatihan dengan pelaksanaan BHD pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di RSUD dr Soedarso Pontianak dengan nilai $P=0,000$. Dimana pada penelitian ini menunjukkan responden yang sudah pernah ikut pelatihan BHD lebih banyak dibandingkan responden yang sudah mengikuti pelatihan lanjut seperti BTCLS, ATLS, dan ACLS.

Pelatihan itu sendiri adalah salah satu faktor yang bisa mempengaruhi pelaksanaan dari BHD karena pelatihan merupakan aplikasi tindakan di lapangan. Namun data yang didapatkan dari responden dan berdasarkan data sertifikat pelatihannya hampir sebagian besar responden yang sudah mendapatkan pelatihannya hanya pada waktu mereka sekolah di perguruan tinggi dan itu sudah beberapa tahun sebelum mereka memulai bekerja di RSUD Dr Soedarso, hal ini disebabkan karena mereka belum bisa mengikuti pelatihan lagi dan memperbaharui ilmunya dikarenakan terkendala biaya yang mahal dan jadwal kerja, walaupun mereka tahu banyak sekali pelatihan gawat darurat yang terbaru dan sebaiknya sebagai perawat yang bekerja di instalasi IGD dan ICU lebih baik terpapar dengan pelatihan tersebut dan terus memperbaharui ilmu yang ada terutama ilmu mengenai penanganan kegawatdaruratan yang sesuai dengan tempat atau bagian mereka di tugaskan.

Berdasarkan data diatas, peneliti berpendapat bahwa seorang perawat sebaiknya harus lebih sering mengikuti pelatihan agar lebih matang dan siap dalam menangani pasiennya. Pernyataan ini diperjelas dalam penelitian yang

dilakukan oleh (Keenan et al., 2009), menyatakan bahwa pelatihan sebaiknya dilaksanakan setiap 6-12 bulan agar mendapat penyegaran dan juga dapat mempertahankan kemampuan tentang BHD.

RSUD Dr Soedarso sendiri pernah mengadakan pelatihan BHD tapi untuk mengikuti itu mereka harus antre karena pelatihan itu hanya setahun sekali dan pelatihan itu bisa diikuti secara bergantian. Untuk pelaksanaan pelatihan BHD itu sendiri yang diadakan di RSUD Dr Soedarso Pontianak secara gratis untuk staf minimal 1 tahun sekali ini biasanya diberikan atau disampaikan oleh organisasi 118 dan HIPGABI Kalimantan Barat. Untuk pelatihan seperti BTCLS, ACLS, ATLS perawat harus menyiapkan biaya individu masing-masing. Metode pelatihan yang biasa disampaikan pada saat pelatihan yaitu dengan metode simulasi, proses pelatihan dengan metode simulasi akan lebih memberikan kontribusi banyak dalam hal menambah pengetahuan peserta latih. Pada penelitian yang dilakukan oleh (suhu & lata, 2010), menerangkan keuntungan dengan metode simulasi ini dapat lebih banyak meningkatkan pengetahuan peserta didik dalam pelatihan tersebut karena dengan metode ini peserta akan melalui proses berpikir kritis melalui permasalahan atau kasus yang sudah disediakan. Selain itu, peserta juga dapat mencoba langsung apa yang di simulasikan dan dilihat langsung oleh instruktur atau pelatih yang ada.

Menurut (Bala & Rakhmat, 2014), menyatakan seorang responden yang dapat melaksanakan bantuan hidup dasar sebab paling utama dalam pelaksanaan BHD itu bisa baik dikarenakan responden pernah mengikuti pelatihan BHD. Cara agar menambah pengetahuan, keterampilan seorang perawat terutama pada pasien yang membutuhkan BHD adalah perawat tersebut harus pernah mengikuti atau terpapar pelatihan BHD agar dapat melaksanakan BHD dengan cepat, tanggap, terampil juga teliti (Cristian, 2009).

Agar Pelatihan dapat berjalan dengan baik haruslah dilakukan dengan metode sasaran alat dan tujuan pelaksanaan yang baik dan jelas, selain itu sebaiknya pelatihan haruslah disampaikan atau diberikan oleh seorang pemateri atau lembaga yang sudah memiliki lisensi sesuai dengan pelatihan yang diberikan. Pernyataan ini diperkuat dengan pendapat dari (Wayne., 2008), yang menyatakan bahwa kegiatan pelatihan dapat berjalan secara baik dan efektif disebabkan karena faktor antara lain dukungan suatu organisasi, komitmen dari semua peserta dan penyelenggara, kemajuan teknologi dan gaya belajar atau teknik penyampaian suatu materi saat pelatihan dilaksanakan.

Hasil penelitian ini sama dengan riset yang dilaksanakan oleh (Ivancevich & John, 2008), bahwa adanya hubungan antara pelatihan oleh perawat dengan kesiapan perawat dalam menghadapi pasien *cardiac arrest*, dimana Ivancevich mengatakan bahwa sebuah pelatihan itu akan berorientasi pada masa sekarang dan bisa membantu seorang perawat dalam menguasai keterampilan dan kemampuannya agar berhasil dalam pekerjaannya. (Marquis & Huston, 2010), juga mengungkapkan orang dapat belajar dengan cepat apabila mendapatkan sesuatu mengenai perkembangan yang dialaminya (Yulia, 2010). Pelatihan bisa dijadikan sebuah informasi untuk mengetahui akan adanya kemajuan sesuatu. Informasi merupakan satu faktor yang bisa meningkatkan pengetahuan.

Hasil penelitian ini juga di perkuat oleh penelitian (Adryan, 2012), yang menyatakan bahwa seseorang yang pernah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan memiliki tingkat pengetahuan yang lebih dalam pelaksanaan BHD. Hasil ini juga di perkuat oleh hasil riset yang dilakukan (Chaundhary, Parikh, & Dave, 2011), yang mengemukakan dengan bertambahnya pengetahuan juga keterampilan RJP bisa dengan mengikuti pelatihan BHD.

6.4 Hubungan Pengalaman dengan Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada Pasien Cardiac Arrest Oleh Perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak.

Pengalaman merupakan suatu hal yang dirasakan sendiri oleh individu baik langsung ataupun tidak. Dengan pengalaman individu dapat mempunyai banyak pengetahuan baru. Sesuatu yang baru didapatkan pada saat melaksanakan pekerjaannya juga dapat menjadikan bertambahnya pengetahuan, untuk melaksanakan pekerjaannya.

Pada penelitian ini pengalaman responden di nilai berdasarkan lama masa kerja responden tersebut. Masa kerja itu sendiri merupakan jangka waktu yang telah dilalui oleh seseorang dan bisa menggambarkan pengalamannya dalam menguasai tugas dan bidang yang ditekuninya. Hasil penelitian yang didapatkan peneliti menunjukkan tidak ada hubungan antara pengalaman dengan pelaksanaan BHD oleh perawat pada pasien *cardiac arrest* di IGD dan ICU RSUD Dr. Soedarso Pontianak, dengan nilai $P=0,270$ ($\alpha>0,05$). Keadaan ini biasanya dikarenakan semakin sering perawat tersebut terlibat dalam pertolongan pada klien *cardiac arrest*, maka perawat tersebutlah yang akan dapat lebih menambah pengalaman dan pengetahuan mengenai *cardiac arrest* serta penanganannya. Hal ini sesuai dengan riset dari (Arthur, 1998), yang menerangkan bahwa sesuatu yang dihafal itu akan lebih mudah hilang dari pada dengan sesuatu yang didapatkan dengan proses atau pengalaman pada saat praktik atau bekerja.

Penelitian ini tidak sejalan dengan hasil (Lestari, 2015), menjelaskan bahwa pengalaman dapat merupakan satu faktor yang bisa mempengaruhi pengetahuan, karena pada penelitian ini dapat diartikan bahwa masa kerja seseorang tidak menjamin pengalaman orang tersebut lebih banyak dibandingkan orang yang baru bekerja. Pernyataan peneliti ini diperkuat dengan data yang didapatkan dari responden dan pengamatan oleh peneliti ke responden saat pelaksanaan

penelitian menunjukkan bahwa pengalaman mereka lebih banyak didapatkan karena responden lebih sering terpapar dan menangani pasien dengan kasus *cardiac arrest* yang membutuhkan pelaksanaan BHD. Pada umumnya, setiap orang dengan pengalaman yang banyak tidak lagi membutuhkan bimbingan dibandingkan dengan seseorang yang memiliki pengalaman yang sedikit.

Pernyataan ini di perkuat Piaget yang menyatakan makin bertambah pengalaman seseorang, maka bertambah juga tantangan yang mungkin dapat dikembangkan dan dirubah. Tanpa sebuah pengalaman individu akan merasakan kesulitan dalam proses berkembang (Eko & Suparno, 2016). Pelaksanaan BHD yang baik oleh perawat tidak tergantung dengan lama kerja perawat tersebut, rasa percaya diri yang tinggi dari seorang perawat yang melaksanakan BHD sebelumnya lebih berperan penting dalam mempertahankan pelaksanaan BHD yang baik. Penelitian ini sesuai dengan (Roshana, 2012), tidak adanya hubungan yang signifikan antara lama kerja dengan pengetahuan hal ini disebabkan karena lingkungan kerja mempunyai informasi yang baik tetapi kurang di manfaatkan.

Hasil riset ini tidak senada dengan riset yang dijalankan (Inayatullah, 2014), dimana mengungkapkan semakin lama perawat bekerja akan bertambah juga pengalaman perawat itu, apabila semakin singkat orang bekerja maka akan semakin sedikit pengalamannya dalam menangani pasien. Pengalaman kerja bisa menghasilkan keahlian dan keterampilan kerja juga (Sastrohadiwiryono, 2002).

6.5 Hubungan Motivasi dengan Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada pasien *Cardiac Arrest* Oleh Perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak.

Motivasi merupakan anjuran yang menggerakkan orang atau kelompok untuk melakukan atau tidak melakukan apapun. Motivasi itu sendiri bisa didapatkan oleh lingkungan sekitar, orang terdekat bahkan dari dalam diri individu

itu sendiri agar dapat berperilaku atau bertindak sesuai dengan tujuan yang akan di capai.

Berdasarkan Hasil penelitian yang didapat peneliti menunjukkan bahwa responden merespons pertanyaan yang diberikan peneliti seputar tentang memahami management *cardiac arrest*, mengerti untung dan ruginya melakukan BHD, memahami algoritme BHD dan mau atau ingin mempelajari lagi lebih dalam tentang BHD. Dimana hampir sebagian besar memilih setuju dan sangat setuju. Setelah dilakukan analisis didapatkan hasil bahwa adanya hubungan signifikan, antara Motivasi dengan pelaksanaan BHD oleh perawat di RSUD Dr Soedarso Pontianak, nilai $p= 0,000$ ($\alpha < 0,05$). Peneliti berpendapat responden memiliki pemahaman sama dengan peneliti bahwa motivasi juga penting dimiliki atau di dapatkan oleh seseorang. Artinya motivasi yang kuat bisa memberikan pengaruh yang baik terhadap pelaksanaan BHD.

Seperti hal nya dijelaskan pada riset dilaksanakan (Hamasu et al., 2009), menjelaskan bahwa semakin tinggi pengetahuan dan keterampilan seseorang dalam melaksanakan BHD akan berujung pada mendasari munculnya motivasi dan kesediaan orang tersebut untuk melaksanakan BHD pada korban OHCA.

Menurut (Uno, 2011), menyatakan bahwa motivasi itu sendiri merupakan sesuatu yang bisa muncul dari dalam diri sendiri misalnya minat dan bakat sedangkan yang berasal dari luar diri seseorang misalnya dorongan yang diberikan keluarga, semangat, pujian sahabat, saudara maupun teman. Pernyataan ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan Nondyawati pada jurnal risetnya yang mengemukakan bahwa pengetahuan adalah faktor penyebab dan adanya fasilitas sarana kesehatan, yang merupakan faktor penunjang untuk mempengaruhi motivasi seseorang.

Selain itu peneliti juga mendapatkan data bahwa motivasi antara responden laki-laki dengan responden perempuan, juga mempunyai motivasi untuk lebih ingin

memahami dan mendalami tentang pelaksanaan BHD. Pihak rumah sakit mempunyai peran dalam meningkatkan motivasi karyawannya. (Bandura, 2010), mempunyai 4 cara untuk meningkatkan efektivitas diri, diantaranya adalah penguasaan tetap dan contoh yang dilakukan oleh individu lain. Penguasaan tetap merupakan hasil pengalaman yang nyata dengan tugas atau pekerjaan. Selain itu efektivitas diri seorang perawat bisa juga didapatkan melalui contoh dari individu lainnya misalnya dari kepala ruangan. Dimana kepala ruangan dapat memberikan contoh dalam menerapkan intervensi keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan khususnya dalam hal pelaksanaan BHD pada kasus *cardiac arrest*.

6.6 Hubungan Sikap dengan Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) Pada Pasien *Cardiac Arrest* Oleh Perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak.

Sikap merupakan keadaan, kesiapan seseorang berdasarkan pengalaman yang berpengaruh dinamis dan tertata pada semua objek dan keadaan dirinya. Sikap dapat dipersiapkan, dipelajari dan bisa diatur melalui pengalamannya. Sikap kerja seorang perawat yang bekerja di rumah sakit dapat ditunjukkan melalui bagaimana pelayanan perawatan yang dia lakukan.

Berdasarkan Hasil penelitian yang didapat peneliti menunjukkan bahwa responden merespons pertanyaan yang diberikan peneliti seputar 6 item pernyataan sikap seorang perawat pada saat pelaksanaan BHD pada pasien *cardiac arrest*. Dimana responden akan menerima stimulus yang diberikan melalui kuesioner dengan menunjukkan jawab “ya” apabila responden setuju dengan item pernyataan tersebut dan akan menjawab sebaliknya jika responden tidak setuju dengan pernyataan yang disediakan. Setelah dianalisis didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara sikap dengan pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr. Soedarso Pontianak nilai $p=0,326$ ($\alpha>0,05$). Dari hasil

penelitian ini dapat diartikan bahwa sikap seorang perawat tidaklah memiliki hubungan terhadap pelaksanaan BHD itu sendiri. Sikap perawat pada penanganan kasus kegawatdaruratan bukanlah merupakan hal yang sangat mendasar atau penting, karena pada pelaksanaan BHD yang sangat dibutuhkan adalah kecepatan dan ketepatan perawat dalam bertindak untuk mengambil keputusan atau dalam melakukan BHD agar pasien dapat tertolong. Apabila saat melakukan BHD pada pasien dengan kasus *cardiac arrest* seorang perawat lambat dan tidak tepat dalam bertindak maka pertolongan pada pasien akan sia-sia.

Menurut peneliti sikap perawat di RSUD Dr Soedarso terutama di ruang IGD dan ICU sudah bagus, ini semua sudah sama dengan jawaban yang sudah diberikan responden pada instrumen penelitian. Dimana mereka hampir rata-rata menjawab “ya” yang berarti mereka setuju dengan pernyataan yang disediakan peneliti. Hal ini semua bisa terjadi karena adanya beberapa faktor misalnya kegiatan pelatihan gawat darurat yang sudah pernah diikuti, faktor pendidikan, masa kerja serta faktor lingkungan dan budaya kerja sehingga perawat bisa mampu mempertahankan sikap yang baik. Pendapat ini diperkuat oleh (Supratman, 2016), yang mengemukakan bahwa bertambah lama kerja perawat maka akan baik sikap perawat tersebut.

Menurut peneliti saat melaksanakan penelitian di ruangan IGD dan ICU sikap perawat dapat diartikan bisa menghargai pasien dan terlihat *care* dengan menunjukkan perilaku baik kepada siapa saja, terlebih pada saat melayani kebutuhan pasien. Namun ada juga perawat yang kurang memperhatikan akan sikapnya saat melaksanakan tindakan keperawatan. Pernyataan ini diperkuat lagi dari (Wiyana, 2008), yang menyatakan penilaian mutu pada pelayanan keperawatan, dalam menilai puas atau tidaknya pasien juga dalam segi sikap

perawat dapat dijadikan jaminan suatu layanan perawatan dikatakan bermutu atau tidak.

6.7 Hubungan Kesiediaan dengan Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) Pada Pasien *Cardiac Arrest* Oleh Perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak.

Kesiediaan adalah kesanggupan seseorang dalam melaksanakan tindakan atau pekerjaannya sesuai dengan kemampuan yang dia miliki (Cheng-Yu et al., 2016). Kesiediaan yang tinggi pada seseorang yang akan melakukan RJP akan meningkatkan efikasi diri orang tersebut sehingga dapat memberikan kelangsungan hidup yang lebih tinggi pada korban yang ditanganinya.

Berdasarkan Hasil penelitian yang didapat peneliti menunjukkan bahwa responden merespons pertanyaan yang diberikan peneliti seputar 8 item pernyataan sikap seorang perawat pada saat harus memberikan BHD pada pasien yang dihadapinya. Dimana responden akan menerima stimulus yang diberikan melalui kuesioner dengan menunjukkan jawab “pasti ya” apabila responden setuju atau menjawab “ mungkin ya” apabila responden ragu-ragu dengan kesediaannya pada item pernyataan tersebut dan akan menjawab “tidak” jika responden tidak setuju dengan pernyataan yang di sediakan. Dari hasil penelitian yang dilaksanakan peneliti menunjukkan hubungan signifikan antara kesiediaan dengan pelaksanaan BHD oleh perawat di RSUD Dr Soedarso Pontianak, dengan nilai $P=0,006$ yang artinya semakin besar kesiediaan perawat maka akan baik juga pelaksanaan BHD oleh perawat tersebut.

Kesiediaan itu sendiri juga bisa dikatakan sebagai kerelaan dan kesiapan seseorang dalam melakukan sesuatu yang akan dilakukannya sesuai dengan kemampuan yang ia miliki. Pada penelitian ini hampir semua responden bersedia melaksanakan BHD walaupun seandainya pasien itu adalah keluarga atau orang

tua bahkan anak kecil, akan tetapi ada 1 orang responden yang mengatakan terkadang dia merasa sedih bahkan tidak tega apabila harus melakukan BHD pada anak kecil. Menurut peneliti pernyataan ini disebabkan bisa karena faktor perawat tersebut teringat bahkan membayangkan jika itu dialami oleh anak atau keluarga mereka.

Menurut AHA (2015) menyatakan orang yang terlatih dalam melakukan tindakan RJP dapat mempunyai kesediaan yang lebih besar untuk melakukan RJP atau BHD pada pasien henti jantung dari pada orang yang belum terlatih. Pendapat ini juga di perkuat oleh (Hamasu et al., 2009), yang menyatakan bahwa pelatihan yang diikuti oleh seseorang bisa memberikan peningkatan pengetahuan dalam pelaksanaan resusitasi jantung paru atau BHD. Kesediaan perawat pada penelitian ini relatif sama antara perawat yang berusia >40 tahun dengan perawat yang berusia <40 tahun. Dimana perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso sama-sama memiliki kesediaan untuk melaksanakan BHD apabila mendapatkan atau menemui pasien *cardiac arrest*. Berdasarkan data yang didapatkan dari responden bahwa setiap perawat yang sedang bertugas dan pada saat itu mereka mendapatkan pasien yang harus dilakukan BHD mereka ingin sekali tindakan yang mereka lakukan itu bisa tidak sia-sia, selain itu mereka tidak pernah membedakan antara pasien dari kalangan bawah atau atas, karena yang mereka pikirkan adalah keselamatan dan nyawa dari pasien tersebut.

6.8 Faktor yang paling Mempengaruhi dalam Pelaksanaan BHD

Pada hasil multivariat menunjukkan bahwa faktor yang paling mempengaruhi dalam pelaksanaan BHD adalah pengetahuan ($\beta=0,676$) disusul dengan pelatihan dengan nilai ($\beta=0,196$). Pengetahuan yang di dimiliki oleh perawat sebagai responden meliputi pengetahuan tentang cara melakukan BHD, pengetahuan membuka jalan nafas, melakukan CPR, kedalaman melakukan CPR, kecepatan kompresi, dan *High Quality* CPR.

Pengetahuan adalah proses dari pengetahuan seseorang yang didapatkan dari suatu panca indra, ada beberapa yang bisa memberikan pengaruh terhadap pengetahuan tersebut misalnya pendidikan, budaya, dan informasi (Lestari, 2015). Pengetahuan merupakan hal penting dan diperlukan oleh perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan, pengetahuan biasanya bisa diperoleh responden dari berbagai sumber, seperti: buku, pendidikan dan media masa, video bahkan alat teknologi canggih lainnya yang ada saat ini. Hal ini sama dengan teori yang dipaparkan (Cristian, 2009) dimana semakin bertambah pengetahuan seseorang maka akan baik pula keterampilan orang tersebut.

. Menurut Jance, Cheetham dan Baumgartner tahun 2009 yang menjelaskan proses pembelajaran dengan metode berbasis teknologi canggih akan meningkatkan aktivasi korteks prefrontal pada otak manusia. Peningkatan aktivasi ini akan memicu stimulasi kognitif dan memperkuat memori seseorang yang telah mempelajari suatu materi (Jäncke, Cheetham, & Baumgartner, 2009)

Menurut riset yang dilakukan (Fahiqi, 2016), dimana pelatihan adalah bagian dari pengembangan SDM yang memiliki tujuan agar menambah kemampuan dalam menjalankan tugasnya. Menurut Dharma, pelatihan mempunyai tujuan yaitu menambah pengertian perawat akan prinsip, prosedur, hingga hubungan, juga etika kerja yang diaplikasikan dalam organisasi. Sementara itu penelitian yang dilakukan (Yanti & Warsito, 2013), menyatakan bahwa ada hubungan antara pelatihan dan kualitas dari sebuah dokumentasi. Hasil dari (Yulia, 2010), menyatakan pelatihan mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap pengetahuan.

seorang perawat sebaiknya harus lebih sering mengikuti pelatihan agar lebih matang dan siap dalam menangani pasiennya. Pernyataan ini diperjelas dalam penelitian yang dilakukan oleh (Keenan et al., 2009), menyatakan bahwa pelatihan

sebaiknya dilaksanakan setiap 6-12 bulan agar mendapat penyegaran dan juga dapat mempertahankan kemampuan tentang BHD. Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Adryan, 2012), menyatakan bahwa seseorang yang pernah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan memiliki tingkat pengetahuan yang lebih dalam pelaksanaan BHD. Hasil ini juga di perkuat oleh hasil riset yang dilakukan (Chaundhary et al., 2011), yang mengemukakan dengan bertambahnya pengetahuan juga keterampilan CPR bisa dengan cara mengikuti pelatihan BHD.

6.9 Keterbatasan Penelitian

Perjalanan penelitian ini berjalan lancar dan tidak mempunyai kendala berarti. Selain itu pihak staf RS dan responden aktif juga kooperatif dan membantu dalam kelancaran penelitian. Namun ada keterbatasan penelitian dalam mengumpulkan responden secara bersamaan untuk menjelaskan prosedur dan tujuan penelitian dikarenakan kegiatan mereka yang padat di setiap shift dan sedikitnya perawat di ruangan IGD dan ICU di setiap shift sedangkan jumlah pasien sangat banyak, sehingga peneliti harus menjelaskan satu persatu ke setiap responden dan peneliti juga mengikuti shift kerja responden.

6.10 Implikasi Hasil Penelitian

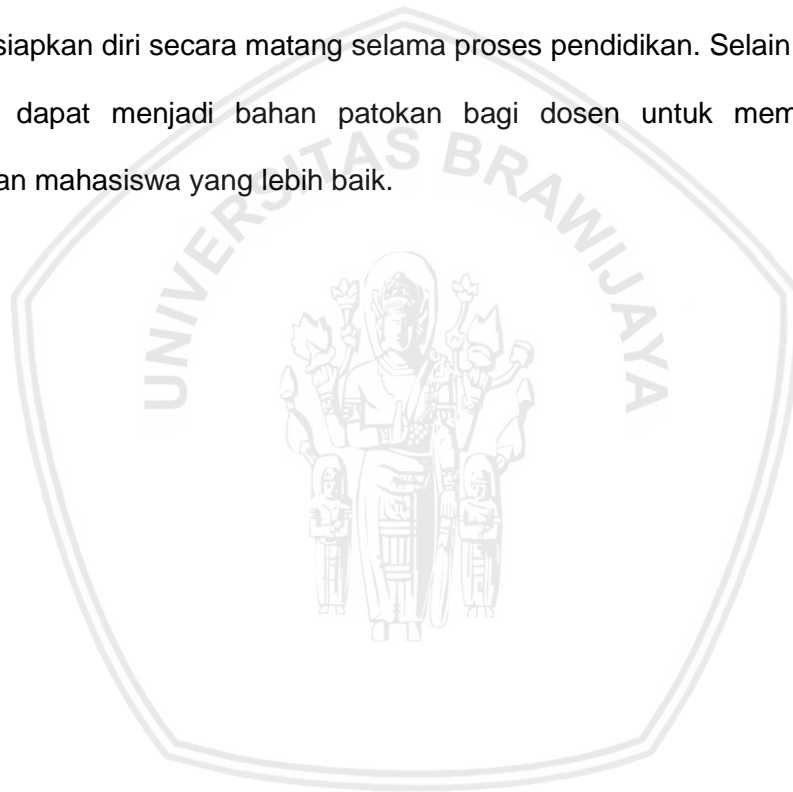
6.10.Implikasi terhadap Keperawatan

Berdasarkan beberapa variabel ternyata ada 5 variabel yang memiliki hubungan terhadap pelaksanaan BHD pada pasien cardiav arrest yaitu faktor pengetahuan, pendidikan, pelatihan, motivasi dan kesediaan. Sedangkan dari ke 5 faktor yang berpengaruh ternyata ada 2 faktor yang paling sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan BHD yaitu faktor pengetahuan dan pelatihan. Dengan teridentifikasinya faktor-faktor ini, pihak rumah sakit dapat meningkatkan kualitas pelayanannya pada ruangan IGD dan ICU terkait dengan cara memberikan tambahan pengetahuan bagi karyawannya dengan cara memberikan fasilitas atau

mengadakan pelatihan di rumah sakit terkait pelatihan yang dapat menambah pengetahuan dan keterampilan perawat dalam pelaksanaan BHD.

6.10.2 Implikasi terhadap pendidikan keperawatan

Diharapkan penelitian ini, bisa dijadikan informasi juga pengetahuan baru, juga dijadikan ilmu bagi keperawatan khususnya gawat darurat dalam area hospital. Semoga dari hasil penelitian ini dapat diberikan perhatian yang khusus agar kelak semua perawat yang akan terjun kelapangan atau dunia kerja dapat mempersiapkan diri secara matang selama proses pendidikan. Selain itu semoga hasil ini dapat menjadi bahan patokan bagi dosen untuk mempersiapkan pendidikan mahasiswa yang lebih baik.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bagian ini peneliti akan memaparkan kesimpulan, saran sesuai hasil penelitian juga pembahasan pada bagian sebelumnya terkait faktor yang mempengaruhi pelaksanaan BHD di IGD dan ICU RSUD Dr. Soedarso Pontianak.

7.1. Kesimpulan

- 7.1.1 Pengetahuan mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap keterlaksanaan BHD pada pasien *cardiac arrest* dimana semakin tinggi pengetahuan perawat maka semakin baik pula keterlaksanaan BHD sesuai dengan SOP.
- 7.1.2 Pendidikan mempunyai pengaruh yang bermakna dalam hal keterlaksanaan BHD pada pasien *cardiac arrest* sesuai dengan SOP oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak ($r= 0,499$).
- 7.1.3 Pelatihan mempunyai pengaruh dalam hal keterlaksanaan BHD pada pasien *cardiac arrest* sesuai dengan SOP oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak ($r= 0,680$).
- 7.1.4 Tidak ada pengaruh antara pengalaman perawat terhadap keterlaksanaan BHD pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak ($r= 0,150$).
- 7.1.5 Motivasi mempunyai pengaruh yang bermakna dalam hal keterlaksanaan BHD pada pasien *cardiac arrest* sesuai dengan SOP oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak ($r= 0,394$).
- 7.1.6 Tidak ada pengaruh antara sikap perawat terhadap keterlaksanaan BHD pada pasien *cardiac arrest* oleh perawat di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak ($r= 0,134$).

7.1.7 Kesiediaan mempunyai pengaruh yang bermakna dalam hal keterlaksanaan BHD pada pasien *cardiac arrest* sesuai dengan SOP di IGD dan ICU RSUD Dr Soedarso Pontianak ($r= 0,362$).

7.1.8 Faktor yang paling dominan mempengaruhi keterlaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU adalah pengetahuan ($\beta = 0,676$) dan pelatihan ($\beta = 0,196$)

7.1.9 Faktor yang yang tidak memiliki pengaruh terhadap pelaksanaan BHD oleh perawat di IGD dan ICU adalah sikap ($p= 0,326$) dan pengalaman ($p=0,270$)

7.2 Saran

Saran dari peneliti sesuai penelitian yang sudah dilaksanakan yaitu :

7.2.1 Penelitian terkait kemampuan perawat dalam melaksanakan BHD pada pasien henti jantung harus dapat diperbanyak dan diperluas lagi supaya dapat mengevaluasi secara objektif terkait kemampuan perawat sebagai bentuk refleksi terhadap keterampilan yang dimiliki oleh perawat tersebut.

7.2.2 Peningkatan pengetahuan terkait prosedur pelaksanaan BHD harus dilakukan secara berulang-ulang supaya kemampuan dan keterampilan perawat dapat meningkat dan bisa membantu perawat dalam mereview kembali pengetahuan yang sudah dimiliki.

7.2.3 Pelatihan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pelaksanaan BHD bagi seorang perawat maupun tenaga kesehatan lainnya. Kegiatan pelatihan secara berkala harusnya dilaksanakan secara rutin agar keterampilan perawat terkait prosedur pelaksanaan BHD bisa terlaksana dengan baik. Metode dalam bentuk simulasi atau demonstrasi dapat digunakan sebagai bentuk yang paling baik dalam menyelenggarakan pelatihan pada perawat atau tenaga kesehatan lainnya.

7.2.4 Pengetahuan dan pelatihan adalah faktor yang dominan berpengaruh terhadap pelaksanaan BHD. Pengetahuan merupakan bentuk

pembelajaran yang bisa di dapatkan oleh seseorang dengan cara misalnya baca buku, media informasi dan lain-lain. Sedangkan Pelatihan merupakan suatu bentuk pembelajaran yang dimodifikasi dalam bentuk kasus-kasus nyata yang biasa dialami oleh seorang perawat di RS dalam menolong korban henti jantung yang memerlukan tindakan BHD.



DAFTAR PUSTAKA

- Adryan, L. (2012). Pengaruh pendidikan non formal bantuan hidup dasar pada pasien dalam meningkatkan pengetahuan perawat di ruang IGD RSUD Kabupaten Majene.
- Alligood, Martha Raile. (2014). *Pakar Teori Keperawatan*: Elsevier.
- Ambar, T.S. (2009). *Manajemen sumber daya manusia*. Jogjakarta: Graha Ilmu.
- Arthur. (1998). *fisiologi kedokteran*. jakarta.
- Association, American Heart. (2010). Highlights of the 2010 American Heart Association guidelines for CPR and ECC. *Resuscitation*.
- Azwar, S. (2011). Sikap dan Perilaku. *Dalam: Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, 2, 3-22.
- Badrudin, A.M. (2013). Dasar-dasar manajemen. *DASAR-DASAR MANAJEMEN*(4), 1-141.
- Bala, & Rakhmat. (2014). Gambaran pengetahuan dan pelaksanaan bantuan hidup dasar perawat gawat darurat di instalansi gawat darurat RSUD labung Baji Makasar., 4(4).
- Bandura, A, 2010. . (2010). *Self Efficacy Mechanism in Psikological and Health Promoting Behavior*, Prentice Hall, New Jersey.
- Bawelle, S.C., Sinolungan, J.S.V., & Hamel, R.S. (2013). Hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan pelaksanaan keselamatan pasien (patient safety) di ruang rawat inap RSUD Liun Kendage Tahuna. *e-Journal Keperawatan*, 1(1).
- Benner, P., & Tenner, C. (1992). From beginner to expert: Gaining a differetiate3d clinical world in critical care nursing. *Advanced in Nursing Science*, 14, 13-28.
- Berg, Anne T, Berkovic, Samuel F, Brodie, Martin J, Buchhalter, Jeffrey, Cross, J Helen, van Emde Boas, Walter, . . . Mathern, Gary W. (2010). Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009. *Epilepsia*, 51(4), 676-685.
- Berg, Robert A, Hemphill, Robin, Abella, Benjamin S, Aufderheide, Tom P, Cave, Diana M, Hazinski, Mary Fran, . . . Swor, Robert A. (2010). Part 5: adult basic life support: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 122(18 suppl 3), S685-S705.
- Bobrow, B., Spaite, D.W., Berg, R.A., Stolz, U., Sanders, A.B., & Kern, K.B. (2012). Chest compression only CPR by lay rescuers and survival from out-of-hospital cardiac arrest. *The Journal of the American Medical Association*, 304(13), 1447-1454.
- Budiman, & Riyanto, A. (2013). *Kapita selekta kuesioner: pengetahuan dan sikap dalam penelitian kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Chaundhary, A., Parikh, H., & Dave, V. (2011). Current scenario : knowledge of basic life support in medical college. *National Journal of Medical Research*, 1(2), 80-82.
- Cheng-Yu, C., Yi-Ming, Weng, Shou-Chien, H., Chan-Wei, K., & Chung, H. (2016). Effect of population based training programs on by stander willingness to perform cardiopulmonary resuscitatiton. *Signa Vitae* 11(1).
- Craven, RC , & Jensen, S. . (2013). *Fudamental of nursing human health and function*. China: Wolter Kluwer Health.



- Cristian, W. (2009). American Journal of Respiratory and Care Medicine. *BNC Public Health*.
- Dahlan, M.S. (2016). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Dimiyati, Mudjiono. (2006). Belajar dan pembelajaran. *Jakarta: Rineka Cipta*.
- Edelson, DP, & Walsh, D. (2010). The science of CPR: Identifying the factors key to improved patient outcomes. *JEMS*, 35(12), 8-10.
- Eko, & Suparno. (2016). *pengembangan sumber daya manusia*. yogyakarta: pustaka pelajar.
- El-Sharkasy, M, Shenouda, M, El-Shei, E, Gida, N, & El-Shahat, MERVAT. (2015). Impact of First Aid Training Program for Car Drivers about Road Traffic Injuries in Port Said. *Med J Cairo Univ*, 38(2), 135-143.
- Elazazay, H. M., Abdelazez, A. L., & Elsaie, O. A. (2012). Effect of cardiopulmonary resuscitation training program on nurses knowledge and practice. *Life Sci J*, 9(4), 3494-3503.
- Erfandi. (2009). Pengetahuan dan faktor-faktor yang mempengaruhi.
- Fahiqi. (2016). HUBUNGAN PELATIHAN PERAWAT DENGAN PROFESIONALISME PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT BALADHIKA HUSADA KABUPATEN JEMBER. *Respiratory UNEJ*.
- Faiz, Omar , & Moffat, David. (2004). *Anatomy at a Glance*. Jakarta: Erlangga.
- Fanden, H., Morrison, L., Suster, M., Donnino, M., Sinz, M., & Lavonaz, E. (2010). Part 12 Cardiac arrest in special situation 2010 American Heart Association guideline for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Journal of the American Heart Circulation*.
- Fanshan, M., Lin, Z., Wenqing, L., Cunley, L., Yongqiang, L., & Li, N. (2012). Functions of standard CPR training on performance qualities of medical volunteers for Mt. Taisan International mountain festival. *BMC Emergency Medicine*, 13(1).
- Fathony, & Aziz, N. (2014). Hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang basic life support (BLS) dengan perilaku perawat dalam pelaksanaan primary survey di RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri. *STIKes Kusuma Husada*.
- Field, John, Hazinski, Merry, Saire, & Michael. (2010). Part 1: Executive summary: 2010 American Heart Association guideline for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care *Circulation*. doi: 2010.122.S640.S656
- Freitas, Juliana Santana de, Silva, Ana Elisa Bauer de Camargo, Minamisava, Ruth, Bezerra, Ana Lúcia Queiroz, & Sousa, Maiana Regina Gomes de. (2014). Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 454-460. doi: 10.1590/0104-1169.3241.2437
- Glaa, B., & Chick, S. (2011). Trained Nurse Location Model for In-hospital Cardiac Arrest Survival. *Abu Dhabi Education Council, Abu Dhabi*, 21.
- Guyton Arthur, C, & Hall, John E. (2007). Buku Ajar Fisiologi Kedokteran edisi 11. *Jakarta: EGC*, 1022-1023.
- Hamasu, S., Morimoto, T., Kuramoto, N., Horiguchi, M., Iwami, T., Nishiyama, C., . . . Maeda, Y. (2009). Effects of BLS training on factors associated with attitude toward CPR in college students. *Resuscitation*, 80(3), 359-364.
- Hardisman, H., & Pertiwi, D. (2014). Gambaran Distress Pada Mahasiswa Preklinik Tahun Ketiga Fakultas Kedokteran. *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia; The Indonesian Journal of Medical Education*, 3(3), 145-153.
- Herzberg, F., & Iklima. (2010). One more time. *How Do You Motivate Employees*, 4.

- Inayatullah. (2014). Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Asuhan Keperawatan Dengan Pedoman NANDA NOC dan NIC di Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang.
- Ivancevich, & John. (2008). *Prilaku dan manajemen organisasi*. Jakarta
- Jäncke, Lutz, Cheetham, Marcus, & Baumgartner, Thomas. (2009). Virtual reality and the role of the prefrontal cortex in adults and children. *Frontiers in Neuroscience*, 3(1).
- Jäntti, Helena. (2010). Cardiopulmonary resuscitation (CPR) quality and education. *Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja*.
- Kanoupakis, E. M. (2012). In-Hospital Cardiac Arrest. *Hospital Chronicles*, 7(2).
- Keenan, M., Lamacraft, G., & Joubert, G. (2009). A survey of nurses' basic life support knowledge and training at a tertiary hospital. *African Journal of Health Professions Education*, 1(1), 3-7.
- Krisanty, P. (2009). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat. *Jakarta: Trans Info Media*.
- Kusnanto. (2003). *Profesi dan praktik keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Lee, Iris SF, & Low, Lisa PL. (2010). Nurses' role in the early defibrillation of cardiac patients: implications for nursing in Hong Kong. *Contemporary nurse*, 35(1), 88-94.
- Lenjani, B., Kuntz, S., Pamela, S., Kristine, Q., & Linda, S. (2014). Cardiac arrest - cardiopulmonary resuscitation. *Journal of Acute Disease*, 14, 2221-6189.
- Lestari. (2015). *Kumpulan teori untuk kajian pustaka penelitian kesehatan*. Jogjakarta: Nuha Medika.
- Lim, S., Cheong, M., Jet, S., & Chew, J. (2014). Randomized control trial to compare retention rate of two cardiopulmonary resuscitation instruction method. *Resuscitation*, 85.
- Maliono, I. (2007). *Pengetahuan*. Jakarta: Lembaga Penerbitan FEUI.
- Maric-Bilkan, C., Arnold, A.P., Taylor, D.A., Dwinel, NM., Haulett, S.E., Weinger, N., . . . Lunberg, M. (2016). Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group on sex differences research in cardiovascular diseases: Scientific questions and challenges. *Hypertension*, 67(5), 802-807.
- Marquis, B., & Huston, C. (2010). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan: Teori dan aplikasi Edisi ke-4*. Jakarta: EGC.
- Meaney, P.A., Lavidney, F., Toured, J., & Voidht, B. (2010). Rhythms and outcomes of adults in hospital cardiac arrest. *Critical Care Medicine*, 38, 101-108.
- Meaney, Peter A, Bobrow, Bentley J, Mancini, Mary E, Christenson, Jim, de Caen, Allan R, Bhanji, Farhan, . . . Berg, Robert A. (2013). CPR quality: improving cardiac resuscitation outcomes both inside and outside the hospital: a consensus statement from the American Heart Association. *Circulation*, CIR. 0b013e31829d38654.
- Moretti. (2007). Advanced cardiac life support training improved long term survival from in hospital cardiac arrest *Journal of Resuscitation*, 72(3), 458-465.
- Mubarak, W., & Chayatin, N. (2009). Ilmu kesehatan masyarakat: teori dan aplikasi. *Jakarta: Salemba Medika*, 393.
- Murwani, S. (2008). *Asuhan keperawatan keluarga*. Jogjakarta: Mitra Cendik.
- Mutaqqin, A. (2009). *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler dan hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2003). Pendidikan dan perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi kesehatan : Teori dan aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, Soekidjo. (2012). Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan. *Jakarta: Rineka Cipta*, 45-62.
- Nursalam, M. (2015). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi ke-4: Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- PERKI. (2016). *Panduan praktik klinis (PPK) dan clinical pathway (CP) penyakit jantung dan pembuluh darah*
- Pratondo, & Oktavianus. (2010). Persepsi perawat tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan resusitasi jantung paru (RJP) di UPJ RSUP dr. Karyadi Semarang. *Jurnal STIKes Kusuma Husada*.
- Roshana, S. (2012). Basic life support: Knowledge and attitude of medical and paramedical professional. *World Journal of Emergency Medicine*.
- Sastrohadiwiryono. (2002). *Manajemen Tenaga Kerja Indonesia*. Bandung: Alfabeta.
- Sitorus, R., & Pandjaitan, R. (2011). *Buku ajar manajemen keperawatan*. Jakarta: EGC.
- spooner, Fallaha, Kocierz, Laura, Cristhoper, Smith, & Perkins. (2007). An Evaluatins of objectives feedback in basic life support (BLS) Training. *Resuscitation*, 417-424.
- Sriningsih, I. (2011). Faktor demografi, pengetahuan ibu tentang Air Susu Ibu dan pemberian ASI eksklusif. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(2).
- suhu, & lata. (2010). Simulation in resuscitation teaching and training, an evidence based practice review. *journal of emergency , trauma and shock*(3).
- Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Supratman, L. P., & Mahadian, A. B. . (2016). *psikolgi*. yogyakarta: Deepublish.
- Sutrisno, A., & Lee, T. (2011). Service reliability assessment using failure mode and effect analysis (FMEA): survey and opportunity roadmap. *International journal of engineering, science and technology*, 3(7), 25-38.
- Syah, Muhibbin. (2008). *Psikologi Pendidikan dengan Pendekatan Baru*, . Bnadung: Remaja Rsdka Karya.
- Travers, A. H., Perkins, G. D., Berg, R. A., Castren, M., Considine, J., Escalante, R., . . . Vaillancourt, C. (2015). Part 3: Adult Basic Life Support and Automated External Defibrillation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 132(16 Suppl 1), S51-83. doi: 10.1161/CIR.0000000000000272
- Travers, Andrew H, Rea, Thomas D, Bobrow, Bentley J, Edelson, Dana P, Berg, Robert A, Sayre, Michael R, . . . Swor, Robert A. (2010). Part 4: CPR overview: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 122(18 suppl 3), S676-S684.
- Turangan, T. W. S., Kumaat, L., & Malara, R. (2017). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan perawat dalam menghadapi cardiac arrest di RSUP Prof. R. D. Kadou Manado. *e-Journal Keperawatan* 5(1).
- Uno, B. (2011). Teori Motivasi dan Pengukurannya. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Wawan, A, & Dewi, M. (2011). *Teori & Pengukuran Pengetahuan, Perilaku, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wayne., Mondy R. (2008). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. jakarta: Erlangga
- Widodo, S.E. (2015). Manajemen Pengembangan Sumber Daya Manusia. *Yogyakarta: Pustaka Pelajar*.
- Wiyana. (2008). Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kinerja Perawat di Rumah Sakit Tingkat III ambon *Jurnal Manajemen Administrasi Rumah Sakit. Universitas Maluku*.

- Wolff, Martin. (2010). Probabilistic Subsurface Forecasting-What Do We Really Know? *Journal of Petroleum Technology*, 62(05), 86-92.
- Yanti, R.I., & Warsito, B.E. (2013). Hubungan karakteristik perawat dan motivasi dan supervisi dengan kualitas dokumentasi proses asuhan keperawatan.
- Yoga, Aditama Tjandra. (2010). *Manajemen administrasi rumah sakit*. Jakarta: UI Press.
- Yulia, S. (2010). Pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien di RS Tugu Ibu Depok.

