

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan menjelaskan tentang konsep dari: 1. Pendidikan Kesehatan, 2. Konsep BHD (Bantuan Hidup Dasar), 3. Pengetahuan, 4. Konsep Sikap.

#### **2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan**

##### **2.1.1 Definisi**

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, di mana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi atau teori dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur , akan tetapi perubahan tersebut terjadi karena adanya kesadaran dari dalam individu, kelompok atau masyarakat itu sendiri (Wahid Iqbal M&Nurul Chayatin, 2009)

Sedangkan Menurut Erwin Setyo K (2012) “Pendidikan Kesehatan adalah proses membantu seseorang, dengan bertindak secara sendiri-sendiri ataupun secara kolektif, untuk membuat keputusan berdasarkan pengetahuan mengenai hal hal yang mempengaruhi kesehatan pribadinya dan orang lain untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatannya dan tidak hanya mengaitkan diri pada peningkatan pengetahuan , sikap dan praktik saja, tetapi juga meningkatkan dan memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan dan penuh kesadaran.

Jadi pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku hidup sehat atas yang di dasari atas kesadaran diri baik itu di dalam individu, kelompok

ataupun masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Proses perubahan perilaku siswa disekolah salah satunya diperoleh dari proses pembelajaran dalam pendidikan jasmani olahraga dan kesehatan.

Menurut Kurniadi (2007), melalui pendidikan manusia menyadari hakikat dan martabat di dalam relasinya yang tidak terpisahkan dengan alam lingkungan dan sesamanya. Ini berarti, pendidikan sebenarnya mengarahkan manusia menjadi insan yang sadar diri dan sadar lingkungan. Pendidikan kesehatan juga merupakan usaha atau kegiatan untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap maupun ketrampilan untuk mencapai hidup sehat secara optimal (Herawani, 2002).

Melakukan upaya-upaya agar para pembuat keputusan atau penentu kebijakan tersebut mempercayai dan meyakini bahwa program kesehatan yang ditawarkan perlu didukung melalui kebijakan-kebijakan atau keputusan-keputusan politik.

1. Menjembatani (*Mediate*)

Diperlukan kerja sama dengan lingkungan maupun sektor lain yang terkait dalam melaksanakan program-program kesehatan.

2. Memampukan (*Enable*)

Memberikan kemampuan dan keterampilan kepada masyarakat agar mereka dapat mandiri untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Notoatmodjo, 2003).

3. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain:

1) Dimensi Sasaran

- a. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
- b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
- c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.

2) Dimensi Tempat Pelaksanaan

Pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, misalnya :

- a. Pendidikan kesehatan di sekolah, dengan sasaran murid.
- b. Pendidikan kesehatan di rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lainnya, dengan sasaran pasien dan keluarga pasien.
- c. Pendidikan kesehatan di tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan.

3) Dimensi Tingkat Pelayanan Kesehatan

Pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) menurut Leavel dan Clark, yaitu sebagai berikut :

a. Peningkatan Kesehatan (*Health Promotion*)

Peningkatan status kesehatan masyarakat dapat dilakukan melalui beberapa kegiatan seperti pendidikan kesehatan (*health education*), penyuluhan kesehatan, pengadaan rumah sakit, konsultasi perkawinan, pendidikan seks, pengendalian lingkungan, dan lain-lain.

b. Perlindungan Umum dan Khusus (*General and Specific Protection*)

Perlindungan umum dan khusus merupakan usaha kesehatan untuk memberikan perlindungan secara khusus atau umum kepada seseorang atau masyarakat. Bentuk perlindungan tersebut seperti imunisasi dan higiene perseorangan, perlindungan diri dari kecelakaan, kesehatan kerja, pengendalian sumber-sumber pencemaran, dan lain-lain.

c. *Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera atau Adekuat (Early diagnosis and Prompt Treatment)*

Pengetahuan dan kesadaran masyarakat yang rendah terhadap kesehatan mengakibatkan masyarakat mengalami kesulitan untuk mendeteksi penyakit bahkan enggan untuk memeriksakan kesehatan dirinya dan mengobatai penyakitnya.

d. *Pembatasan Kecacatan (Disability Limitation)*

Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit sering membuat masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas, yang akhirnya dapat mengakibatkan kecacatan atau ketidakmampuan. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan pada tahap ini dalam bentuk penyempurnaan dan intensifikasi terapi lanjutan, pencegahan komplikasi, perbaikan fasilitas kesehatan, penurunan beban sosial penderita, dan lain-lain.

e. *Rahabilitasi (Rehabilitation)*

Latihan diperlukan untuk pemulihan seseorang yang telah sembuh dari suatu penyakit atau menjadi cacat. Karena kurangnya

pengetahuan dan kesadaran tentang pentingnya rehabilitasi, masyarakat tidak mau untuk melakukan latihan-latihan tersebut (Mubarak dan Chayatin, 2009, p.358).

### **2.1.2 Metode Pendidikan Kesehatan**

Metode pendidikan Individual (perorangan) Bentuk dari metode individual ada 2 (dua) bentuk :

1. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)
2. Wawancara (*Interview*)

### **2.1.3 Metode Pendidikan Kelompok**

Metode pendidikan kelompok harus memperhatikan apakah kelompok itu besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

#### **1. Kelompok besar**

- a. Ceramah ;metode yang cocok untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.
- b. Seminar ; hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

#### **2. Kelompok kecil**

- a. Diskusi kelompok ; dibuat sedemikian rupa sehingga saling berhadapan, pimpinan diskusi/penyuluh duduk diantara peserta agar tidak ada kesan lebih tinggi, tiap kelompok punya kebebasan mengeluarkan pendapat, pimpinan diskusi memberikan pancingan, mengarahkan, dan mengatur

sehingga diskusi berjalan hidup dan tak ada dominasi dari salah satu peserta.

- b. Curah pendapat (*Brain Storming*) ; merupakan modifikasi diskusi kelompok, dimulai dengan memberikan satu masalah, kemudian peserta memberikan jawaban/tanggapan, tanggapan/jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart/papan tulis, sebelum semuanya mencurahkan pendapat tidak boleh ada komentar dari siapa pun, baru setelah semuanya mengemukakan pendapat, tiap anggota mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.
- c. Bola salju (*Snow Balling*) ; tiap orang dibagi menjadi pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya terjadi diskusi seluruh kelas.
- d. Kelompok kecil-kecil (*Buzz group*) ; kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil, kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama/tidak sama dengan kelompok lain, dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dan dicari kesimpulannya.
- e. Memainkan peranan (*Role Play*) ; beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan tertentu, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dll,

sedangkan anggotalainnya sebagai pasien/anggota masyarakat. Mereka memperagakan bagaimana interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

- f. Permainan simulasi (*Simulation Game*) ; merupakan gambaran role play dan diskusi kelompok. Pesan-pesan disajikan dalam bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (penunjuk arah), dan papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai nara sumber

#### **2.1.4 Media pendidikan kesehatan**

Media pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan (*audio visual aids/AVA*). Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (media), media ini dibagi menjadi 3 : cetak, elektronik, media papan (bill board)

##### **1. Media cetak**

- a. *Booklet* : untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- b. *Leaflet* : melalui lembar yang dilipat, isi pesan bias gambar / tulisan atau keduanya.
- c. *Flyer (selebaran)* ; seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
- d. *Flip chart (lembarBalik)* ; pesan / informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana tiap lembar

(halaman) berisi gambar peragaan dan di baliknya berisi kalimat sebagai pesan / informasi berkaitan dengan gambar tersebut.

- e. *Rubrik / tulisan-tulisan* pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- f. *Poster* ialah bentuk media cetak berisi pesan-pesan / informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- g. *Foto*, yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.

## **2. Media elektronik**

- a. Televisi ; dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi/Tanya jawab, pidato/ceramah, TV, Spot, quiz, atau cerdas cermat, dll.
- b. Radio ; bias dalam bentuk obrolan/tanyajawab, sandiwara radio, ceramah, radio spot, dll.
- c. *Video Compact Disc (VCD)*
- d. Slide : slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan/informasi kesehatan.
- e. Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan.

## **3. Media papan(*bill board*)**

Papan/*bill board* yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan-pesan atau informasi – informasi kesehatan. Media papan di sini

juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus/taksi) (Notoatmodjo, 2003).

### **2.1.5 Tujuan Pendidikan Kesehatan**

Secara umum tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu dan masyarakat di bidang kesehatan (Notoatmodjo, 2003). Menurut Effendi (2000), tujuan pendidikan kesehatan yang paling pokok adalah tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam memelihara perilaku sehat serta berperan aktif dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Banyak faktor yang perlu diperhatikan dalam keberhasilan pendidikan kesehatan, antara lain tingkat pendidikan, tingkat social ekonomi, adat istiadat, kepercayaan masyarakat, dan ketersediaan waktu dari masyarakat.

Materi yang disampaikan hendaknya disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan mulai dari individu, keluarga, dan masyarakat sehingga dapat langsung dirasakan manfaatnya. Sebaiknya saat memberikan pendidikan kesehatan menggunakan bahasa yang mudah dipahami dalam bahasa kesehariaannya dan menggunakan alat peraga untuk mempermudah pemahaman serta menarik perhatian sasaran (Walgino, 2000).

Metoda yang dipakai dalam pendidikan kesehatan hendaknya dapat mengembangkan komunikasi dua arah antara yang memberikan pendidikan kesehatan terhadap sasaran, sehingga diharapkan pesan yang disampaikan akan lebih jelas dan mudah dipahami. Metoda yang dipakai antara lain: curah pendapat, diskusi, demonstrasi, simulasi dan bermain peran.

### **2.1.6 Sasaran dan Tempat Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan dalam 3 kelompok, yaitu pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu, pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok dan pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat.

Pelaksanaan pendidikan kesehatan dalam 3 bagian, yaitu; 1) Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid yang pelaksanaannya diintegrasikan dalam usaha kesehatan sekolah (UKS); 2) Pendidikan kesehatan di pelayanan kesehatan, dilakukan di Pusat Kesehatan Masyarakat, Balai Kesehatan, Rumah Sakit Umum maupun khusus dengan sasaran pasien dan keluarga pasien; 3) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan. Suliha (2002),

## **2.2 Konsep Teori Bantuan Hidup Dasar (BHD)**

### **2.2.1 Pengertian Bantuan Hidup Dasar (BHD)**

Bantuan Hidup Dasar atau *Basic Life Support* merupakan sekumpulan intervensi yang bertujuan untuk mengembalikan dan mempertahankan fungsi vital organ pada korban henti jantung dan henti nafas. Intervensi ini terdiri dari pemberian kompresi dada dan bantuan nafas (Hardisman, 2014).

Menurut Krisanty (2009) Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan ventilasi pada pasien henti jantung atau henti nafas melalui RJP/CPR.

Menurut AHA *Guidelines* tahun 2005, tindakan BHD ini dapat disingkat teknik ABC pada prosedur CPR (*Cardio Pulmonary Resuscitation*) yaitu:

1. A (*Airway*) : Menjaga jalan nafas tetap terbuka
2. B (*Breathing*) : Ventilasi paru dan oksigenasi yang adekuat
3. C (*Circulation*) : Mengadakan sirkulasi buatan dengan kompresi jantung paru.

Pada tanggal 18 Oktober 2010, AHA (*American Heart Association*) mengumumkan perubahan prosedur CPR (*Cardio pulmonary Resuscitation*) yang sebelumnya menggunakan A-B-C (*Circulation-Airway-Breathing*).

### **2.2.2 Indikasi Bantuan Hidup Dasar**

1. Henti napas

Henti nafas dapat disebabkan karena tenggelam, stroke, obstruksi jalan nafas oleh benda asing oleh benda asing, inhalasi asap, kelebihan dosis obat, terkena aliran listrik, trauma, *suffocation*, *Myocard Cardiac Infark* (MCI), koma.

2. Henti jantung cardiac arrest

Henti jantung dapat mengakibatkan : fibrilasi ventrikel, takhikardi ventrikel, asistol (Krisanty, 2009)

3. Tujuan Bantuan Hidup Dasar

Tindakan Bantuan Hidup Dasar (BHD) memiliki berbagai macam tujuan (Krisanty, 2009). Yaitu:

- a. Mempertahankan dan mengembalikan fungsi oksigen organ-organ vital (otak, jantung dan paru).
- b. Mencegah berhentinya sirkulasi atau berhentinya respirasi.

- c. Memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan ventilasi dari korban yang mengalami henti jantung atau henti napas melalui (Resusitasi Jantung Paru).

#### 4. Langkah-langkah Bantuan Hidup Dasar

Langkah-langkah Bantuan Hidup Dasar menurut (AHA, 2010). Sebagai berikut:

##### 1) Proteksi diri

Pastikan keselamatan anda dan korban apabila anda menemukan penderita, hal yang paling utama sebelum melakukan bantuan adalah proteksi diri. Mengingat saat ini begitu banyak penyakit menular yang telah beredar di masyarakat.

##### 2) Periksa kesadaran korban

Periksa dan tentukan dengan cepat bagaimana respon korban. Periksa keadaan pasien tanpa teknik *Look, Listen and Feel*. Penolong harus menepuk korban dengan hati-hati pada bahunya dan berteiak pada korban.

##### 3) Panggil bantuan

Bila anda berada diluar rumah sakit maka harus segera mengaktifkan sistem gawat darurat/*Emergency Medical System (EMS)*

##### 4) Memperbaiki posisi korban dan posisi penolong

###### a. Posisi korban

a) supin, permukaan datar dan lurus

b) Memperbaiki posisi korban dengan cara *log roll/in line* bila dicurigai cedera spinal.

c) Jika pasien tidak bisa terlentang, mkisalnya operasi tulang belakang RJP (Resusitasi Jantung Paru) dengan posisi terkurap.

b. Posisi penolong

Posisi penolong harus diatur senyaman mungkin dan memudahkan untuk melakukan pertolongan yakni di samping atau di atas kepala korban.

c. *Circulation*

Segera lakukan pembalutan bilamana terjadi pendarahan.

5) Kaji nadi

Tentukan denyut nadi tidak ada, pemeriksaan nadi dilakukan pada arteri karotis selama 5-10 detik, bila denyut nadi ada, tetapi pernafasan tidak ada maka pertolongan pernafasan dilakukan 2 x nafas awal (1,5-2 detik setiap napas) kemudian 12x/ menit pertolongan pernafasan, bila denyut nadi tidak teraba maka lakukan kompresi dada.

6) Kompresi dada

Kompresi dada akan menyebabkan sirkulasi ke paru-paru dan diikuti oleh ventilasi. Posisi tangan yang tepat waktu nkompresi:

- a. Dengan jari telunjuk dan jari tengah menentukan batas bawah iga pasien.
- b. Jari-jari menelusuri dimana iga bertemu dengan stemum
- c. Jari telunjuk diletakkan disebelahnya pada bagian bawah sterum.
- d. Bagian telapak tangan yang dekat dengan kepala pasien diletakkan pada bagian bawah sternum

- e. Tangan yang lalu diletakan diatas tangan yang berada pada sternum sehingga kedua tangan berada pada posisi sejajar.
- f. Jari-jari dapat diluruskan atau menyilang tetapi tidak boleh menyentuh dada.
- g. Karena terdapat berbagai bentuk dan ukuran tangan, maka posisi tangan ialah menggunakan pergelangan tangan yang berada pada dada dengan tangan yang berada dibagian sternum.

7) Teknik kompres yang tepat :

- a. Siku dipertahankan pada posisi lengan diluruskan dan bahu penolong berada pada posisi langsung diatas tangan sehingga setiap penekanan kompresi dada luar dilakukan lurus kebawah sternum.
- b. Tekanan kompresi dilepaskan agar dapat mengalir kedalam jantung, tekanan harus dilepaskan dan dada harus dibiarkan kembali keposisi normal, waktu yang digunakan untuk pelepasan harus sama dengan waktu yang digunakan untuk kompresi.
- c. Tangan tidak boleh diangkat dari dada atau diubah posisinya.

Untuk dewasa minimal 100 kompresi per menit dengan kedalaman kompresi minimal 2 inci/ 5 cm. Rasio kompresi dan ventilasi adalah 30 kompresi : 2 ventilasi. Untuk bayi harus 2 jari di atas sternum, dan menekan dengan kedalaman 1 inci/4 cm, dengan rasio kompresi dan ventilasi 30:2 untuk 1 orang penolong dan 15:2 untuk 2 orang penolong.

Indikasi RJP (Resusitasi Jantung Paru) hingga kini masih menjadi perdebatan, namun beberapa hal yang menjadi pertimbangan antara lain:

- 1) Korban telah menunjukkan tanda-tanda kematian.
- 2) Sudah ada respon dari korban (napas dan nadi mulai ada).
- 3) Ada penolong yang lebih berkompeten.

Pada orang yang tidak sadar, tindakan pembebasan jalan nafas harus dilakukan . satu hal yang penting untuk diingat adalah, bahwa dengan melihat pergerakan pipi pasien tidaklah menjamin bahwa pasien tersebut benar-benar bernafas (pertukaran udara). Tetapi secara sederhana pasien itu sedang berusaha untuk bernafas. Pengkajian pada *airway* juga harus melihat tanda-tanda adanya sumbatan benda asing dalam mulut yakni dengan menggunakan teknik *cross finger* , jika terdapat benda asing dalam mulut maka harus dikeluarkan dengan usapan jari atau dikenal dengan teknik *finger swab*.

Teknik yang digunakan dalam membuka jalan napas yakni dengan *chin lift-head tilt* dan juga dicurigai terdapat trauma cervical dapat menggunakan *teknik jaw thrust*.

- 1) Teknik chin lift-head tilt
  - a. Posisikan pasien dalam keadaan terlentang, letakan satu tangan di dahi dan letakan ujung jari tangan yang lain dibawah daerah tulang pada bagian tengah rahang bawah pasien (dagu).
  - b. Tengadahkan kepala dengan menekan perlahan dahi pasien.

- c. Gunakan ujung jari anda untuk mengangkat dagu dan menyokong rahang bagian bawah. Jangan menekan jaringan lunak dibawah rahang karena dapat menimbulkan obstruksi jalan napas.
- d. Usahakan mulut untuk tidak menutup. Untuk mendapatkan pembukaan mulut yang adekuat, anda dapat menggunakan ibu jari untuk menahan dagu supaya bibir bawah pasien tertarik belakang.

## 2) *Teknik Jaw Thust*

- a. Pertahankan dengan hati-hati agar posisi kepala, leher dan spinal pasien tetap satu garis
- b. Ambil posisi diatas kepala pasien, letakan lengan sejajar dengan permukaan pasien berbaring.
- c. Perlahan letakan tangan pada masing-masing sisi rahang bawah pasien, pada sudut rahang dibawah telinga.
- d. Stabilkan kepala pasien dengan lengan anda.
- e. Dengan menggunakan jari telunjuk, dorong sudut rahang bawah pasien kearah atas dan depan.
- f. Anda mungkin membutuhkan mendorong kedepan bibir bagian bawah pasien dengan menggunakan ibu jari untuk mempertahankan mulut tetap terbuka.
- g. Jangan mendingakkan atau memutar kepala pasien.

Pertukaran gas yang terjadi pada saat bernapas mutlak untuk pertukaran oksigen dan mengeluarkan karbondioksida dari tubuh. Ventilasi yang baik meliputi fungsi yang baik dari paru, dinding dada, dan diafragma. Setiap komponen ini harus dievaluasi dengan cepat selama 5 detik, paling lama 10 detik.

1) Bantuan napas dilakukan dengan cara:

a. Mulut ke mulut

Penolong memberikan bantuan napas langsung kemulut korban dengan menutup hidung dan meniupkan udara langsung ke mulut, namun hal ini sangat beresiko untuk dilakukan apalagi pasien yang tidak dikenal mengingat bahaya menyakit menular.

b. Mulut ke hidung

c. Ventilasi mulut ke mask

d. Ventilasi mulut ke *bag-valve-mask*

e. Defibrilasi dengan AED (*Automatic External Defibrillation*)

## **2.3 Konsep Pengetahuan**

### **2.3.1 Definisi Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia yakni : indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan adalah pengalaman actual yang tersimpan dalam kesadaran manusia. Pengetahuan dapat menjelaskan korelasi antara suatu peristiwa atau gejala dengan peristiwa atau gejala lainnya. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (overt behavior). Dalam buku (Notoatmodjo,2007, komarudin 2000).

### **2.3.2 Tingkat Pengetahuan**

Menurut (Notoatmodjo, 2007), pengetahuan yang mencakup dalam dominan kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

### 1. Tahu (*Know*)

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

### 2. Memahami (*comprehension*)

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

### 3. Aplikasi (*application*)

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

### 4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

### 5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesi adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi yang ada.

#### 6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini dikaitkan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu criteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan criteria-kriteria yang ada.

### **2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa factor antara lain factor internal meliputi usia, intelegensi, pemahaman, keyakinan, dan system nilai/ kepercayaan. Dan factor eksternal meliputi pendidikan formal/informal, pergaulan dan lingkungan social, sarana informasi, social ekonomi dan budaya, latar belakang pendidikan (Notoatmodjo, 2003 dalam Subarkah, 2008).

1. Menurut beberapa ahli, factor internal yang mempengaruhi pengetahuan adalah :

- a. Usia

Adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun (Hurlock, 1999). Semakin bertambahnya usia seseorang, maka akan bertambah pula pengetahuannya seiring dengan pengalaman hidup.

- b. Intelegensi

Adalah daya membuat reaksi/ penyesuaian untuk tepat dan cepat, baik secara fisik maupun mental terhadap pengalaman dan pengetahuan yang siap untuk dipakai apabila dihadapkan pada fakta/ kondisi baru (Poerwodarminto, 1995).

c. Pemahaman

Adalah proses, perbuatan, cara memahami atau memahamkan (Poerwodarminto, 1995). Seseorang yang memiliki tingkat pemahaman yang baik lebih mudah memperoleh informasi yang tepat sehingga pengetahuannya akan bertambah.

d. Keyakinan

Adalah kepercayaan yang sungguh-sungguh, kepastian, ketentuan bagian agama atau religi yang menjadi keyakinan atau kepercayaan dan penganutnya (Poerwodarminto, 1995). Dengan meyakini konsep-konsep kebenaran tersebut seseorang dapat menambah pengetahuannya

e. System Nilai Kepercayaan

Adalah anggapan atau keyakinan bahwa sesuatu yang dipercayai itu benar atau nyata (Poerwodarminto, 1995). Kepercayaan yang benar akan memahamkan persepsi pengetahuan yang benar, demikian juga sebaliknya.

2. Faktor Eksternalnya adalah :

a. Pendidikan (formal/ informal)

Pendidikan adalah pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok dan masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

b. Pergaulan dan lingkungan social

Pergaulan adalah kehidupan bermasyarakat (Depdikbud, 2002). Lingkungan social adalah kekuatan masyarakat serta berbagai sistem norma disekitar individu atau kelompok manusia yang mempengaruhi tingkah laku mereka dan interaksi antar mereka (Depdikbud, 2002)

c. Sarana informasi (media massa dan media elektronik)

Menurut Notoatmodjo (2003) bahwa informasi adalah salah satu factor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang, informasi yang diperoleh dari berbagai sumber akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Bila seseorang memperoleh informasi, maka ia cenderung mempunyai pengetahuan yang lebih luas. Depdikbud (2001) sumber informasi adalah proses pemberitahuan yang dapat membuat seseorang mengetahui informasi dengan mendengar atau melihat sesuatu secara langsung maupun tidak langsung dan semakin banyak informasi yang didapat akan semakin luas pengetahuan seseorang. Keunggulan dari televise adalah pertama, dari segi waktu tergolong cepat dalam menyebarkan berita atau informasi kepada masyarakat luas. Kedua, televisi memiliki audio visual.

Dengan gambar yang bergerak ditambah efek suara dapat menambah audiensinya dalam memahami isi berita. Ketiga, dalam jangkauannya media televisi tergolong memiliki jangkauan yang cukup luas, sedangkan kelemahan dari televisi yakni tidak dapat diulang. Bila audiens lalai dalam mengikuti suatu bentuk berita atau informasi, maka tidak akan ada siaran ulang atau tayangan ulang. Dengan semakin banyaknya mendapat informasi semakin paham pula tentang informasi yang telah diberikan (Wawan A, 2011).

d. Sosial ekonomi dan budaya

Sosial merupakan variable yang menggambarkan tingkat kehidupan seseorang. Ekonomi yang tidak memadai dapat membuat seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada misalnya untuk membeli obat, membayar transport, dan sebagai yang dapat mengakibatkan perbedaan (Notoatmodjo, 2003).

e. Latar Belakang Keluarga

Semakin tinggi tingkat pendidikan keluarga semakin mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki (Notoatmodjo, 2003)

f. Pengalaman

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman ini merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

#### **2.3.4 Proses Adopsi Pengetahuan**

Penilaian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

1. Awareness (Kesadaran), dimana orang tersebut
2. Interest (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut untuk menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek). Didini sikap subjek sudah mulai timbul.
3. Evaluation (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. Trial (mencoba), dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
5. Adoption, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus

### **2.3.5 Pengukuran Pengetahuan**

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan memberikan seperangkat alat tes/ kuesioner tentang objek pengetahuan yang mau diukur. Selanjutnya dilakukan penilaian dimana setiap jawaban benar dari masing-masing pertanyaan diberi nilai 1 jika salah diberi nilai 0 (Notoatmodjo, 2003).

Penilaian dilakukan dengan cara membandingkan jumlah skor jawaban dengan skor yang diharapkan (tertinggi) kemudian dilakukan 100% dan hasilnya berupa persentasi dengan rumus yang digunakan sebagai :

$$P = f/n \times 100$$

Keterangan :

P = Persentasi

F = frekuensi dari seluruh alternative jawaban yang menjadi pilihan yang telah dipilih

Responden atas pernyataan yang diajukan.

N = jumlah frekuensi seluruh alternative jawaban yang menjadi pilihan responden selaku

Peneliti 100% = bilangan genap (Arikunto, 2006).

Selanjutnya pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala likertyang bersifat kualitatif, yaitu :

1. Baik : hasil persentasi 76%-100%
2. Cukup : hasil presentasi 56%-75%
3. Kurang : hasil prsentasi <56% (Nursalam, 2003)

## **2.4 Konsep Sikap**

### **2.4.1 DefinisiSikap**

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2003).

### 2.4.2 Struktur Sikap

Menurut Baron dikutip dari Wawan & Dewi (2010), ada 3 komponen yang membentuk sikap yaitu:

- 1 Komponen kognitif yaitu komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan, keyakinan, yaitu hal-hal yang berhubungan dengan bagaimana orang mempersepsi terhadap sikap.
- 2 Komponen afektif merupakan komponen yang berhubungan dengan rasa senang maupun tidak senang terhadap objek sikap.
- 3 Komponen konatif yaitu komponen yang berhubungan dengan kecenderungan bertindak terhadap objek sikap.

### 2.4.3 Tingkatan Sikap

Menurut Notoadmodjo (2003), sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni:

- 1 Menerima (*receiving*)  
Menerima diartikan bahwa orang (*subyek*) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (*obyek*)
- 2 Merespon (*responding*)  
Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap.
- 3 Menghargai (*vuluing*)  
Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah.
- 4 Bertanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko. Ini merupakan tingkatan sikap yang paling tinggi.

#### **2.4.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap:**

##### **1. Pengalaman Pribadi**

Sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

##### **2. Pengaruh orang lain yang dianggap penting**

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang searah dengan orang yang dianggap penting

##### **3. Kebudayaan**

Kebudayaan telah mewarnai sikap masyarakat, karena kebudayaanlah yang memberi corak pengalaman masyarakat.

##### **4. Media Massa**

Menurut Fishben & Ajzen, sikap sebagai predisposisi yang dipelajari untuk merespon secara konsisten dalam cara tertentu berkenaan dengan objek tertentu.

Sherif & Sherif menyatakan bahwa sikap menentukan kejelasan dan kekhasan perilaku seseorang dalam hubungannya dengan stimulus manusia atau kejadian-kejadian tertentu. Sikap merupakan suatu keadaan yang memungkinkan timbulnya suatu perbuatan atau tingkah laku (dalam Dayakisni & Hudaniah, 2003).

#### **2.4.5 Komponen sikap**

Sikap adalah respon seseorang terhadap stimulus atau obyek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya)(Notoatmodjo, 2010). Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap adalah merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup.

Komponen pokok sikap :

Menurut Allport (1954) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) sikap terdiri dari 3 komponen pokok :

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*).Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari beberapa singkatan menurut Notoatmodjo (2003), yaitu:

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap, karena dengan suatu usaha untuk

menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah adalah orang berarti menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap paling tinggi.

Sikap adalah suatu bentuk evaluasi dan reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*infavorable*) pada objek tersebut (Azwar, 2008).

#### **2.4.6 Cara pengukuran sikap**

Cara pengukuran sikap bisa dengan menggunakan skala likert yang terdiri dari 3 point, yaitu:

- 1) Baik
- 2) Cukup
- 3) Kurang

Penilaian sikap dalam penelitian :

a. Pernyataan Positif

- a) Baik diberi skor = 3
- b) Cukup diberi skor = 2
- c) Kurang diberi skor = 1

b. Pernyataan Negatif

- a) Baik diberi skor = 1
- b) Cukupdiberi skor = 2
- c) Kurangdiberi skor = 3

c. Kriteria penilaian pada hasil :

- a. Baik, jika persentase jawaban : 76% - 100%
- b. Cukup, jika persentase jawaban : 51% - 75%
- c. Kurang, jika persentase jawaban :  $\leq 50\%$

(Hidayat, 2010)