

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Pengetahuan

a. Pengertian

Menurut Notoatmodjo (2014), pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yaitu: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*) (Wawan dan Dewi, 2011).

b. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2014), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 (enam) tingkatan yaitu :

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima sebelumnya.

2) Memahami (*comprehension*)

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

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya terjadi.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam satu bentuk keseluruhan yang baru, atau dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang sudah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

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

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2014).

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-Faktor yang mempengaruhi pengetahuan (Dewi & Wawan, 2011)

1) Faktor Internal

- a) Pendidikan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup.
- b) Pekerjaan. Merupakan kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga.
- c) Umur. Usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam dalam berfikir dan bekerja.

2) Faktor Eksternal

- a) Faktor lingkungan. Lingkungan merupakan suatu kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.
- b) Informasi. Seseorang mempunyai sumber informasi lebih akan mempunyai pengetahuan lebih luas.
- c) Sosial Budaya. Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.
- d) Sosial ekonomi. Sosial ekonomi, tingkat kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup. Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi akan menambah tingkat pengetahuan.

d. Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Wawan dan Dewi (2011), ada beberapa cara untuk memperoleh pengetahuan, yaitu :

1) Cara Tradisional

a) Cara Coba Salah (*Trial and Error*)

Cara coba salah ini dipakai orang sebelum kebudayaan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan “kemungkinan” dalam memecahkan masalah dan apabila “kemungkinan” ini tidak berhasil maka akan dicoba lagi.

b) Cara Kekuasaan atau Otoritas

Sumber pengetahuan cara ini dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas baik berupa pimpinan-pimpinan masyarakat formal maupun informal, ahli agama, pemegang pemerintah, tanpa menguji terlebih dahulu atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta yang empiris maupun pendapat sendiri.

c) Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi masa lalu.

2) Cara Modern dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara ini disebut juga dengan metode penelitian atau suatu metode penelitian ilmiah dan lebih populer.

e. Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Menurut Arikunto (2010) tingkat pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kuantitatif, yaitu:

- 1) Tinggi : Hasil presentase 76–100% dari total jawaban
- 2) Sedang : Hasil presentase 56-75% dari total jawaban
- 3) Rendah : Hasil presentase < 56% dari total jawaban

2. Konsep Teori *Basic Life Support* (BLS)

a. Pengertian *Basic life support* (BLS)

Bantuan hidup dasar (*Basic life support*) adalah usaha yang dilakukan untuk mempertahankan kehidupan pada saat penderita mengalami keadaan yang mengancam nyawa. *Primary Survey* adalah mengatur pendekatan ke klien sehingga klien segera dapat diidentifikasi dan tertanggulangi dengan efektif. Pemeriksaan *primary survey* berdasarkan standar A-B-C dan sekarang menjadi C-A-B (Pusbankes, 2015) (Sartono, dkk, 2016).

b. Indikasi *Basic life support* (BLS)

Indikasi dilakukannya *Basic life support* (BLS) menurut Krisanty (2009) sebagai berikut

1) Henti napas

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

b) Tanda-tanda: Tidak ada aliran udara pernapasan dan pergerakan dada pasien

2) Henti jantung/ *cardiac arrest*

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

c. Tujuan *Basic life support* (BLS)

1) Menyelamatkan kehidupan.

2) Mencegah keadaan menjadi lebih buruk

3) Mempercepat kesembuhan

d. Langkah-langkah *Basic life support* (BLS)

Langkah langkah BLS dewasa menurut *AHA (American Health Association)* (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. Memeriksa keadaan pasien tanpa teknik *Look Listen and Feel*. Penolong harus menepuk korban dengan hati-hati pada bahunya dan berteriak pada korban.



Gambar 2.1. Periksa kesadaran Korban (Gobel, 2009)

3) Panggil bantuan

Krisanty (2009) menjelaskan bahwa bila korban tidak merespon maka penolong harus segera mengaktifkan SPGDT dengan menelpon Ambulans Gawat Darurat, atau ambulan rumah

sakit terdekat. Mengaktifkan SPGDT penolong harus siap dengan jawaban mengenai lokasi kejadian, kejadian yang sedang terjadi, jumlah korban dan bantuan yang dibutuhkan. Rangkaian tindakan tersebut dapat dilakukan secara bersamaan apabila pada lokasi kejadian terdapat lebih dari satu penolong, misalnya penolong pertama memeriksa respon korban kemudian melanjutkan tindakan BLS sedangkan penolong kedua mengaktifkan SPGDT dengan menelpon ambulans terdekat dan mengambil alat kejut jantung otomatis (AED).



Gambar 2.2. Berteriak minta tolong (Gobel, 2009)

- 4) Memperbaiki posisi korban dan posisi penolong (Krisanty, 2009)
 - a) Posisi korban
 - (1) Supin, permukaan datar dan lurus
 - (2) Memperbaiki posisi korban dengan cara *log roll/in line* bila dicurigai cedera spinal
 - b) Posisi penolong

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

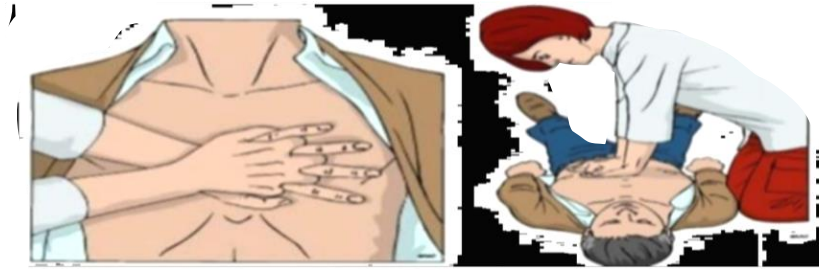
5) *Circulation*

a) Kaji Nadi

Bantuan sirkulasi segera dilakukan bila korban mengalami henti jantung. Langkah ini dilakukan segera. Untuk mengetahui ada tidaknya denyut nadi, lakukan perabaan arteri *carotis* untuk orang dewasa dan anak serta arteri *brachialis* atau *femoralis* untuk bayi, tindakan ini dilakukan maksimal 10 detik, jika dalam waktu 10 detik tidak ditemukan denyut nadi penyelamat harus melakukan kompresi dada.

b) Kompresi Dada

Krisanty (2009), menjelaskan bahwa indikasi pada korban yang mengalami henti jantung. Lakukan dengan tehnik yang benar. Awali dengan mencari titik kompresi yakni pada tulang sternum di antara dua *papila mammae* pada anak-anak dan laki-laki atau dua jari di atas *os xifoideus* pada perempuan. Letakkan salah satu telapak tangan yang lain diatas punggung tangan yang pertama, sehingga tangan dalam keadaan paralel. Jari-jari tangan saling mengunci. Untuk mendapatkan posisi yang efektif, beban tekanan dari bahu, posisi lengan tegak lurus, posisi siku tidak boleh menekuk posisi lengan tegak lurus dengan badan korban, teknik ini menghasilkan aliran darah dan oksigen dapat terkirim ke *miokardium* dan otak. Untuk memberikan kompresi dada yang efektif, harus di lakukan dengan mendorong keras dan cepat.



Gambar 2.3. Posisi tangan kompresi dada dan penekanan dada (Gobel, 2009)

Untuk dewasa minimal 100 kompresi per menit dengan kedalaman komprei 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 1½ inci/ 4 cm, dengan rasio kempresi dan ventilasi 30 : 2 untuk 1 orang penolong dan 15 : 2 untuk 2 orang penolong.

Indikasi dihentikannya RJP hingga kini masih menjadi perdebatan, tidak ada batasan waktu yang tegas disebutkan oleh para ahli namun beberapa hal yang menjadi pertimbangan antara lain: (Krisanty, 2009)

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

6) *Airway control*

Pada orang yang tidak sadar, tindakan pembukaan jalan napas 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 di keluarkan dengan usapan jari atau di kenal dengan teknik *finger swab*.

Krisanty (2009), teknik yang digunakan dalam membuka jalan napas yakni dengan *chin lift-head tilt* dan jika dicurigai terdapat trauma cervical dapat menggunakan teknik *jaw thrust*.

Cara melakukan teknik *chin lift-head tilt* :

a) Teknik *chin lift-head tilt*

- (1) Pertama, posisikan pasien dalam keadaan terlentang, letakkan satu tangan di dahi dan letakkan ujung jari tangan yang lain di bawah daerah tulang pada bagian tengah rahang bawah pasien (dagu).
- (2) Tengadahkan kepala dengan menekan perlahan dahi pasien.
- (3) Gunakan ujung jari anda untuk mengangkat dagu dan menyokong rahang bagian bawah. Jangan menekan jaringan

lunak di bawah rahang karena dapat menimbulkan obstruksi jalan napas.

- (4) Usahakan mulut untuk tidak menutup. Untuk mendapatkan pembukaan mulut yang adekuat, anda dapat menggunakan ibu jari untuk menahan dagu supaya bibir bawah pasien tertarik ke belakang.



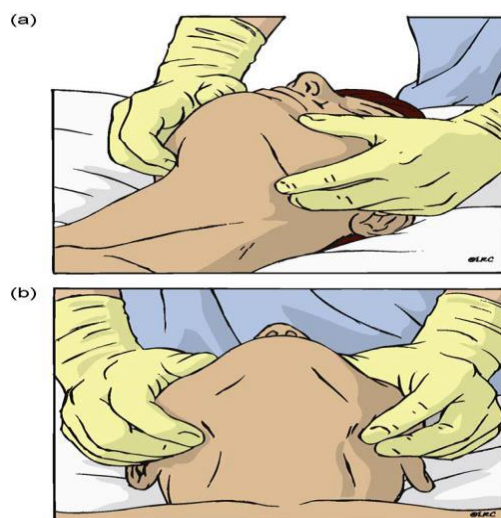
Gambar 2.4. *Head tilt and chin lift* (Gobel, 2009)

b) Teknik *Jaw thrust*

Teknik *jaw thrust* menurut Krisanty (2009), dijelaskan bahwa:

- 1) Pertahankan dengan hati-hati agar posisi kepala, leher dan spinal pasien tetap satu garis.
- 2) Ambil posisi di atas kepala pasien, letakkan lengan sejajar dengan permukaan pasien berbaring.
- 3) Perlahan letakkan tangan pada masing-masing sisi rahang bawah pasien, pada sudut rahang di bawah telinga.
- 4) Stabilkan kepala pasien dengan lengan bawah anda.
- 5) Dengan menggunakan jari telunjuk, dorong sudut rahang bawah pasien ke arah atas dan depan.

- 6) Anda mungkin membutuhkan mendorong ke depan bibir bagian bawah pasien dengan menggunakan ibu jari untuk mempertahankan mulut tetap terbuka.
- 7) Jangan mendongakkan atau memutar kepala pasien.



Gambar 2.5. *Jaw thrust* (Gobel, 2009)

7) *Breathing suport*

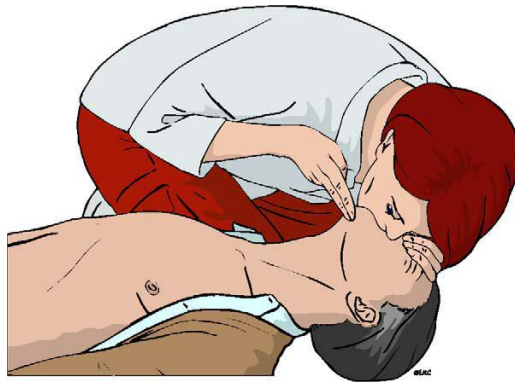
Pertukaran gas yang terjadi pada saat bernapas mutlak untuk pertukaran oksigen dan mengeluarkan karbondioksida dari tubuh. Ventilasi yang baik meliputi fungsi yang baik dari paru, dinding dada, dan diafragma. Setiap komponen ini harus dievaluasi dengan cepat selama 5 detik, paling lama 10 detik (Krisanty, 2009).

a) Bantuan napas di lakukan dengan cara :

(1) Mulut ke mulut

Penolong memberikan bantuan napas langsung ke mulut korban dengan menutup hidung dan meniupkan udara

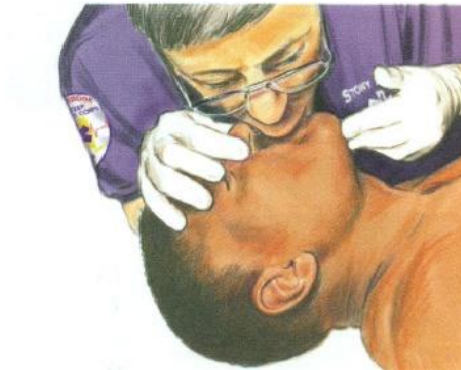
langsung ke mulut, namun hal ini sangat beresiko untuk di lakukan apalagi pasien yang tidak di kenal mengingat bahaya penyakit menular.



Gambar 2.6. Menutup hidung korban sedang posisi kepala tetap *ekstensi* (Gobel 2009)

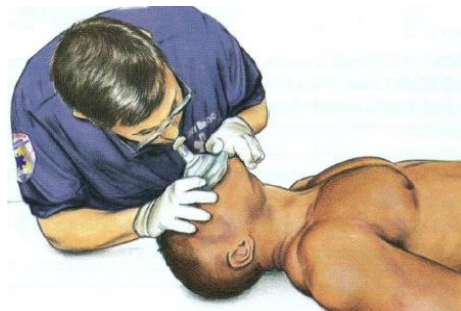
(2) Mulut ke hidung

Paling baik di lakukan pada *neonaty*.



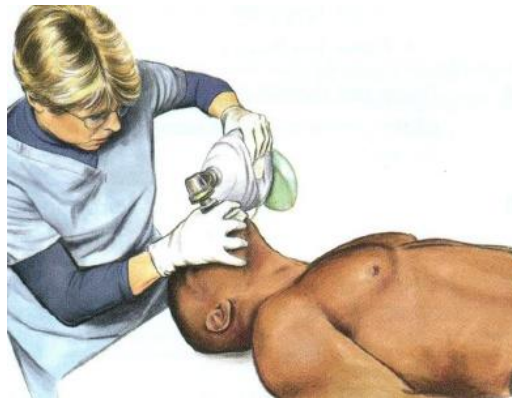
Gambar 2.7. Pemberian napas dari mulut ke mulut (Gobel, 2009)

(3) Ventilasi mulut ke mask



Gambar 2.8. *Mouth-to-mask ventilation* (Gobel, 2009)

(4) Ventilasi Mulut ke *bag-valve-mask*



Gambar 2.9. *The two-person technique for bagmask ventilation* (Gobel, 2009)

8) Posisi Mantap (*Recovery*)

Jika masalah henti jantung sudah teratasi , ada respon napas dan kondisi stabil maka atur posisi korban dalam posisi “mantap”, dengan cara memiringkan korban ke arah sisi kiri atau kanan (sebaiknya ke arah kanan karena posisi jantung berada pada sebelah atas) sehingga apabila korban mengalami muntah maka tidak masuk ke dalam system pernapasan korban.



Gambar 2.10. Posisi Recovery (AHA , 2010)

3. Konsep Teori Perilaku

a. Pengertian perilaku

Perilaku adalah aksi seorang individu terhadap reaksi rangsangan tertentu dari hubungannya dengan lingkungan (Suryani dalam Susilo 2011). Perilaku adalah suatu perbuatan atau tindakan seseorang terhadap suatu respon dan dijadikan kebiasaan karena adanya nilai yang diyakini (Mubarak 2012). Perilaku adalah suatu tindakan yang dapat diamati, mempunyai frekuensi spesifik, durasi serta tujuan baik yang disadari maupun tidak (Wawan dan Dewi, 2011). Dari ketiga definisi perilaku tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa perilaku adalah suatu respon yang didapat dari lingkungan dan menjadi kebiasaan seseorang, baik yang dapat diamati secara sadar maupun tidak sadar, sehingga respon yang didapatkan dari seseorang dalam berperilaku bermacam-macam.

b. Bentuk Perilaku

Bentuk respons perilaku seseorang ada 2 macam, yaitu bentuk pasif dan bentuk aktif. bentuk pasif merupakan respons internal yang terjadi dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain. Bentuk aktif yaitu perilaku yang jelas dapat diobservasi secara langsung (Adnani, 2011). Perilaku- perilaku tersebut ditentukan oleh beberapa faktor utama.

c. Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Faktor yang dapat mempengaruhi perilaku adalah faktor predisposisi, faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*). Faktor Predisposisi merupakan faktor yang

mempermudah perilaku seseorang atau masyarakat yaitu pengetahuan dan sikap seseorang terhadap apa yang akan dilakukan. Faktor pemungkin (*enabling factors*) terdiri dari faktor fasilitas, sarana, atau prasarana yang memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.

Faktor penguat (*reinforcing factors*) adalah tokoh masyarakat, peraturan, undang-undang, dan surat keputusan pejabat pemerintah merupakan faktor penguat dalam seseorang atau masyarakat untuk berperilaku (Notoatmodjo 2014).

d. Teori Perilaku

Ada empat macam teori perilaku manusia yang mendorong manusia untuk berperilaku, yaitu teori naluri, teori dorongan, teori insentif dan teori atribusi. Teori Naluri (*Instinct Theory*), menurut McDougall perilaku itu disebabkan oleh naluri yang merupakan perilaku yang innate, perilaku bawaan dan naluri yang akan mengalami perubahan karena pengalaman. Teori Dorongan (*Drive Theory*), teori ini berpandangan bahwa seseorang mempunyai dorongan-dorongan tertentu yang berkaitan dengan kebutuhan-kebutuhan seseorang yang mendorong seseorang itu untuk berperilaku. Teori Insentif (*Incentive Theory*), bahwa perilaku seseorang disebabkan oleh adanya insentif atau *reinforcement* yang akan mendorong seseorang agar berbuat atau berperilaku. Teori Atribusi, yaitu menjelaskan sebab-sebab perilaku orang yang dikarenakan oleh disposisi internal (misal motif atau sikap) ataukah karena keadaan eksternal (Susilo, 2011). Perilaku manusia

sangatlah kompleks dan luas, karena itu perilaku dibagi menjadi 3 domain, yaitu pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan tindakan/ketrampilan (*practice*) (Notoatmodjo, 2014).

1) Pengetahuan (*knowledge*) adalah semua hal yang dipikirkan/diketahui manusia dari hasil pancaindera dan pengalaman yang didapatkan oleh setiap manusia. Dalam pengetahuan terdapat 6 tingkatan, tahu (*know*) merupakan mengingat kembali materi atau hal spesifik yang didapatkan dari rangsangan yang pernah diterima, memahami (*comprehension*) adalah kemampuan menjelaskan tentang sesuatu yang pernah diketahuinya serta dapat menginterpretasikan hal tersebut secara luas, aplikasi (*application*) adalah kemampuan menggunakan sesuatu hal yang pernah dipelajari/diterimanya dalam kondisi nyata, analisis (*analysis*) merupakan kemampuan dalam menjabarkan sesuatu dengan komponen-komponen yang masih berkaitan satu dengan yang lainnya dan masih dalam satu struktur, sintesis (*synthesis*) adalah kemampuan seseorang dalam menghubungkan satu objek dengan bagian-bagiannya ke bentuk keseluruhan yang baru, evaluasi (*evaluation*) adalah kemampuan untuk menilai atau memberikan penilaian terhadap sesuatu (objek).

2) Sikap atau *attitude* adalah reaksi emosional terhadap reaksi dari stimulus atau respon sosial yang merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Sikap mempunyai komponen-komponen utama yang membentuk terjadinya sikap, seperti kehidupan emosional (evaluasi

emosional) terhadap suatu objek, kepercayaan/keyakinan (ide dan konsep), serta kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*)(Mubarak 2012). Di dalam sikap ada beberapa tingkatan-tingkatannya yaitu menerima (*receiving*), menanggapi (*responding*), menghargai (*valuing*), dan bertanggung jawab (*responsible*) (Notoatmodjo, 2014).

3. Tindakan/ketrampilan (*Practice*) merupakan aktifitas (fisik) yang mencerminkan kemampuan motorik dalam psikomotor seseorang (Mubarak, 2011). Tindakan ini dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan yaitu praktik terpimpin (seseorang melakukan suatu kegiatan tetapi masih tergantung/menggunakan panduan), praktik secara mekanisme (tindakan seseorang yang dilakukan secara otomatis), adopsi (tindakan yang sudah dikembangkan) (Notoatmodjo, 2014). Dalam meningkatkan kesehatan di masyarakat, perilaku manusia dapat dihubungkan dengan kesehatan.

e. Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku

Bentuk-bentuk perubahan perilaku dapat dikelompokkan menjadi 3, yaitu perubahan alamiah, perubahan rencana, dan kesediaan untuk berubah. Perubahan alamiah (*natural change*) yaitu perilaku manusia selalu berubah, dan perubahan tersebut disebabkan oleh kejadian yang alamiah yang dialami oleh seseorang. Perubahan rencana (*planned change*) merupakan perubahan yang terjadi karena memang sudah direncanakan oleh seseorang. Kesediaan untuk berubah (*readiness to change*), setiap orang pasti memiliki kesediaan untuk berubah (*readiness*

to change) yang berbeda-beda, itu dapat terjadi karena inovasi atau program-program pembangunan yang ada di masyarakat (Notoatmodjo, 2014).

f. Klasifikasi Perilaku

Klasifikasi perilaku dikelompokkan menjadi 3 yaitu perilaku kesehatan, perilaku sakit dan perilaku peran sakit. Perilaku kesehatan (*health behaviour*) yaitu tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Perilaku sakit (*illness behaviour*) adalah segala tindakan atau kegiatan seorang individu yang merasa sakit untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya (Becker dalam Wawan dan Dewi 2010). Perilaku manusia yang mempengaruhi kesehatan dapat dikategorikan menjadi 2, yaitu perilaku yang terwujud secara sengaja/sadar dan perilaku yang terwujud secara tidak sengaja / tidak sadar (Wawan dan Dewi, 2011).

4. Perilaku Perawat dalam Pelaksanaan *Primary Survey*

Penanganan awal dalam *primary survey* membantu mengidentifikasi keadaan-keadaan yang mengancam nyawa, yang terdiri dari tahapan-tahapan sebagai berikut : (Greaves *at all*, 2010)

A : *Airway*, pemeliharaan *airway* dengan proteksi servikal

Keadaan kurangnya darah yang teroksigenasi ke otak dan organ vital lainnya merupakan pembunuh pasien-pasien trauma yang paling cepat. Obstruksi *airway* akan menyebabkan kematian dalam hitungan beberapa menit. Gangguan pernapasan biasanya membutuhkan beberapa menit lebih lama untuk menyebabkan

kematian dan masalah sirkulasi biasanya lebih memakan waktu yang lebih lama lagi. Maka dari itu, penilaian *airway* harus dilakukan dengan cepat begitu memulai penilaian awal.

B : *Breathing*, pernapasan dengan ventilasi

Breathing yang baik tidak menjamin ventilasi yang baik. Pertukaran gas yang baik terjadi pada saat bernafas mutlak untuk pertukaran oksigen dan mengeluarkan karbondioksida dari tubuh. *American College of Surgeons* (2012), ventilasi adalah pergerakan dari udara yang dihirup kedalam dengan yang dihembuskan ke luar dari paru. Pada awalnya, dalam keadaan gawat darurat, apabila teknik-teknik sederhana seperti *head-tilt maneuver* dan *chin-lift maneuver* tidak berhasil mengembalikan ventilasi yang spontan, maka penggunaan *bag-valve mask* adalah yang paling efektif untuk membantu ventilasi (Higginson dan Parry, 2013). Teknik ini efektif apabila dilakukan oleh dua orang dimana kedua tangan dari salah satu penolong dapat digunakan untuk menjamin kerapatan yang baik (*American College of Surgeons*, 2012).

C : *Circulation*, kontrol perdarahan

Masalah sirkulasi pada pasien-pasien trauma dapat diakibatkan oleh banyak jenis perlukaan. Volume darah, *cardiac output*, dan perdarahan adalah masalah sirkulasi utama yang perlu dipertimbangkan. *American College of Surgeons* (2009), dalam

menilai status hemodinamik, ada 3 penemuan klinis yang dalam hitungan detik dapat memberikan informasi tentang ini :

1) Tingkat Kesadaran

Bila volume darah menurun, perfusi otak dapat berkurang, yang akan mengakibatkan penurunan kesadaran (jangan dibalik, penderita yang sadar belum tentu normovolemik).

2) Warna Kulit

Warna kulit dapat membantu diagnosis hipovolemia. Penderita trauma yang kulitnya kemerahan, terutama pada wajah dan ekstremitas, jarang yang dalam keadaan hipovolemia. Sebaliknya, wajah pucat keabu-abuan dan kulit ekstremitas yang pucat, merupakan tanda hipovolemia.

3) Nadi

Periksalah pada nadi yang besar seperti a. *Femoralis* atau a. *Karotis* (kiri-kanan) untuk kekuatan nadi, kecepatan dan irama. Nadi yang tidak cepat, kuat dan teratur biasanya merupakan tanda normovolemia (bila penderita tidak minum obat beta-blocker). Nadi yang cepat dan kecil merupakan tanda hipovolemia, walaupun dapat disebabkan keadaan yang lain. Kecepatan nadi yang normal bukan jaminan bahwa normovolemia. Nadi yang tidak teratur biasanya merupakan tanda gangguan jantung. Tidak ditemukannya pulsasi dari arteri besar merupakan tanda diperlukannya resusitasi segera.

D : *Disability*, status neurologis

Menjelang akhir dari *primary survey*, dilakukan suatu pemeriksaan neurologis yang cepat. Pemeriksaan neurologis ini terdiri dari pemeriksaan tingkat kesadaran pasien, ukuran dan respon pupil, tanda-tanda lateralisasi, dan tingkat cedera korda spinalis. *American College of Surgeons* (2012), tingkat kesadaran yang abnormal dapat menggambarkan suatu spektrum keadaan yang luas mulai dari letargi sampai status koma. Perubahan apapun yang mengganggu *jaras ascending* sistem aktivasi retikular dan sambungannya yang sangat banyak dapat menyebabkan gangguan tingkat kesadaran (Smith, 2010).

E : *Exposure/Environmental control*, membuka seluruh baju penderita, tetapi cegah supaya tidak hipotermia.

Exposure merupakan bagian akhir dari *primary survey*, penderita harus dibuka keseluruhan pakaiannya, kemudian nilai pada keseluruhan bagian tubuh. Periksa punggung dengan memiringkan pasien dengan *caralog roll*. Selanjutnya selimuti penderita dengan selimut kering dan hangat, ruangan yang cukup hangat dan diberikan cairan intravena yang sudah dihangatkan untuk mencegah agar pasien tidak hipotermi (Nasution, 2009).

5. Pengukuran Keterampilan Perilaku Perawat

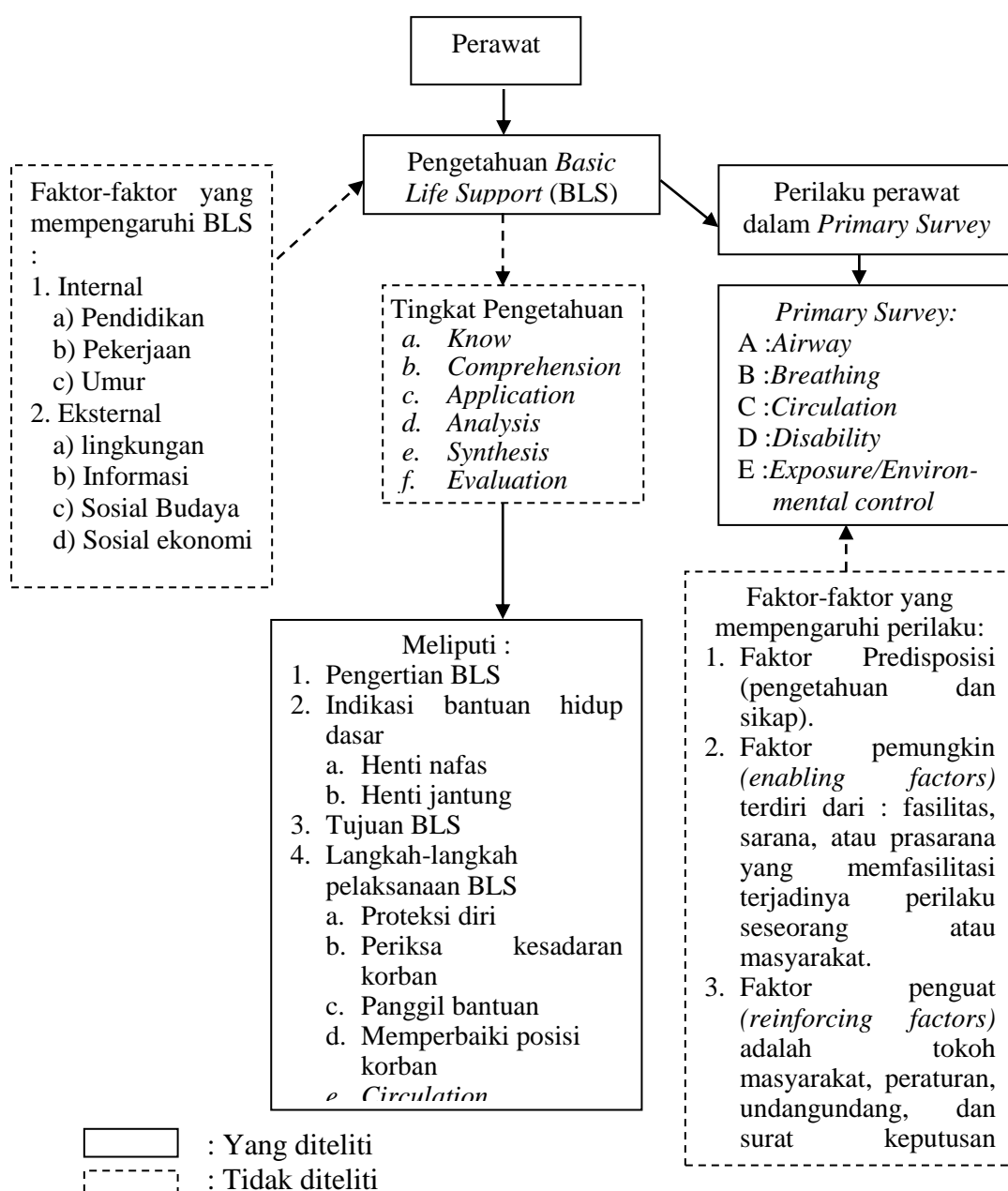
Data keterampilan perawat diolah berdasarkan pengamatan dengan menggunakan *check list* kemudian dinilai berdasarkan skor yang diperoleh dibagi skor maksimal dikalikan menurut (DepKes RI, 2003) :

$\geq 80\%$ Kategori Terampil

$\leq 80\%$ Kategori Tidak Terampil

B. Kerangka Teori

Berdasarkan teori-teori yang berkenaan dengan tingkat pengetahuan perawat tentang *Basic Life Support* (BLS) dan perilaku perawat dalam pelaksanaan *primary survey*, maka dapat dibuat kerangka teori sebagai berikut:

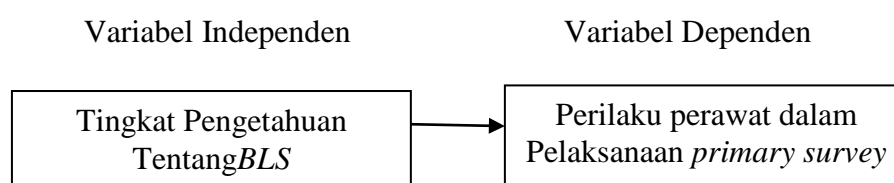


Gambar 2.11. Kerangka Teori

Sumber: Notoatmodjo (2014), Pusbankes (2015), Wawan & Dewi (2011)

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat dibuat sebagai mana terlihat dalam gambar berikut:



Gambar 2.12. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis sementara dalam penelitian ini adalah :

“Ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *Basic Life Support* (BLS) dengan perilaku perawat dalam pelaksanaan *primary survey* di IGD RSUD Kabupaten Karanganyar.”

Ho : “Tidak ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *Basic Life Support* (BLS) dengan perilaku perawat dalam pelaksanaan *primary survey* di IGD RSUD Kabupaten Karanganyar.”

Ha : “Ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *Basic Life Support* (BLS) dengan perilaku perawat dalam pelaksanaan *primary survey* di IGD RSUD Kabupaten Karanganyar.”