

**PERBEDAAN EFEKTIFITAS PENDIDIKAN KESEHATAN BANTUAN  
HIDUP DASAR DENGAN METODE CERAMAH MELALUI MEDIA  
GAMBAR DAN *AUDIO-VISUAL* TERHADAP PENGETAHUAN  
SISWA KELAS XI TENTANG BANTUAN HIDUP DASAR  
DI SMAN 1 PENAJAM PASER UTARA**

**SKRIPSI**



**DISUSUN OLEH**

**Sakti Wadhi Nurmey**

**1211308230525**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
SAMARINDA**

**2016**

## MOTTO

***“Sebaik-baiknya manusia adalah yang paling bermanfaat bagi orang lain (HR. Ahmad, Thabrani, Daruqutni).”***

***“Barang siapa yang menyelesaikan kesulitan seorang mu’min dari berbagai kesulitan-kesulitan didunia, maka allah akan menyelesaikan kesulitan-kesulitannya di hari kiamat. Dan barang siapa yang memudahkan orang yang sedang kesulitan niscaya ALLAH akan mudahkan baginya didunia dan diakhirat. (HR. MUSLIM)”***

***“Jika kalian berbuat baik, sesungguhnya kalian berbuat baik bagi diri kalian sendiri (QS. 17:7).”***

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**Assalamu'alaikum Wr.Wb.**

Selalu bersyukur dengan mengucap Alhamdulillah, berkat ridho Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi penelitian yang berjudul *“Perbedaan efektifitas pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar dengan metode ceramah melalui media gambar dan audio-visual terhadap pengetahuan siswa kelas xi tentang bantuan hidup dasar di SMAN 1 Penajam Paser Utara”*.

Skripsi ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan program Strata I Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Samarinda tahun 2016.

Selama proses pembuatan Skripsi penelitian ini, penulis banyak memperoleh bantuan, pembelajaran, motivasi, dan dorongan semangat dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penyusun ingin mengucapkan banyak terima kasih yang setulus-tulusnya kepada kedua orang tua yang senantiasa memberikan bantuan, do'a, dan material yang tak ternilai. Penyusun juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Ghozali M.H., M.Kes selaku ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda, sekaligus pembimbing I penyusun yang telah memberikan bimbingan, motivasi dan pengarahan hingga skripsi ini selesai.
2. Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, S.Kep., M.Kep selaku ketua Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Samarinda.
3. Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep., M.Kes selaku koordinator mata ajar skripsi Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Samarinda, sekaligus penguji I.
4. Yuliani Winarti, SKM., MPH selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, motivasi, dan pengarahan hingga skripsi ini selesai.
5. Bapak-ibu dosen dan seluruh karyawan STIKES Muhammadiyah Samarinda.
6. Kedua orang tuaku tercinta Bapak Hariyadi , dan Ibu Siti Nurbayah yang selalu tidak ada henti-hentinya memberikan semangat, dukungan motivasi, doa, dan perhatiannya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Terimakasih atas keringat dan jeripayah kalian selama ini, yang belum bisa satupun saya balas.
7. Buat seluruh keluarga besar terutama saudara-saudariku, Gatot Pribadi, S.Pd, dan Khadijah Mutia Ragil, yang telah memberikan banyak dukungan dan semangat.
8. Buat saudara yang tak sedarah, yang sudah berjanji untuk bisa wisuda bareng, sukses bareng dijalan masing-masing, dan bisa

bersahabat sampai ajal memisahkan, KUBOTA, Adit, Fachri, Indra, Ruhman dan Agus Adriansyah, AMD. Kesling, yang selalu menjadi penyemangat, penghibur, dan teman seperjuangan dari tingkat 1 sampai sekarang, dan semoga untuk selamanya.

9. Buat Geng jones, ade suryani, Fenty malinda dan supy yuliana yang hanya ikut bergabung dalam kelompok hanya untuk meramaikan, yang selalu menemani segala urusan selama penyusunan skripsi, teman ketawa, berantem, semoga kita bisa sukses. Tapi, untuk awalnya, semoga kita bisa nurse bareng yaaa.
10. Teman-teman sejawat S-1 Ilmu Keperawatan yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, Terimakasih telah memberikan bantuan dan semangat yang begitu besar kepada penulis.
11. Kepala Dinas Pendidikan Penajam Paser Utara dan Kepala Sekolah SMAN 1 Penajam Paser Utara, yang telah membantu penelitian ini berjalan dari awal hingga selesai.
12. Buat teman-teman kelas A yang rusuh dan selalu bisa bikin suasana kelas menjadi suatu potret gambar tak terlihat, yang akan selalu bisa dikenang. Terimakasih karena menjadi bagian dari kisah hidupku yang penuh pelajaran dan kenangan. Wisuda dan sukses bareng ya.
13. Dan semua pihak yang memberikan kasih sayang dan perhatiannya kepada penulis.

Semoga segala kebaikan yang telah diberikan mendapatkan pahala dari Allah SWT. Dalam penyusunan skripsi penelitian ini, penulis menyadari masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna.

Oleh karena itu, dengan lapang dada penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun agar bermanfaat untuk semua pihak khususnya dalam lingkup kesehatan.

Samarinda, 2 Agustus 2016

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	i
HALAMAN JUDUL .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN .....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iv
HALAMAN PENGESAHAN .....	v
MOTTO .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xiv
DAFTAR GAMBAR .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	8
E. Keaslian Penelitian .....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka .....	14
1. Konsep Pengetahuan.....	14
2. Konsep Pendidikan Kesehatan .....	22

3. Media Pendidikan Kesehatan .....	35
4. Konsep Bantuan Hidup Dasar .....	56
B. Penelitian Terkait .....	89
C. Kerangka Teori Penelitian .....	92
D. Kerangka Konsep Penelitian .....	93
E. Hipotesis .....	94
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Rancangan Penelitian .....	97
B. Populasi dan Sampel .....	99
C. Waktu dan Tempat Penelitian .....	104
D. Definisi Operasional .....	104
E. Instrumen Penelitian .....	106
F. Uji Validitas dan Reliabilitas .....	107
G. Teknik Pengumpulan Data .....	111
H. Teknik Analisa Data .....	111
I. Normalitas Data .....	118
J. Etika Penelitian .....	120
K. Jalannya Penelitian .....	122
L. Jadwal Penelitian.....	124
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil Penelitian .....	126
B. Pembahasan .....	148
C. Keterbatasan Penelitian .....	150



BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan ..... 150

B. Saran ..... 152

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Anjuran dan larangan BHD kualitas tinggi pada dewasa ...	61
Tabel 2.2 Urutan Bantuan Hidup Dasar .....	68
Tabel 3.1 Pembagian Kelompok media per kelas .....	104
Tabel 3.2 Definisi operasional penelitian .....	106
Tabel 3.3 Kisi-kisi instrument variabel tingkat pengetahuan tentang bantuan hidup dasar .....	108
Tabel 3.4 Jadwal penelitian .....	124
Table 4.1 Karakteristik responden .....	129
Table 4.2 Pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan pada media gambar .....	131
Table 4.3 pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan ..	132
Tabel 4.4 Uji normalitas menggunakan <i>Shapiro-Wilk</i> .....	134
Tabel 4.5 Uji <i>Paired t test</i> Kelompok media gambar dan kelompok media <i>audio-visual</i> .....	135
Tabel 4.6 Uji normalitas <i>Independent t test</i> Kelompok media gambar dan kelompok media <i>audio-visual</i> .....	136
Tabel 4.7 Uji <i>Independent t test</i> Kelompok media gambar dan kelompok media <i>audio-visual</i> .....	137

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerucut Pengalaman Dale's .....	37
Gambar 2.2 Sistem-rantai kelangsungan hidup diluar atau didalam rumah sakit ( <i>American heart association, 2015</i> ) .....	58
Gambar 2.3 Algoritma Bantuan Hidup dasar Untuk Umum, American Heart Assosiation tahun 2010 .....	67
Gambar 2.4 Periksa kesadaran .....	70
Gambar 2.5 Panggil bantuan .....	72
Gambar 2.6 Posisi <i>Log Roll</i> .....	72
Gambar 2.7 Cek nadi karotis .....	73
Gambar 2.8 posisi tangan saat RJP .....	76
Gambar 2.9 posisi tubuh dan siku saat RJP .....	76
Gambar 2.10 Teknik <i>cross finger</i> dan <i>finger swab</i> .....	79
Gambar 2.11 Teknik <i>head tilt-chin lift</i> .....	80
Gambar 2.12 Teknik <i>Jaw Thrust</i> .....	81
Gambar 2.13 <i>Mouth to Mouth</i> .....	82
Gambar 2.14 <i>Mouth to Barrier</i> .....	83
Gambar 2.15 <i>Mouth to Nose</i> .....	84
Gambar 2.16 <i>Mouth to Stoma</i> .....	84
Gambar 2.17 <i>Ventilation with bag-mask device</i> .....	86
Gambar 2.18 Posisi pemulihan ( <i>Recovery Possition</i> ) .....	88
Gambar 2.19 Kerangka teori .....	93
Gambar 2.20 Kerangka Konsep .....	94

# Perbedaan Efektifitas Pendidikan Kesehatan Bantuan Hidup Dasar Dengan Metode Ceramah Melalui Media Gambar dan *Audio-Visual* Terhadap Tingkat Pengetahuan Siswa Kelas XI Tentang Bantuan Hidup Dasar di SMAN 1 PPU.

Sakti wadhi nurmey<sup>1</sup>, Ghozali MH<sup>2</sup>, Yuliani winarti<sup>2</sup>

## INTISARI

**Latar Belakang** : Media merupakan segala sesuatu yang dapat menyampaikan dan menyalurkan pesan dari sumber secara terencana sehingga tercipta lingkungan belajar yang kondusif dimana penerimanya dapat melakukan proses belajar secara efisien dan efektif. Dengan menggunakan media tepat dalam penyampaian informasi dapat meningkatkan daya penerimaan seseorang terhadap materi yang diberikan.

**Tujuan Penelitian** : Mengetahui perbedaan efektifitas pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar dengan metode ceramah melalui media gambar dan *audio-visual* terhadap tingkat pengetahuan siswa kelas XI tentang bantuan hidup dasar di SMAN 1 PPU.

**Metode Penelitian** : Penelitian ini menggunakan metode *quasy eksperiment desain* dengan *non equivalent control group design*. *non equivalent control group design* melibatkan dua kelompok subjek. Uji statistik yang digunakan adalah *Independent t test*. Sampel yang digunakan adalah 29 siswa. Instrumen untuk pengukuran konsentrasi menggunakan kuesioner.

**Hasil Penelitian** : Data yang telah dianalisis menunjukkan uji *paired t test* pada masing-masing kelompok menunjukkan *sig. 0,000* <0,05, artinya terdapat perubahan pengetahuan secara statistik antara sebelum dan sesudah diberikan perlakuan berupa pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar dengan media gambar maupun media *audio-visual* pada siswa kelas XI di SMAN 1 Penajam Paser Utara. Tidak jauh berbeda pada uji *independent t test* yang menunjukkan *sig. (2-tailed) 0,018* <0,05, yang berarti terdapat perubahan pengetahuan secara statistik antara selisih sebelum dan sesudah diberikan perlakuan berupa pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar antara kelompok media gambar dan media *audio-visual*.

**Kesimpulan** : Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perubahan pengetahuan yang bermakna secara statistik antara pemberian pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar melalui media gambar dan dan *audio-visual* terhadap pengetahuan siswa kelas IX di SMAN Penajam Paser Utara *sig.(2-tailed) 0.018* < 0.5.

**Kata Kunci** : Bantuan Hidup Dasar, Media Gambar, Media *audio-visual*,

---

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup> Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

**Differences in the Effectiveness of Health Education Basic Life Support Through Talks with Media Images and Audio-Visual on the Level of Knowledge of Class XI Basic Life Support in SMAN 1 PPU.**

Sakti wadhi nurmey<sup>1</sup>, Ghozali MH<sup>2</sup>, Yuliani winarti<sup>2</sup>

**ABSTRACT**

**Background:** Media is everything that can convey and deliver the message from the source in a planned manner so as to create a conducive learning environment in which the recipient can make the learning process efficiently and effectively. By using the right media in disseminating information can improve a person's acceptance of the material supplied.

**Aim:** To identify differences in the effectiveness of health education for basic life support with a lecture by images media and audio-visual on the level of knowledge of a class XI student of basic life support in SMAN 1 PPU.

**Methods:** This study used quasy experimental design with non-equivalent control group design. non equivalent control group design involving two groups of subjects. The statistical test used is Independent t test. The samples used were 29 students. Instruments for measuring concentrations using a questionnaire.

**Results:** Data were analyzed show in the paired t test in each group showed sig. 0.000 <0.05, meaning that statistically there is a change of knowledge between before and after treatment in the form of health education for basic life support with media images and audio-visual media in class XI student at SMAN 1 Penajam Paser Utara. Not much different to the independent t test test which showed sig. (2-tailed) 0.018 <0.05, which means that there is a change in statistical knowledge of the difference between before and after treatment in the form of health education for basic life support between the media image and audio-visual media.

**Conclusion:** The results showed that no changes were statistically significant knowledge between the provision of basic life support for health education through media images and audio-visual equipment and the knowledge of class IX students at SMAN Penajam Paser Utara sig. (2-tailed) 0.018 <0.5.

**Keywords:** Basic Life Support, Image media, audio-visual media,

---

<sup>1</sup> Student of Nursing Science STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup> Lecturer STIKES Muhammadiyah Samarinda

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar belakang

Penyakit jantung dan pembuluh darah merupakan salah satu masalah kesehatan utama di negara maju maupun berkembang. Setiap tahunnya lebih dari 36 juta orang meninggal karena penyakit tidak menular (PTM) (63% dari seluruh kematian). Lebih dari 9 juta kematian yang disebabkan oleh penyakit tidak menular terjadi sebelum usia 60 tahun, dan 90% dari kematian “dini” tersebut terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Secara global PTM penyebab kematian nomor 1 setiap tahunnya adalah penyakit kardiovaskuler. Penyakit kardiovaskuler adalah penyakit yang disebabkan gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah, seperti: Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Gagal Jantung atau Payah Jantung, Hipertensi dan *Stroke* (Depkes, 2014).

Serangan jantung mendadak masih menjadi penyebab utama kematian di Amerika Serikat. Tujuh puluh persen gagal jantung dari *Out-Of-Hospital* (OHCA) terjadi di rumah, dan sekitar 50% adalah tidak diketahui (Kleinman, *et al*, 2015). Hasil dari OHCA tetap minim, hanya sekitar 10,8% dari pasien dewasa dengan serangan jantung *nontraumatic* yang telah menerima upaya resusitasi dari layanan medis darurat (EMS) bertahan untuk dikeluarkan dari rumah sakit.

Menurut Tjandra (Widowati, 2015, <http://www.cnnindonesia.com>, diperoleh tanggal 13 November 2015) melakukan survey data sepanjang tahun 2014 bahwa ada 10 jenis penyakit paling sering menjadi penyebab kematian di Indonesia dengan peringkat satu dan dua masih dipegang oleh penyakit *Cerebrovaskular* atau pembuluh darah di otak seperti pada pasien *stroke* dan penyakit jantung. Berdasarkan diagnosis dokter prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,13% atau diperkirakan sekitar 229.696 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/ gejala sebesar 0,3% atau diperkirakan sekitar 530.068 orang. Estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Timur sebanyak 54.826 orang (0,19%), sedangkan Kalimantan timur sebanyak 2.203 (0,08%) (Kemenkes RI, 2013). Apabila masalah kardiovaskuler ini tidak tertangani secara cepat dan tepat akan menyebabkan tingkat kematian yang tinggi hanya dalam hitungan menit. Serangan jantung contohnya, yang apabila tidak di tangani secara tepat dalam waktu 10 menit menyebabkan angka kematian sampai 99%.

Keadaan dimana seseorang dapat kehilangan nyawanya dalam waktu singkat apabila tidak mendapatkan pertolongan dengan segera disebut sebagai keadaan gawat darurat. Bantuan yang dimaksud disini adalah bantuan hidup dasar. Bantuan hidup dasar merupakan langkah awal yang mendasar untuk menyelamatkan nyawa seseorang

setelah serangan jantung. Bantuan hidup dasar ditujukan untuk mempertahankan pasokan oksigen ke otak, jantung dan organ-organ vital lainnya sambil menunggu penanganan lanjutan. Apabila organ-organ vital tubuh manusia (jantung, otak) tidak mendapatkan suplai oksigen yang cukup maka akan menyebabkan kerusakan organ tersebut dan dalam waktu yang singkat akan menyebabkan kematian. Oleh sebab itu masyarakat harus diberi bekal, bagaimana cara melakukan bantuan hidup dasar pada seseorang yang mengalami henti jantung.

Bantuan Hidup Dasar (BHD) dapat diartikan sebagai usaha yang dilakukan untuk mempertahankan kehidupan seseorang yang sedang terancam jiwanya (Frame, 2006). Setiap orang dewasa seharusnya memiliki keterampilan BHD. Bahkan setiap lapisan masyarakat seharusnya diajarkan tentang bantuan hidup dasar (Charles, 2010). Kenyataan yang ada di lapangan adalah pertolongan BHD tidak mudah dilakukan terutama untuk masyarakat awam. Remaja yang berada dalam perkembangan pada ukuran tubuh, kekuatan, psikologis, kemampuan reproduksi, mudah untuk termotivasi dan cepat belajar, diharapkan dapat menjadi pengamat di lingkungannya. Karakteristik tersebut dapat ditemukan pada remaja di tingkat sekolah menengah atas. Meissner (2012) menyebutkan bahwa di Jerman anak umur 13 sampai 14 tahun telah dapat melakukan resusitasi jantung paru sama baiknya dengan orang dewasa. Di Indonesia,



palang merah remaja (PMR) sebagai organisasi di tingkat SMA yang bergerak dalam bidang kesehatan seharusnya sudah memiliki anggota – anggota yang dapat melakukan tindakan resusitasi jantung paru secara baik dan benar. Namun tidak semua siswa mengikuti ekstrakurikuler palang merah remaja (PMR) bahkan ada beberapa sekolah yang tidak memiliki Ekstrakurikuler palang merah remaja (PMR). Sehingga untuk meningkatkan fungsi siswa agar lebih memiliki peran penting dalam masyarakat sekaligus dapat membantu mengurangi angka kematian akibat *Cardiac Arrest* , perlu dilakukan tindakan untuk meningkatkan pengetahuan siswa tentang bantuan hidup dasar. Selanjutnya sebuah penelitian yang dilakukan Ramadhan (2014) kepada siswa SMA yang mengikuti ekstrakurikuler PMR menunjukkan sebanyak 48 responden (81,6%) dari 53 responden memiliki pengetahuan sedang, dengan responden laki-laki sebanyak 15 responden dan perempuan sebanyak 33 responden. Kesimpulan dari penelitian yang dilakukan Ramadhan ini menunjukkan pengetahuan anggota PMR tingkat SMA di Kecamatan Medan Sunggal tentang bantuan hidup dasar tergolong ke dalam tingkat pengetahuan sedang. Oleh karena itu, untuk meningkatkan pengetahuan siswa tentang BHD diperlukan metode pendidikan yang tepat agar pengetahuan siswa menjadi baik. tentang bantuan hidup dasar kepada siswa SMA bukan hanya anggota PMR saja karena

tidak semua sekolah memiliki ekstrakurikuler PMR, ada pula yang ekstrakurikulernya tidak berjalan.

Hasil study pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti yang dilakukan di SMAN 1 Penajam Paser Utara pada kelas XI, menunjukkan bahwa dari 10 responden yang peneliti wawancarai seputar bantuan hidup dasar seperti apa itu bantuan hidup dasar dan bagaimana cara melakukan bantuan hidup dasar, hanya 2 dari 10 responden yang memiliki pengetahuan seputar bantuan hidup dasar.

Salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan adalah dengan pendidikan kesehatan. Grout (dalam Rakhmat, 2011) mengatakan bahwa pendidikan kesehatan adalah upaya menerjemahkan apa yang telah diketahui tentang kesehatan ke dalam perilaku yang diinginkan dari perorangan ataupun masyarakat melalui proses pendidikan.

Metode dan media yang digunakan dalam penyampaian pendidikan kesehatan juga sangat berperan penting agar tingkat keberhasilan atau penerimaan materi dapat tercapai secara maksimal. Menurut Heinich (dalam Azhar Arsyad ,2011), media pembelajaran adalah perantara yang membawa pesan atau informasi bertujuan instruksional atau mengandung maksud-maksud pengajaran antara sumber dan penerima. Selanjutnya Azhar Arsyad (2011) menjelaskan hal-hal yang perlu diperhatikan dalam memilih media seperti kemampuan mengakomodasikan penyajian stimulus yang tepat

(visual dan/ atau audio), kemampuan mengakomodasikan respon siswa yang tepat (tertulis, audio, atau kegiatan fisik), kemampuan mengakomodasikan umpan balik, pemilihan media utama dan media sekunder untuk penyajian informasi atau *stimulus* dan untuk latihan dan tes (sebaiknya latihan dan tes menggunakan media yang sama), tingkat kesenangan (preferensi lembaga, guru, dan pelajar) dan keefektifan biaya.

Klasifikasi media dalam penyajian materi menurut bentuk informasi yang digunakan dapat dibedakan dalam beberapa kelompok besar yaitu media *visual* diam, media *visual* gerak, media *audio*, media *audio-visual* diam, dan media *audio-visual gerak*. Klasifikasi media ini dapat menjadi landasan untuk membedakan proses yang dipakai untuk menyajikan pesan, bagaimana suara dan atau gambar itu diterima, apakah melalui penglihatan langsung, proyeksi optik, proyeksi elektronik atau telekomunikasi. Sementara Edgar Dale mengadakan klasifikasi menurut tingkat dari yang paling konkrit sampai yang paling abstrak.

Dalam kerucut pengalamannya Edgar Dale menggambarkan tingkat pengalaman yang didapat dengan menggunakan beberapa metode atau media, salah satunya adalah media gambar dan *audio-visual* yang mendapatkan nilai sebesar 30%. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Perbedaan efektifitas pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar dengan metode ceramah

melalui media gambar dan *audio-visual* terhadap pengetahuan siswa kelas XI tentang bantuan hidup dasar di SMAN 1 Penajam Paser Utara.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka permasalahan yang timbul dapat dirumuskan sebagai berikut “Apakah ada perbedaan efektifitas pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar dengan metode ceramah melalui media gambar dan *audio-visual* terhadap pengetahuan siswa kelas XI tentang bantuan hidup dasar di SMAN 1 Penajam Paser Utara?”.

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui perbedaan efektifitas pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar dengan metode ceramah melalui media gambar dan *audio-visual* terhadap pengetahuan siswa kelas XI tentang bantuan hidup dasar di SMAN 1 PPU.

### **2. Tujuan Khusus**

a. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan siswa sebelum dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah melalui media gambar.

b. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan siswa sebelum dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah melalui media *audio-visual*.

- c. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan setelah dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah melalui media gambar.
- d. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan setelah dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah melalui media *audio-visual*.
- e. Menganalisis perbandingan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah melalui media gambar.
- f. Menganalisis perbandingan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah melalui media *audio-visual*.
- g. Menganalisis perbedaan efektifitas pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar dengan metode ceramah melalui media gambar dan *audio-visual* terhadap tingkat pengetahuan siswa kelas XI tentang bantuan hidup dasar di SMAN 1 PPU.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Bagi Instansi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang tingkat pengetahuan siswa tentang bantuan hidup dasar. Penelitian ini juga dapat dijadikan sebagai saran bagi siswa untuk mengembangkan minat dan kreatifitasnya dalam bidang kesehatan.

## 2. Bagi Sampel Penelitian/Siswa

Merupakan pengalaman yang meningkatkan pengetahuan siswa tentang bantuan hidup dasar yang harapannya, kelak siswa dapat mengimplikasikan sesuai dengan aturan kepada masyarakat. Siswa juga dapat membagikan ilmu yang telah didapat kepada teman-temannya yang belum terpapar oleh informasi tersebut.

## 3. Bagi Peneliti

Sebagai dasar atau sumber data untuk penelitian selanjutnya dan sebagai bahan perbandingan bagi yang berkepentingan untuk melanjutkan penelitian ini.

### **E. Keaslian Penelitian**

1. Penelitian yang dilakukan oleh Dzurriyatun Thoyyibahza (2014) dengan judul “ Pengaruh Pelatihan Bantuan Hidup Dasar Pada Remaja Terhadap Tingkat Motivasi Menolong korban Henti Jantung”. Penelitian ini dilakukan di SMA Muhammadiyah 3 Yogyakarta. Dalam penelitian ini peneliti membagi pelatihan BHD sebagai variabel independen dan tingkat motivasi menolong korban henti jantung sebagai variabel dependen. Penelitian ini merupakan penelitian *quasy experiment with pre-post test control group design*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Non-Probability sampling with purposive sampling*. Jumlah responden terdiri dari 38 siswa, masing-masing kelompok perlakuan dan kontrol terdiri dari 19 siswa. Jumlah tersebut mewakili 243 siswa

kelas XI SMA Muhammadiyah Yogyakarta. Dalam metode pengumpulan data peneliti menggunakan instrumen berupa kuesioner dengan menggunakan skala likert yang terdiri dari 19 item. Perbedaan yang mendasar dari penelitian yang dilakukan oleh Dzurriyatun dengan penelitian yang akan dilakukan peneliti adalah responden. Responden dalam penelitian ini adalah Siswa SMAN 1 Penajam kelas XI yang terdiri dari 94 siswa. Jumlah tersebut mewakili 158 siswa kelas XI. *Design* penelitian yang digunakan adalah *Quasy experimental design with Non equivalent control group Design* dan sample yang digunakan dipilih menggunakan teknik *Purposive sampling* dan *Proportionate*, lalu membagi sample atas dua kelompok yaitu kelompok gambar dan kelompok *audio-visual*. Jumlah responden yang diteliti sebanyak 94 responden dan masing-masing kelompok sebanyak 47 responden, yang akan dilakukan di SMAN 1 Penajam Paser Utara. Setelah dilakukan perlakuan terhadap masing-masing kelompok, peneliti membandingkan perbedaan dari kelompok 1 (media gambar) dan kelompok 2 (media *audio-visual*).

2. Penelitian yang dilakukan oleh Suharty Dahlan, dkk (2014) dengan judul "Pengaruh pendidikan kesehatan tentang bantuan hidup dasar (BHD) terhadap tingkat pengetahuan tenaga kesehatan di Puskesmas Wori Kecamatan Wori Kabupaten Minahasa Utara". Pada penelitian ini peneliti menggunakan desain penelitian *One-*

*Group Pre test-post test Design* yang mengungkapkan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subyek. Kelompok subyek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi. Pengujian sebab akibat dengan cara membandingkan hasil *pre-test* dengan *post test*. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh tenaga kesehatan di Kecamatan Wori Kabupaten Minahasa Utara yang berjumlah 58 orang. Dengan pendekatan sampling non probabilitas dengan metode *purposive sampling*. Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuisisioner yang terdiri dari bagian I untuk data umum responden dan bagian II untuk mengidentifikasi pengetahuan responden dengan menggunakan lembar kuisisioner. Perbedaan mendasar dalam penelitian Suharty Dahlan dkk dengan penelitian yang akan dilakukan peneliti adalah jumlah *sample* dan tempat penelitian. *Design* penelitian yang digunakan adalah *Quasy experimental design with Non equivalent control group Design*. Sample dipilih menggunakan metode *purposive sampling* dan *Proportionate Samplin*, lalu membagi sample atas dua kelompok yaitu kelompok gambar *dan* kelompok *audio-visual*. Jumlah responden yang diteliti sebanyak 94 responden dan masing-masing kelompok sebanyak 47 responden, yang akan dilakukan di SMAN 1 Penajam Paser Utara. Setelah dilakukan perlakuan terhadap



masing-masing kelompok, peneliti membandingkan perbedaan dari kelompok 1 (media gambar) dan kelompok 2 (media *audio-visual*).

3. Penelitian yang dilakukan Cahya Wibawa (2007). Dengan judul “Perbedaan Efektifitas Metode Demonstrasi Dengan Pemutaran Video Tentang Pemberantasan DBD Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Anak SD Di Kecamatan Wedarijaksa Kabupaten Pati”. Jenis penelitian ini adalah *Quasi Experimental* dengan menggunakan rancangan *Non equivalent control group design*. Sampel dipilih secara *non randomized control group pre-test-postes design*. Untuk mengetahui peningkatan pengetahuan dan perbaikan sikap peneliti melakukan kegiatan *pre-test* dan *post-test*. Dalam penelitian ini kelompok eksperimen dibagi 2 (dua) kelompok, satu kelompok diberi pendidikan dengan metode demonstrasi, sedangkan satu kelompok lainnya dengan metode pemutaran video. Populasi penelitian ini adalah semua siswa kelas V SD Pagerharjo, dan SD Tluwuk, Kecamatan Wedarijaksa, Kabupaten Pati. Dengan 30 siswa dari masing-masing sekolah dan membagi menjadi 30 kelompok perlakuan I dan 30 siswa untuk perlakuan II. Perbedaan yang mendasar dari penelitian yang dilakukan oleh Cahya Wibawa dengan penelitian yang akan dilakukan peneliti adalah responden. Responden dalam penelitian ini adalah Siswa SMAN 1 Penajam kelas XI yang terdiri dari 94 siswa. Jumlah tersebut mewakili populasi siswa kelas XI yaitu

sebesar 158 siswa. Sample dipilih menggunakan metode *purposive sampling* dan *Proportionate sampling* lalu membagi sample atas dua kelompok yaitu kelompok gambar dan kelompok *audio-visual*. Jumlah responden yang diteliti sebanyak 94 responden dan masing-masing kelompok sebanyak 47 responden, yang akan dilakukan di SMAN 1 Penajam Paser Utara. Setelah dilakukan perlakuan terhadap masing-masing kelompok, peneliti membandingkan perbedaan dari kelompok 1 (media gambar) dan kelompok 2 (media *audio-visual*).

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. TELAAH PUSTAKA**

##### **1. Konsep Pengetahuan**

###### **a. Pengertian Pengetahuan**

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang ada dikepala kita. Kita dapat mengetahui sesuatu berdasarkan pengalaman yang kita miliki. Selain pengalaman, kita juga menjadi tahu karena kita diberitahu oleh orang lain. Pengetahuan juga didapatkan dari tradisi (Prasetyo, 2007).

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan (*Knowledge*) adalah suatu proses dengan menggunakan panca indra yang dilakukan seseorang terhadap obyek tertentu dapat menghasilkan pengetahuan dan keterampilan (Hidayat, 2007).

Pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber seperti, media poster, kerabat dekat, media masa, media

elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan, dan sebagainya. Pengetahuan dapat membentuk keyakinan tertentu, sehingga seseorang berperilaku sesuai dengan keyakinannya tersebut (Hidayat, 2007).

b. Cara Mendapatkan Pengetahuan

Dari berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni:

1) Cara Tradisional untuk Memperoleh Pengetahuan

Cara-cara penemuan pengetahuan pada periode ini dilakukan sebelum ditemukan metode ilmiah, yang meliputi:

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

Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Apabila tidak berhasil, maka akan dicoba kemungkinan yang lain lagi sampai didapatkan hasil mencapai kebenaran.

b) Cara Kekuasaan atau Otoritas

Dimana pengetahuan diperoleh berdasarkan pada otoritas atau kekuasaan baik tradisi, otoritas pemerintahan, otoritas pemimpin agama, maupun ahli ilmu pengetahuan.

c) Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu. Apabila dengan cara yang digunakan tersebut orang dapat memecahkan masalah yang sama, orang dapat pula menggunakan cara tersebut.

d) Melalui Jalan Pikiran

Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh kebenaran pengetahuan, manusia telah menggunakan jalan pikirannya.

2) Cara Modern dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah (Notoatmodjo, 2007).

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

1) Umur

Umur adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat beberapa tahun. Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja dari segi kepercayaan masyarakat yang lebih dewasa akan lebih

percaya diri pada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman jiwa (Nursalam, 2011).

Singgih (2010) mengemukakan bahwa makin tua usia seseorang maka proses-proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur tertentu bertambahnya proses perkembangan ini tidak secepat ketika berusia belasan tahun.

Ahmadi (2007), juga mengemukakan bahwa memori atau daya ingat seseorang itu salah satunya dipengaruhi oleh umur. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa dengan bertambahnya umur seseorang dapat berpengaruh pada bertambahnya pengetahuan yang diperoleh, tetapi pada umur-umur tertentu atau menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau pengingatan suatu pengetahuan akan berkurang.

## 2) Pendidikan

Tingkat pendidikan berarti bimbingan yang telah diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah suatu cita-cita tertentu (Sarwono, 1992, yang dikutip Nursalam, 2011).

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah

dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, menurut IB Marta (1997) yang dikutip oleh Notoadmodjo (2007), makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi.

Pendidikan diklasifikasikan menjadi:

- a) Pendidikan tinggi: Akademi/Perguruan Tinggi
- b) Pendidikan Menengah: SLTP/SLTA
- c) Pendidikan Dasar

Dengan pendidikan yang tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun dari media masa, sebaliknya tingkat pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan dan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan (Koentjaraningrat, 1997, yang dikutip oleh Nursalam, 2011).

Ketidaktahuan dapat disebabkan karena pendidikan yang rendah, seseorang dengan pendidikan yang terlalu rendah akan sulit menerima pesan, mencerna pesan, dan informasi yang disampaikan.

Wiet Hary yang dikutip oleh Notoadmodjo (2007), menyebutkan bahwa tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh pada

umumnya, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pula pengetahuannya.

### 3) Pengalaman

Pengalaman merupakan guru yang terbaik (*Experient is The Best Teacher*), pepatah tersebut bisa diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan cara untuk memperoleh suatu kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat dijadikan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan persoalan yang dihadapi pada masa lalu (Notoadmodjo, 2007).

Pengalaman akan menghasilkan pemahaman yang berbeda bagi tiap individu, maka pengalaman mempunyai kaitan dengan pengetahuan. Seseorang yang mempunyai pengalaman banyak akan menambah pengetahuan (Cherin, 2009).

#### d. Tingkat Pengetahuan

Dari pengalaman dan penelitian, ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih baik dibandingkan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan karena didasari oleh



kesadaran, rasa tertarik, dan adanya pertimbangan dan sikap positif. Tingkat pengetahuan terdiri atas 6 tingkatan yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang dipelajari sebelumnya. Termasuk didalamnya adalah mengingat kembali (*Recall*) terhadap suatu yang khusus dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh karena itu, "Tahu" merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah, gunanya untuk mengukur bahwa orang tahu yang dipelajari seperti: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2) Memahami (*Comprehension*)

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

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang dipelajari pada situasi atau kondisi nyata. Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau

penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tetapi masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penelitian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang ada (Notoadmodjo, 2010).

e. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket (kuesioner) yang menanyakan tentang materi yang ingin diukur dari objek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas.

Pengukuran tingkat pengetahuan dimaksudkan untuk mengetahui status pengetahuan seseorang dan disajikan dalam tabel distribusi frekuensi (Notoadmodjo, 2007).

f. Kategori Pengetahuan

Menurut (Arikunto, 2006) kualitas tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang dapat dibagi menjadi empat tingkat yaitu:

- a) Tingkat pengetahuan baik bila skor atau nilai 76 - 100%
- b) Tingkat pengetahuan cukup bila skor atau nilai 56 - 75%
- c) Tingkat pengetahuan kurang bila skor atau nilai 40 - 55%
- d) Tingkat pengetahuan buruk bila skor atau nilai < 40%

Menurut Nursalam (2011) kriteria untuk menilai dari tingkat pengetahuan menggunakan nilai:

- a) Tingkat pengetahuan baik bila skor atau nilai 76 – 100%
- b) Tingkat pengetahuan cukup bila skor atau nilai 56 – 75%
- c) Tingkat pengetahuan kurang bila skor atau nilai < 56%

## **2. Konsep Pendidikan Kesehatan**

a. Definisi pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan dalam bidang kesehatan. Dilihat dari segi pendidikan, pendidikan kesehatan adalah suatu praktik pendidikan. Oleh sebab itu, konsep pendidikan kesehatan adalah konsep pendidikan yang proses belajar yang berarti

dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat (Notoatmodjo, 2010).

b. Ruang lingkup pendidikan kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Dari dimensi sasarannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu:

- 1) Pendidikan kesehatan individual, dengan sasaran individu.
- 2) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
- 3) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.

Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung diberbagai tempat atau tatanan dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, misalnya:

- 1) Pendidikan kesehatan di dalam keluarga (rumah).
- 2) Pendidikan kesehatan sekolah, dilakukan disekolah dengan sasaran murid.
- 3) Pendidikan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan, (dilakukan dirumah sakit-rumah sakit dengan sasaran

pasien atau keluarga pasien, di puskesmas dan sebagainya).

- 4) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.
- 5) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat umum (TTU).

c. Sub bidang keilmuan pendidikan kesehatan

Sebagai usaha intervensi perilaku pendidikan kesehatan diarahkan pada 3 faktor pokok, yakni faktor-faktor predisposisi, faktor-faktor pendukung, faktor-faktor pendorong. Strategi dan pendekatan untuk ketiga faktor-faktor tersebut berbeda-beda, meskipun tidak secara eksplisit. Dari perbedaan strategi dan pendekatan tersebut berakibat dikembangkannya mata ajaran atau subdisiplin ilmu sebagai bahan dari pendidikan kesehatan.

Mata ajar tersebut adalah:

- 1) Komunikasi
- 2) Dinamika kelompok
- 3) Pengembangan dan pengorganisasian masyarakat (PPM)
- 4) Pengembangan kesehatan masyarakat desa (PKMD)
- 5) Pemasaran sosial (*social marketing*)
- 6) Pengembangan organisasi
- 7) Pendidikan dan pelatihan (diklat)
- 8) Pengembangan medis (teknologi pendidikan kesehatan)
- 9) Perencanaan dan evaluasi pendidikan kesehatan

- 10) Antropologi pendidikan kesehatan
  - 11) Sosiologi kesehatan
  - 12) Psikologi
  - 13) Perilaku kesehatan
- d. Tujuan pendidikan kesehatan

Didalam buku kuliah 1 ilmu kesehatan anak FK UI (2007) tujuan pendidikan kesehatan ialah:

- 1) Pendidikan kesehatan memberikan pengertian baru dan tepat mengenai suatu penyakit dan cara pencegahannya.
- 2) Memberi penjelasan sesungguhnya mengenai pentingnya kesehatan bagi dirinya sendiri sehingga mereka bersikap sesuai dengan yang dianjurkan kesehatan dan berusaha mencegah penyakit.
- 3) Membuat masyarakat menaruh perhatian terhadap kesehatan orang lain.
- 4) Mengingatkan penduduk akan pentingnya kesehatan, sehingga mereka menyokong program kesehatan atau bahkan memulai usaha pencegahan penyakit.

Secara operasional, tujuan pendidikan kesehatan diperinci dan diperjelas sebagai berikut:

- 1) Agar penderita (masyarakat) memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan (dirinya), keselamatan lingkungan, dan masyarakatnya.

- 2) Agar orang melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat yang disebabkan oleh penyakit.
- 3) Agar orang mempelajari apa yang didapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada sistem pelayanan kesehatan yang formal.

Dari uraian tentang tujuan tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa pada dasarnya pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengubah pemahaman individu, kelompok dan masyarakat di bidang kesehatan agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai, mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai.

e. Metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan

Metode pendidikan kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk penyampaian pesan kepada sasaran pendidikan kesehatan, yaitu individu, kelompok/keluarga dan masyarakat. Metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan dapat berupa

metode pendidikan individu, metode pendidikan kelompok, dan metode pendidikan masa.

Suatu metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan dipilih berdasar tujuan pendidikan kesehatan, kemampuan individu/keluarga/kelompok/masyarakat, besarnya kelompok, waktu pelaksanaan pendidikan kesehatan, serta ketersediaan fasilitas pendukung.

Menurut Notoatmodjo (2010) metode pendidikan kesehatan terbagi menjadi:

1) Metode pendidikan individual (perorangan)

Dalam pendidikan kesehatan, metode pendidikan kesehatan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau seseorang yang telah tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini disebabkan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat maka perlu menggunakan metode ini. Metode atau pendekatan individu yang digunakan adalah:

a) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klie dengan petugas lebih intensif, setiap masalah yang dihadapi oleh klien



dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut dengan sukarela dan dengan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

Sebelum dilakukan konseling didahului dengan wawancara. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu belum mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam.

## 2) Metode pendidikan kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektifitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

### a) Kelompok besar

Yang dimaksud kelompok besar disini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 20 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar itu, antara lain:

## (1) Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah:

### (a) Persiapan

Ceramah akan berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi dari yang akan diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri dengan:

- (i) Mempelajari materi dengan sistematika yang baik, lebih baik lagi kalau disimpan dalam diagram atau sketsa.
- (ii) Menyiapkan alat-alat bantu pengajaran misalnya, makalah singkat, slide, transparan, *soundsystem* dan sebagainya.

### (b) Pelaksanaan

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah tersebut dapat menguasai sasaran (dalam arti psikologis), penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

- (i) Sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu, dan gelisah.
- (ii) Suara hendaknya cukup keras dan jelas.
- (iii) Pandangan harus tertuju keseluruhan peserta ceramah.
- (iv) Berdiri didepan (dipertengahan), tidak boleh duduk.
- (v) Menggunakan alat-alat bantu lain/ *Audio Visual Aids (AVA)* semaksimal mungkin.

## (2) Seminar

Metode ini sangat cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

### b) Kelompok kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 20 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain:

### (1) Diskusi kelompok

Dalam diskusi kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi, maka formasi duduk peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadap-hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pimpinan diskusi/ penyuluh juga duduk diantara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Tepatnya mereka dalam taraf yang sama, sehingga tiap anggota kelompok ada kebebasan/ keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat.

### (2) Curah pendapat (*Brain Storming*)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Perinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya pada permulaan, pemimpin kelompok memancing dengan suatu masalah, kemudian tiap peserta memberikan jawaban-jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam *flipchart* atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya tidak boleh diberi komentar oleh siapapun. Baru setelah semua

anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadilah diskusi.

(3) Bola salju (*Snow balling*)

Kelompok dibagi dalam pasang-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 kesimpulannya. Kemudian setiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya akhirnya menjadi diskusi seluruh kelas.

(4) Kelompok kecil-kecil (*Bruzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama/ tidak dengan kelompok lain dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dicari kesimpulannya.

(5) Bermain peran (*Role Play*)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peran, misalnya sebagai dokter

puskesmas, perawat atau bidan dan sebagainya. Sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka memperagakan misalnya bagaimana interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

(6) Permainan simulasi (*Simulation Game*)

Metode ini merupakan gambaran antara *Role Play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memaikannya persis seperti bermain monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah), selain beberan atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

c) Metode pendidikan massa (*Public*)

Metode pendidikan (pendekatan) massa untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik, maka yang paling tepat adalah pendekatan massa. Oleh karena sasaran pendidikan ini bersifat umum dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat

pendidikan dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah 'awareness' atau kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi, belum begitu diharapkan sampai dengan perubahan perilaku. Namun demikian bila sudah sampai berpengaruh terhadap perubahan perilaku adalah wajar.

Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) massa ini tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Beberapa contoh metode ini, antara lain:

(1) Ceramah umum (*public speaking*)

Pada acara tertentu, misalnya pada hari kesehatan nasional, menteri kesehatan atau penjabat kesehatan lainnya berpidato dihadapan massa untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

(2) Pidato-pidato dan diskusi

Pada hakikatnya bentuk pendidikan kesehatan media massa adalah pidato-pidato dan diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya

tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio juga merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa. Contoh: 'Dokter OZ Indonesia' di televisi.

(3) Sinetron 'Dokter Sartika' dalam acara tv tahun 1990-an juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa.

(4) Tulisan-tulisan dimajalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/ konsultasi tentang kesehatan antara penyakit juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

3) *Billboard*, yang di pasang di pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa. Contoh: *Billboard* 'Ayo ke Posyandu'.

### **3. Media pendidikan kesehatan**

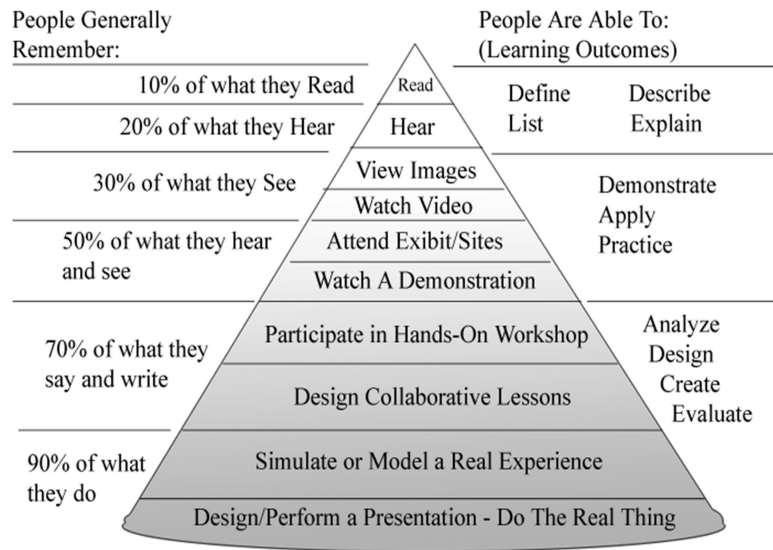
#### **a. Pengertian media**

Media merupakan segala sesuatu yang dapat menyampaikan dan menyalurkan pesan dari sumber secara terencana sehingga tercipta lingkungan belajar yang kondusif dimana penerimanya dapat melakukan proses belajar secara efisien dan efektif. Definisi ini sejalan dengan definisi yang diantaranya disampaikan oleh Asosiasi Teknologi dan



Komunikasi Pendidikan (*Association of Education and Communication Technology/AECTI*) di amerika, yakni sebagai segala bentuk dan saluran yang digunakan orang untuk menyalurkan pesan/informasi. Tujuan dari pemanfaatan media dalam proses pembelajaran adalah untuk mengefektifkan dan mengefesiensikan proses pembelajaran itu sendiri (Munadi, 2013:8). Sumber-sumber belajar lain yang diperoleh oleh seseorang selain dari tenaga kesehatan inilah yang disebut sebagai penyalur atau penghubung pesan ajar yang diadakan dan/atau diciptakan secara terencana biasanya disebut media pembelajaran dan yang menjadi komponen-komponennya seperti komunikator, komunikan, pesan dan media.

Salah satu gambaran yang paling banyak dijadikan acuan sebagai landasan teoritis pemanfaatan media dalam proses pembelajaran adalah *Dale's Cone of Experience* (kerucut pengalaman Dale). Dalam usaha memanfaatkan media dalam proses pembelajaran, Edgar Dale mengadakan klasifikasi pengalaman menurut tingkat dari yang paling konkrit ke yang paling abstrak. Tingkat pengalaman dalam kerucut tersebut berdasarkan seberapa banyak indera yang terlibat didalamnya. Berikut kerucut pengalaman Edgar Dale yang dimaksud yaitu:



Dale's Cone of Experience

Gambar 2.1. Kerucut Pengalaman Dale

Pengalaman belajar konkrit yang secara langsung dialami seseorang terletak di bagian bawah kerucut. Disinilah pengalaman belajar yang paling besar dan banyak memperoleh manfaat karena dengan cara mengalaminya sendiri. Seperti dikatakan James L. Mursell bahwa belajar yang sukses (*successful learning*) adalah belajar dengan mengalami sendiri (Rasyad, 2003:119, dalam Munadi, 2013:19). Menurut analisa Dale, bahwa pengalaman langsung mendapat tempat utama dan terbesar, sedangkan belajar melalui abstrak berada di puncak kerucut. Ini berarti setiap pengalaman belajar yang dialami seseorang secara berangsur-angsur harus dikurangi sesuai tahapan pada kerucut tersebut. Kerucut ini menggambarkan bahwa seseorang dapat dikatakan memiliki

cara belajar yang berkualitas apabila ia telah mampu memaknai simbol-simbol abstrak, karena cara belajar demikian itu memiliki pengertian atau wawasan yang tertinggi (*high insight*).

b. Fungsi media pembelajaran

Pada umumnya fungsi utama media pembelajaran adalah sebagai sumber belajar. Fungsi-fungsi yang lain merupakan hasil pertimbangan pada kajian ciri-ciri umum yang dimilikinya, bahasa yang dipakai menyampaikan pesan dan dampak yang ditimbulkannya. Sedangkan menurut Munadi (2013) analisis fungsi yang didasarkan pada medianya dan penggunaannya dibagi menjadi 5, yaitu:

1) Sebagai sumber belajar

Secara teknis media pembelajaran berfungsi sebagai sumber belajar. Dalam kalimat sumber belajar ini tersirat makna keaktifan, yakni sebagai penyalur, penyampai, penghubung dan lain-lain. Menurut Mudhoffir (1992:1-2, dalam Munadi, 2013:37) menyebutkan bahwa sumber belajar pada hakikatnya merupakan komponen sistem instruksional yang meliputi, pesan, orang, bahan, alat, teknik dan lingkungan yang mana hal itu dapat mempengaruhi hasil belajar seseorang. Pemahaman tersebut sejalan dengan pernyataan Edgar Dale bahwa sumber belajar

adalah pengalaman-pengalaman yang pada dasarnya sangat luas (Munadi, 2013).

## 2) Fungsi semantik

Fungsi semantik diartikan sebagai kemampuan media dalam menambah perbendaharaan kata (*simbol verbal*) yang makna atau maksudnya benar-benar dipahami penerima pesan (tidak verbalistik).

## 3) Fungsi manipulatif

Fungsi manipulatif ini didasarkan pada ciri-ciri (karakteristik) umum yang dimilikinya (kemampuan merekam, menyimpan, melestarikan, merekonstruksi, dan mentransportasikan). Berdasarkan karakteristiknya ini, media memiliki 2 kemampuan, yakni:

### a) Kemampuan media dalam mengatasi ruang dan waktu.

(1) Kemampuan media menghadirkan objek atau peristiwa yang sulit dihadirkan dalam bentuk aslinya, seperti peristiwa bencana alam, ikan paus melahirkan anak dan lain-lain.

(2) Kemampuan media menjadikan objek atau peristiwa yang menyita waktu panjang menjadi singkat, seperti proses metamorfosis dan proses ibadah haji.

(3) Kemampuan media menghadirkan kembali objek atau peristiwa yang telah terjadi, seperti peristiwa

perang dunia 1 dan 2. Peristiwa tersebut dapat dituangkan dalam film, dramatisasi, dongeng, cerita bergambar dan lain-lain.

b) Kemampuan media dalam mengatasi keterbatasan inderawi manusia.

(1) Membantu memahami objek yang sulit diamati karena terlalu kecil, seperti molekul, sel, atom dan lain-lain dengan memanfaatkan gambar, film dan lain-lain.

(2) Membantu memahami objek yang terlalu lambat atau terlalu cepat, seperti proses *metamorfosis*. Hal ini dapat dimanfaatkan gambar.

(3) Membantu memahami objek yang membutuhkan kejelasan suara, seperti cara membaca Al-Qur'an sesuai dengan kaidah tajwid, yakni dengan cara memanfaatkan kaset (*tape recorder*).

(4) Membantu memahami objek yang terlalu kompleks, misalnya dengan memanfaatkan diagram, peta, grafik, dan lain-lain.

4) Fungsi psikologi

a) Fungsi atensi

Media dapat meningkatkan perhatian (*attention*) seseorang terhadap materi. Media yang tepat adalah media yang mampu menarik dan memfokuskan

perhatian seseorang saat menerima materi. Dalam psikologi komunikasi, fenomena ini ketika kita memperhatikan rangsangan tertentu sambil membuang rangsangan lainnya disebut perhatian selektif (*selective attention*) (Rakhmat, 1985:67, dalam Munadi, 2013:44).

b) Fungsi afektif

Fungsi afektif yakni, menggugah perasaan, emosi, dan tingkat penerimaan atau penolakan penerima pesan terhadap sesuatu. Media tepat guna dapat dapat meningkatkan sambutan atau penerimaan seseorang terhadap stimulus tertentu. Sambutan atau penerimaan tersebut berupa kemauan. Hal lain dari penerimaan adalah munculnya tanggapan yakni berupa partisipasi siswa dalam keseluruhan proses pembelajaran secara sukarela, ini merupakan reaksi terhadap rangsangan yang diterima.

c) Fungsi kognitif

Seseorang yang belajar melalui media akan memperoleh dan menggunakan bentuk-bentuk representasi yang mewakili objek-objek yang dihadapi, baik objek itu berupa orang, benda, atau peristiwa. Objek itu direpresentasikan atau dihadirkan dalam diri seseorang melalui tanggapan, gagasan atau lambang,

yang dalam psikologi semuanya merupakan sesuatu yang bersifat mental (Winkel, 1989:42, dalam Munadi, 2013:45).

d) Fungsi imajinatif

Media dapat mengembangkan dan meningkatkan imajinasi. Imajinasi (*Imagination*) berdasarkan kamus lengkap psikologi (CP. Chaplin, 1993:239, dalam Munadi, 2013:46) adalah proses menciptakan objek atau peristiwa tanpa pemanfaatan data sensoris. Imajinasi ini mencakup penimbulan atau kreasi objek-objek baru sebagai rencana bagi masa mendatang, atau dapat juga mengambil bentuk fantasi (khayalan) yang didominasi kuat sekali oleh pikiran-pikiran autistik.

e) Fungsi motivasi

Motivasi merupakan seni mendorong seseorang agar terdorong untuk melakukan kegiatan belajar sehingga tujuan pembelajaran tercapai. Dengan demikian, motivasi merupakan usaha pihak luar dalam hal ini tenaga kesehatan untuk mendorong, mengaktifkan dan menggerakkan masyarakat secara sadar untuk terlibat secara aktif dalam proses pembelajaran.

#### 5) Fungsi sosio-kultural

Fungsi media dilihat dari sosio-kultural, yakni mengatasi hambatan sosio-kultural antar peserta komunikasi dalam proses penyampaian pesan.

#### c. Klasifikasi media

Menurut Munadi (2013), media pembelajar dikelompokkan menjadi 4 kelompok besar, yakni:

##### 1) Media audio

Media audio adalah media yang hanya melibatkan indera pendengaran dan hanya mampu memanipulasi kemampuan suara semata. Dilihat dari sifat pesan yang diterimanya media audio ini menerima pesan verbal dan non verbal. Pesan verbal audio yakni bahasa lisan atau kata-kata, dan pesan non verbal audio adalah bunyi-bunyian dan vokalisasi, seperti gerutuan, gumam, musik dan lain-lain.

Adapun kelebihan-kelebihan media audio adalah sebagai berikut:

- a) Mampu mengatasi keterbatasan ruang dan waktu dan memungkinkan menjangkau sasaran yang luas.
- b) Mampu mengembangkan daya imajinasi pendengar.
- c) Mampu memusatkan perhatian.
- d) Sangat cocok untuk mengajarkan musik dan bahasa.



- e) Mampu mempengaruhi suasana dan perilaku melalui musik latar dan efek suara.
- f) Dapat menyajikan program pendalaman materi yang dibawakan oleh guru-guru atau orang-orang yang memiliki keahlian dibidang tertentu sehingga tema yang dibahas memiliki mutu yang baik dilihat dari segi ilmiah karena selalu dilengkapi bukti-bukti ilmiah hasil penelitian dan observasi.
- g) Dapat mengerjakan hal-hal tertentu yang sulit dikerjakan oleh guru, yakni menyajikan pengalaman-pengalaman dunia luar kedalam kelas, sehingga media audio memungkinkan untuk menghadirkan hal-hal yang aktual dan dengan demikian dapat memberikan suasana kesegaran pada sebagian besar topik yang dibahas.

Disamping kelebihan-kelebihan tersebut terdapat kekurangan yang sangat mencolok pada media audio tersebut ialah sifat komunikasinya yang hanya satu arah. Penyajian menggunakan suara hanya menggunakan satu indera saja. Adapun jenis-jenis media audio menurut Munadi (2013) adalah sebagai berikut:

a) Phonograph (*Gramophone*)

Phonograph terbuat dari silinder yang dibungkus kertas aluminium dan ditoreh dengan jarum. Silinder tersebut

digerakkan dengan engkol secara manual, yang kemudian diperbarui dengan menggunakan listrik dengan alat perekam menggunakan piringan hitam.

*b) Open Real Tapes*

Kelebihan program audio yang menggunakan pita *open real Tape Recorder* ialah kualitas suaranya lebih bagus dibanding yang menggunakan pita kaset.

*c) Cassete Tapes*

Media jenis ini adalah yang paling populer di kalangan masyarakat. Berfungsi sebagai *play back* program dalam bentuk kaset ataupun perekam. Untuk berbagai keperluan, maka dibuat pita kaset dalam beberapa kualitas, yaitu dari yang paling rendah, normal, FeCr, CrO<sub>2</sub>, dan metal.

*d) Compact Disc*

Sejak penemuan phonograph dan gramafon, inovasi secara revolusioner di dunia audio rekam terjadi pada 1979, yakni lahirnya *compact disc* (CD) sebagai hasil pencampuran komputer dan teknologi laser. *Compact Disc* atau cakram padat adalah sebuah piringan optikal yang digunakan untuk menyimpan data secara digital.

## 2) Media Visual

Media visual adalah media yang melibatkan indera penglihatan. Terdapat dua jenis pesan yang dimuat dalam media visual, yakni pesan verbal dan non verbal. Pesan verbal-visual terdiri dari kata-kata (bahasa verbal) dalam bentuk tulisan, dan pesan non verbal-visual adalah pesan yang dituangkan kedalam simbol-simbol non verbal-visual. Secara garis besar unsur-unsur yang terdapat pada media visual terdiri atas garis, bentuk, warna, dan tekstur (Azhar Arsyad, 1997:109-110, dalam Munadi, 2013:81).

### a) Garis

Kumpulan dari titik-titik. Dengan demikian terdapat banyak jenis garis, diantaranya adalah: garis lurus vertikal, garis lurus horizontal, garis lengkung, garis lingkaran, garis zig-zag.

### b) Bentuk

Konsep simbol yang dibangun atas garis-garis atau gabungan garis dengan konsep-konsep lainnya.

### c) Warna

Digunakan untuk memberi kesan pemisahan atau penekanan, juga untuk membangun keterpaduan, bahkan dapat mempertinggi tingkat realisme dan dapat menciptakan emosional tertentu.

#### d) Tekstur

Digunakan untuk menimbulkan kesan kasar dan halus, juga untuk memberikan penekanan seperti halnya warna.

Menurut Arsyad (1997) dalam Munadi (2013), simbol pesan visual hendaknya memiliki prinsip, yaitu:

#### a) Kesederhanaan

Pesan atau informasi yang panjang atau rumit harus dibagi-bagi kedalam beberapa bahan visual yang mudah dipahami.

#### b) Penekanan

Meskipun penyajian visual dirancang sederhana, seringkali konsep yang ingin disajikan memerlukan penekanan terhadap salah satu unsur yang akan menjadi pusat perhatian. Dengan menggunakan ukuran, hubungan-hubungan, perspektif, warna atau ruang penekanan dapat diberikan kepada unsur terpenting.

#### c) Keterpaduan

Mengacu pada hubungan yang terdapat di antara elemen-elemen visual yang ketika diamati akan berfungsi secara bersama-sama. Elemen-elemen itu harus saling terkait dan menyatu sebagai suatu keseluruhan sehingga visual itu merupakan suatu bentuk menyeluruh yang

dapat membantu pemahaman pesan dan informasi yang dikandungnya.

Jenis-jenis media visual menurut Munadi (2013) adalah:

a) Gambar

- (1) Sketsa, atau bisa disebut juga sebagai gambar garis (*Stick figure*), yakni gambar sederhana atau draft kasar yang melukiskan bagian-bagian pokok suatu objek.
- (2) Lukisan, merupakan gambar representasi simbolis dan artistik seseorang tentang sesuatu objek atau situasi.
- (3) Karikatur, adalah suatu bentuk gambar yang sifatnya klise, sindiran, dan lucu. Karikatur merupakan ungkapan perasaan seseorang yang biasanya diekspresikan berdasarkan masalah-masalah politis dan sosial.
- (4) Kartun, merupakan salah satu bentuk komunikasi garis, yakni suatu gambar interpretatif yang menggunakan simbol-simbol untuk menghampakan suatu pesan secara cepat dan ringkas atau suatu sikap terhadap orang, situasi atau kejadian-kejadian tertentu.
- (5) Photo, merupakan gambar hasil pemotretan atau fotografi. Photo juga merupakan media visual yang

efektif karena dapat memvisualisasikan objek dengan lebih konkrit, lebih realistis dan lebih akurat.

#### b) Grafik

Grafik merupakan gambar yang sederhana dan banyak sedikitnya merupakan penggambaran data kuantitatif yang akurat dalam bentuk yang menarik dan mudah dimengerti.

##### (1) Grafik garis

Grafik yang berupa garis diatas suatu bidang yang dibagi petak-petak empat persegi yang sama besar. Kita dapat memvisualisasikan data angka-angka dengan garis-garis.

##### (2) Grafik batang

Grafik yang berupa batang-batang diatas suatu bidang yang dibagi petak-petak empat persegi yang sama besar. Jika grafik batang disusun berdiri disebut grafik batang vertikal, jika grafik batang disusun mendatar disebut grafik batang horizontal.

##### (3) Grafik lingkaran

Karena berbentuk lingkaran maka disebut grafik lingkaran. Tujuan grafik lingkaran adalah memperlihatkan pembagian sebuah lingkaran, perbandingan antara satu bagian dengan bagian yang

lain dan antara masing-masing bagian dengan lingkaran keseluruhan.

#### (4) Grafik simbol

Grafik simbol disebut sebagai grafik gambar atau piktorial dikembangkan sejak tahun 1920 oleh Otto Neurath.

#### c) Diagram

Diagram merupakan susunan garis-garis dan lebih menyerupai peta daripada gambar. Diagram sering digunakan untuk menerangkan letak bagian-bagian sebuah alat atau mesin serta hubungan satu bagian dengan bagian yang lain.

#### d) Bagan

Bagan hampir sama dengan diagram. Bedanya bagan lebih menekankan kepada suatu perkembangan atau suatu proses susunan suatu organisasi.

#### e) Peta

Peta adalah gambar permukaan bumi atau sebagiannya saja. Secara langsung ataupun tidak langsung peta mengungkapkan sangat banyak informasi seperti lokasi suatu daerah, luasnya dan lain-lain.

Media visual verbal- non verbal maupun grafis biasanya dapat kita jumpai pada beberapa penyalur pesan tersebut

seperti, buku, komik, majalah, poster, papan visual (papan tulis, papan magnetik, papan lembar balik/*flip chart*, papan *flanel*, papan peraga atau biasa dikenal dengan papan *display*).

### 3) Media audio-visual

Media audio-visual adalah media yang melibatkan indera pendengaran dan penglihatan sekaligus dalam satu proses. Dalam perkembangannya media audio-visual dibagi atas beberapa jenis, yaitu:

#### a) Film gerak bersuara

Media audio-visual ini dapat dibagi menjadi dua jenis. Jenis pertama, dilengkapi fungsi peralatan suara dan gambar dalam satu unit, dinamakan media audio-visual murni seperti film gerak bersuara (*movie*), televisi dan video. Jenis kedua adalah media audio-visual tidak murni yaitu apa yang kita kenal dengan slide, opaque, OHP dan peralatan visual lainnya bila diberi unsur suara dari rekaman kaset yang dimanfaatkan secara bersamaan dalam satu waktu atau satu proses pembelajaran. Adapun kelebihan media film tersebut diatas adalah:



- (1) Mengatasi keterbatasan jarak dan waktu
- (2) Mampu menggambarkan peristiwa-peristiwa masa lalu secara realistis dalam waktu yang singkat
- (3) Film bisa diulang bila perlu untuk menambah kejelasan
- (4) Dapat mengembangkan imajinasi
- (5) Sangat kuat dalam mempengaruhi emosi seseorang
- (6) Menumbuhkan minat dan motivasi belajar.

Sedangkan kekurangan film adalah terlalu menekankan pentingnya materi ketimbang proses pengembangan materi tersebut. Jenis-jenis film terbagi atas tiga bagian, yaitu:

(1) Film dokumenter

Menurut Heinich dkk, film-film dokumenter adalah film-film yang dibuat berdasarkan fakta bukan fiksi dan bukan pula memfiksikan yang nyata.

(2) Film docudrama

Dokudrama adalah film dokumenter yang membutuhkan pengadeganan. Dengan demikian kisah-kisah yang ada dalam dokudrama adalah kisah yang diangkat dari kisah nyata.

(3) Film drama dan semidrama

Keduanya melukiskan hubungan antar manusia. Tema-tema biasanya dari kisah nyata dan bisa juga tidak dari kisah nyata atau dari nilai-nilai kehidupan yang kemudian diramu menjadi sebuah cerita.

b) Video

(1) Karakteristik video

- (a) Mengatasi keterbatasan jarak dan waktu
- (b) Mampu menggambarkan peristiwa-peristiwa masa lalu secara realistis dalam waktu yang singkat
- (c) Film bisa diulang bila perlu untuk menambah kejelasan
- (d) Dapat mengembangkan imajinasi
- (e) Sangat kuat dalam mempengaruhi emosi seseorang
- (f) Menumbuhkan minat dan motivasi belajar.

(2) Manfaat video (Anderson 1987:104-105, dalam Munadi, 2013:127-128)

(a) Tujuan kognitif

Dapat digunakan untuk hal-hal yang menyangkut kemampuan mengenal kembali dan kemampuan

memberikan rangsangan berupa gerak yang serasi.

(b) Tujuan psikomotor

Dapat digunakan untuk memperlihatkan contoh keterampilan gerak, seperti gerakan shalat, adab makan bersama, cara mencuci tangan yang benar dan lain-lain.

(c) Tujuan prilaku

Dengan menggunakan berbagai teknik dan efek, video dapat menjadi media yang sangat ampuh untuk mempengaruhi sikap dan emosi.

c) Televisi

Televisi adalah perlengkapan elektronik, yang pada dasarnya sama dengan gambar hidup yang meliputi gambar dan suara. Maka pada dasarnya televisi sama dengan film yakni dapat didengar dan dilihat. Televisi sebagai media pengajaran mengandung beberapa keuntungan antara lain:

- (1) Bersifat langsung dan nyata, serta dapat menyajikan peristiwa yang sebenarnya.
- (2) Memperluas tinjauan lokasi.
- (3) Dapat menciptakan kembali peristiwa masa lampau.

(4) Dapat mempertunjukkan banyak hal dan banyak segi yang beraneka ragam.

(5) Masyarakat diajak berpartisipasi dalam rangka meningkatkan kepedulian masyarakat untuk menjaga kesehatannya maupun orang disekelilingnya.

#### 4. Multimedia

Multimedia adalah media yang mampu melibatkan banyak indera dan organ tubuh selama proses pembelajaran. Beberapa bentuk pemanfaatan multimedia berbasis komputer yang dapat digunakan dalam proses pembelajaran meliputi:

##### 1) Multimedia presentasi

Digunakan untuk menjelaskan materi-materi yang sifatnya teoritis digunakan dalam pembelajaran klasikal, baik untuk kelompok kecil maupun kelompok besar. Sering menggunakan projector/LCD yang memiliki jangkauan pancar yang cukup besar.

##### 2) Multimedia interaktif

Digunakan agar peserta lebih aktif dalam proses pembelajaran.

##### 3) Sarana simulasi

Digunakan untuk melatih keterampilan dan kompetensi yang ingin dicapai kepada peserta.

#### 4) Video pembelajaran

Peserta dapat secara interaktif mengikuti kegiatan praktik sesuai dengan yang diajarkan pada video.

### 4. Konsep Bantuan Hidup Dasar

#### a. Pengertian Bantuan Hidup Dasar (BHD)

Bantuan hidup dasar atau BHD adalah dasar untuk menyelamatkan nyawa setelah serangan jantung. Aspek *Fundamental* (dasar) dari BHD pada orang dewasa termasuk penilaian segera serangan jantung mendadak dan aktivasi sistem tanggap darurat, RJP (Resusitasi Jantung Paru) dini, dan defibrilasi cepat dengan defibrillator eksternal otomatis (AED). Penilaian awal dan respon terhadap serangan jantung dan stroke juga dianggap bagian dari BHD (Kleinman *et al*, 2015).

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

Resusitasi Jantung Paru (RJP) adalah suatu tindakan darurat sebagai usaha untuk mengembalikan keadaan henti nafas dan atau henti jantung (yang dikenal sebagai kematian

klinis) ke fungsi optimal, guna mencegah kematian biologis (Muttaqin, 2009).

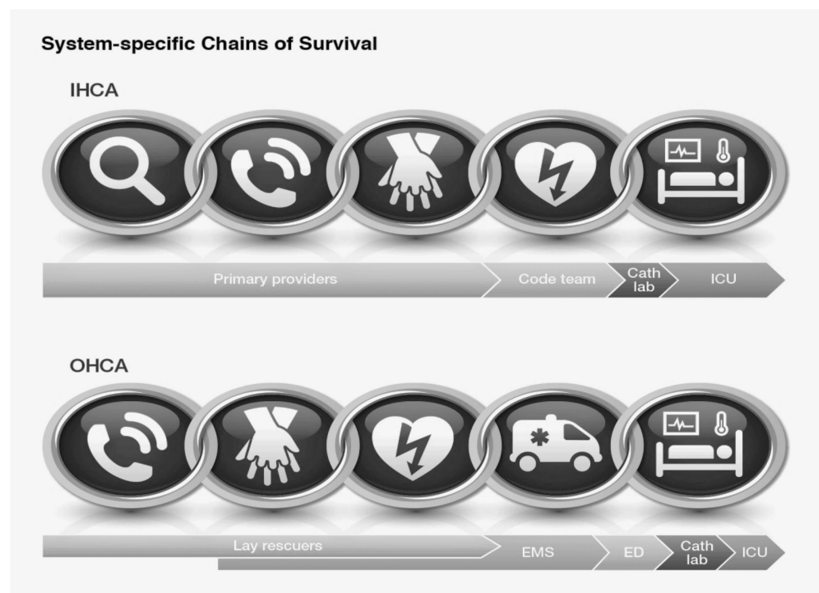
Resusitasi jantung Paru adalah prosedur darurat untuk mendukung kehidupan, yang terdiri dari pernapasan buatan dan pijat jantung luar manual. RJP digunakan dalam kasus-kasus serangan jantung atau kematian mendadak jelas dihasilkan dari sengatan listrik, tenggelam, gagal napas, atau penyebab lainnya, untuk membangun sirkulasi dan ventilasi efektif untuk mencegah kerusakan otak *irreversible*.

b. Pedoman bantuan Hidup Dasar pada Dewasa (Menurut AHA 2015)

*American Heart Association* (AHA) yang merupakan induk dari perkembangan teknik Bantuan hidup dasar telah mengeluarkan jurnal terbarunya pada tahun 2015 ini. AHA terus melakukan pembaruan pedomannya sejak pertama kali dimulai pada tahun 1966 hingga yang terbaru pada bulan november 2015. Dalam jurnal terbaru yang dikeluarkan oleh AHA tahun 2015 ini menyajikan pembaruan rekomendasi Bantuan Hidup Dasar untuk dewasa pada penyelamat awam maupun penyedia layanan kesehatan. Perubahan kunci dan poin terus dikembangkan, meliputi:

- 1) Hubungan penting pada kejadian diluar rumah sakit (OHCA) dengan korban dewasa tidak berubah dari 2010; Namun,

ada peningkatan penekanan pada identifikasi cepat kemungkinan serangan jantung oleh *dispatcher*, dengan ketentuan instruksi RJP langsung ke penelpon. Rantai hidup pertama kali digunakan hampir 25 tahun lalu, masih sangat relevan. Namun, mungkin akan membantu untuk membuat 2 rantai terpisah (Gambar 2.6) untuk mencerminkan perbedaan langkah-langkah yang diperlukan untuk menanggapi serangan jantung di rumah sakit (serangan jantung dirumah sakit [IHCA]) dan keluar dari rumah sakit (serangan jantung diluar rumah sakit [OHCA]).



Gambar 2.2 Sistem-rantai kelangsungan hidup diluar atau didalam rumah sakit (*American heart association, 2015*)

- 2) Pembaruan pedoman ini mempertimbangkan kehadiran ponsel yang dapat memungkinkan penyelamat untuk mengaktifkan sistem tanggap darurat tanpa meninggalkan sisi korban. Untuk penyedia layanan kesehatan, rekomendasi ini memungkinkan fleksibilitas untuk aktivasi respon darurat yang lebih cocok untuk pengaturan klinis penyedia layanan.
- 3) Data lebih lanjut menunjukkan bahwa RJP berkualitas tinggi meningkatkan kelangsungan hidup dari serangan jantung, termasuk:
  - a) Memastikan kompresi dada yang adekuat
  - b) Memastikan kedalaman kompresi dada yang adekuat
  - c) Membiarkan dada mengembang sepenuhnya pada setiap kompresi
  - d) Meminimalkan interupsi saat melakukan kompresi dada
  - e) Menghindari ventilasi yang berlebihan
- 4) Pembaruan pedoman ini merekomendasikan pembaruan untuk lebih dari satu penolong, menciptakan pendekatan kinerja kompresi dada, manajemen jalan nafas, bantuan pernapasan, deteksi ritme, dan syok (jika ada indikasi) oleh tim terpadu dari penyelamat terlatih dalam aturan yang berlaku (Kleinman, 2015).



Faktor etika, hukum, dan budaya mempengaruhi keputusan tentang resusitasi. Idealnya, keputusan ini dipandu oleh ilmu pengetahuan, pasien atau wali pasien, kebijakan lokal dan hukum yang berlaku serta prinsip-prinsip etika yang ditetapkan (Mancini, 2015). Dalam pelaksanaannya Bantuan hidup dasar menentukan bagaimana cara melakukan BHD secara optimal (Lihat Tabel. 2.1). Masyarakat yang merupakan *First Responder* sangat berperan penting dalam angka kematian akibat *Suddent Cardiac Arrest* diluar rumah sakit (OHCA). Menurut Pro Emergency (2011), masyarakat dibagi 2 menurut perannya yaitu:

1) Awam khusus

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

## 2) Awam biasa

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

Tabel 2.1. Anjuran dan larangan BHD kualitas tinggi pada dewasa

Penolong Harus	Penolong Tidak Boleh
Melakukan kompresi dada pada kecepatan 100-120/min	Mengkompresi dada pada kecepatan lebih rendah dari 100/min atau lebih cepat dari 120/min
Mengkompresi ke kedalaman 2 inci (5 cm)	Mengkompresi kekedalaman kurang dari 2 inci (5 cm) atau lebih dari 2,4 inci (6 cm)
Membolehkan rekoil penuh setelah setiap kali kompresi	Bertumpu diatas dada diantara kompresi yang dilakukan
Meminimalkan jeda dalam kompresi	Menghentikan kompresi lebih dari 10 detik
Memberikan ventilasi yang cukup (2 napas buatan setelah 30 kompresi, setiap napas buatan diberikan lebih dari 1 deti, setiap kali diberikan dada akan terangkat)	Memberikan ventilasi yang berlebihan (misalnya terlalu banyak napas buatan atau memberikan napas buatan dengan kekuatan berlebihan)

Pelatihan RJP dapat dicapai melalui kelas tradisional atau belajar singkat melalui Media, inisiatif kebijakan publik seperti

pelatihan RJP sebagai syarat kelulusan SMA, pelatihan kemungkinan penyelamat (terutama anggota keluarga dan pemberi layanan yang penduduknya berisiko tinggi untuk serangan jantung), atau pelatihan RJP massal kepada masyarakat di tempat-tempat umum. Program pelatihan RJP dapat membantu membangun budaya harapan untuk kompresi dada yang akan dilakukan dalam keadaan apapun pada kasus serangan jantung yang terjadi (Kronick, 2015).

Dalam pembaruan pedoman dan jurnal yang dikeluarkan *American Heart Association* (2015) ini, terdapat pembaruan RJP untuk penolong tidak terlatih yang biasa disebut sebagai pengamat. Pengamat RJP adalah prosedur kemungkinan untuk menyelamatkan nyawa yang dapat dilakukan oleh anggota masyarakat tanpa peralatan atau identitas profesional (Kronick, 2015). Berikut adalah masalah utama dan perubahan besar dalam rekomendasi pembaruan pedoman 2015 untuk RJP orang dewasa oleh penolong tidak terlatih:

- 1) Hubungan penting dalam rantai kelangsungan hidup pasien dewasa diluar rumah sakit tidak berubah sejak 2010, dengan tetap menekankan pada Algoritma bantuan hidup dasar dewasa universal yang disederhanakan.
- 2) Algoritma BHD dewasa telah dirubah unttuk menunjukkan fakta bahwa penolong dapat mengaktifkan sistem

tanggapan darurat (misalnya, melalui penggunaan ponsel) tanpa meninggalkan korban.

- 3) Masyarakat yang anggotanya beresiko terkena serangan jantung disarankan menerapkan program PAD.
- 4) Rekomendasi telah diperkuat untuk mendorong pengenalan langsung terhadap kondisi korban yang tidak menunjukkan reaksi, pengaktifan sistem tanggapan darurat, dan inisiasi RJP jika penolong tidak terlatih menemukan korban yang tidak menunjukkan reaksi juga tidak bernafas atau tidak bernafas dengan normal (misalnya, tersengal).
- 5) Penekanan perihal identifikasi cepat terhadap kemungkinan serangan jantung oleh operator telah ditingkatkan melalui penyediaan instruksi RJP secepatnya kepada pemanggil (misalnya, RJP yang dipandu oleh operator).
- 6) Urutan yang disarankan untuk satu-satunya penolong telah dikonfirmasi: penolong diminta untuk melakukan kompresi dada sebelum memberikan nafas buatan (C-A-B, bukan A-B-C) agar dapat mengurangi penundaan kompresi pertama. Satu-satunya penolong harus memulai CPR dengan 30 kompresi dada yang diikuti dengan 2 nafas buatan.
- 7) Tepat penekanan lanjutan pada karakteristik RJP berkualitas tinggi: mengkompresi dada pada kecepatan dan kedalaman yang memadai, melakukan *recoil* dada

sepenuhnya setelah setiap kompresi, meminimalkan gangguan dalam kompresi, dan mencegah ventilasi yang berlebihan.

- 8) Kecepatan kompresi dada yang disarankan adalah 100 hingga 120/min (diperbarui dari *Minimum* 100/min).
- 9) Rekomendasi yang diklarifikasi untuk kedalaman kompresi dada pada orang dewasa adalah minimum 2 inci (5 cm), namun tidak lebih dari 2,4 inci (6 cm).
- 10) Nalokson yang diberikan pendamping dapat dipertimbangkan untuk dugaan kondisi darurat terkait opioid yang mengancam jiwa.

c. Tujuan Pemberian Bantuan Hidup Dasar

Menurut Mancini *et al* (2015) resusitasi jantung paru memiliki tujuan yaitu :

- 1) Mempertahankan kehidupan
- 2) Memulihkan kesehatan
- 3) Meringankan penderitaan
- 4) Membatasi kecacatan dan
- 5) Menghormati keputusan individu, hak, dan privasi. Karena resusitasi jantung paru adalah upaya yang harus dimulai segera saat penangkapan, penyelamat mungkin tidak tahu siapa korban, apa tujuan perawatan dari individu. Akibatnya,

pemberian CPR dapat bertentangan dengan keinginan individu atau kepentingan terbaik.

Sedangkan menurut Krisanty (2009) tindakan bantuan hidup dasar memiliki berbagai macam tujuan, yaitu:

- 1) Mempertahankan dan mengembalikan fungsi oksigenisasi organ-organ vital (otak, jantung dan paru).
- 2) Mencegah berhentinya sirkulasi atau berhentinya respirasi.
- 3) Memberikan bantuan external terhadap sirkulasi dan ventilasi dari korban yang mengalami henti jantung atau henti nafas melalui resusitasi jantung paru.

d. Indikasi Bantuan hidup Dasar

Menurut Kristanty (2009) bantuan hidup dasar (BHD) dapat diberikan kepada pasien dengan gejala, yaitu:

1) Henti nafas

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

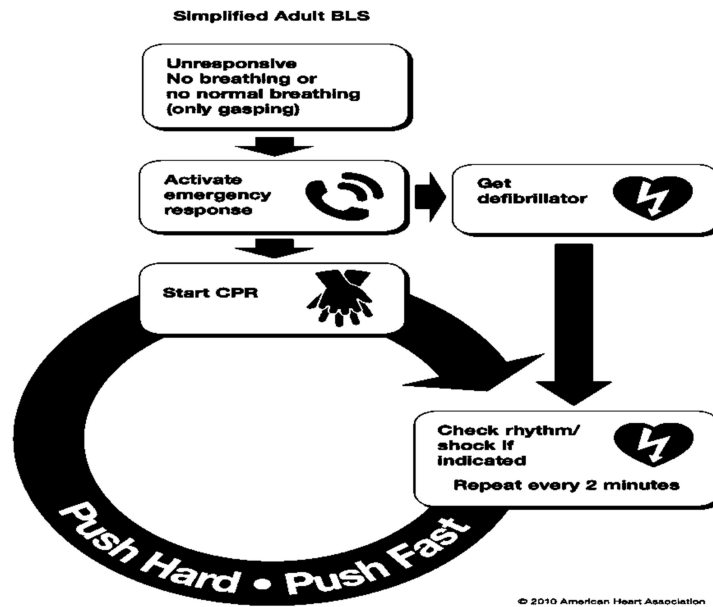
2) Henti jantung dapat mengakibatkan: fibrilasi ventrikel, takhikardi ventrikel, asistole.

Dalam pelaksanaan bantuan hidup dasar terdapat beberapa faktor yang melarang dilakukannya tindakan tersebut diantaranya, yaitu:

- 1) Situasi di mana mencoba untuk melakukan RJP akan menempatkan penyelamat berisiko cedera serius atau bahaya tertular (misalnya, paparan penyakit menular).
- 2) Tanda-tanda klinis yang jelas tentang kematian ireversibel (misalnya, kaku mayat, lebam mayat, terputusnya kepala, pembusukan dan *transection*).
- 3) Sebuah arahan untuk tidak dilakukan resusitasi jantung paru atau pada pasien *Do Not Attempt Resuscitation* (DNAR) (Mancini, 2015).

e. Langkah-Langkah melakukan Bantuan Hidup Dasar

Langkah-langkah dari BHD terdiri dari serangkaian penilaian dari urutan dan tindakan, yang digambarkan dalam algoritma BHD yang disederhanakan dan tidak berubah sejak 2010, yang terlihat pada Gambar berikut:



Gambar 2.3. Algoritma Bantuan Hidup dasar Untuk Umum, American Heart Association tahun 2010.

Tujuan dari algoritma ini adalah untuk menyajikan langkah-langkah BHD secara logis dan ringkas yang mudah untuk semua jenis penyelamat untuk belajar, mengingat, dan melakukan. Tim terpadu dari tim penyelamat yang sangat terlatih dapat menggunakan pendekatan yang menciptakan beberapa langkah penyelesaian dan penilaian secara bersamaan bukan dengan cara berurutan yang digunakan oleh tim penyelamat individu (misalnya, salah satu penyelamat mengaktifkan sistem tanggap darurat sementara yang lain mulai kompresi dada, sepertiga baik memberikan ventilasi atau mengambil tas-topeng perangkat untuk menyelamatkan napas, dan Memperoleh kembali keempat dan set lengkap



defibrillator). Selain itu, tim penyelamat terlatih didorong untuk secara bersamaan melakukan beberapa langkah (yaitu, memeriksa pernapasan dan denyut nadi pada saat yang sama) dalam upaya untuk mengurangi waktu untuk kompresi pertama. Penilaian dan tindakan untuk jenis tertentu penyelamat BLS diringkas dalam Tabel 2.2.

Tabel 2.2. Urutan Bantuan Hidup Dasar

Langkah	Penyelamat Awam Tidak Terlatih	Penyelamat Awam Terlatih	Penyedia Layanan Kesehatan
1	Pastikan Keselamatan saat menolong	Pastikan keselamatan saat menolong	Pastikan Keselamatan saat menolong
2	Cek Respon Korban.	Cek respon korban.	Cek Respon Korban
3	Teriak Minta tolong pada orang disekitar korban. Telepon atau meminta seseorang untuk menghubungi emergency (telepon atau penelepon dengan telepon tetap disisi korban, dengan speaker).	Berteriak minta tolong pada sekitar korban dan mengaktifkan sistem tanggap darurat (9-1-1, tanggap darurat). Jika seseorang menjawab, memastikan bahwa telepon di sisi korban jika memungkinkan.	Berteriak minta bantuan pada orang yang terdekat / mengaktifkan tim resusitasi; dapat mengaktifkan tim resusitasi ini waktu setelah memeriksa pernapasan dan denyut nadi.
4	Ikuti Instruksi operator	Periksa tidak ada pernapasan atau hanya terengah-engah; jika tidak, mulai RJP dengan kompresi.	Periksa tidak ada pernapasan atau hanya terengah-engah dan cek nadi (idealnya secara bersamaan).Pengaktifan dan pengambilan AED / peralatan darurat baik oleh penyedia layanan kesehatan tunggal atau oleh orang kedua yang dikirim oleh penyelamat harus terjadi paling lambat segera setelah cek tidak ada pernapasan normal dan tidak ada nadi mengidentifikasi gagal jantung.

5	Lihat jika tidak bernafas atau terengah-engah pada arahan dari operator.	Jawab pertanyaan-pertanyaan operator dan ikuti arahan operator tersebut.	Segera mulai RJP, dan menggunakan AED / defibrillator bila tersedia.
6	Ikuti arahan operator.	Kirim orang kedua untuk mengambil AED, jika satu tersedia.	Ketika penyelamat kedua tiba, berikan pada 2-orang tersebut untuk melakukan RJP dan penggunaan AED/ defibrillator.

Sumber: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular care.

Adapun langkah-langkah melakukan Bantuan Hidup Dasar dewasa menurut AHA (2015) secara umum adalah sebagai berikut:

1) Pastikan keamanan lingkungan

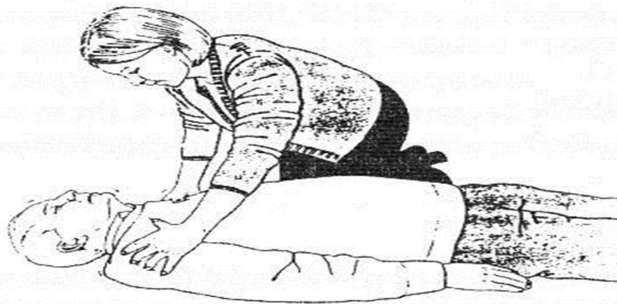
Penyelamat tiba di tempat kejadian darurat harus memastikan bahwa lingkungan di mana mereka mendekati seorang pasien aman bagi penyelamat. Hal ini dilakukan dengan pemindaian cepat lokasi pasien dan lingkungan untuk memastikan ada tidaknya ada ancaman fisik dekat seperti bahaya beracun atau listrik. Menurut *Resuscitation Council UK* (2010), prioritas untuk keamanan saat melakukan bantuan hidup dasar pada korban serangan jantung tiba-tiba diluar rumah sakit adalah aman diri (*Rescuer*), aman pasien, aman lingkungan.

2) Cek respon korban

Tingkat kesadaran dari penderita dengan henti jantung sangatlah menurun. Bahkan penderita tidak merespon

dengan rangsangan nyeri. Pertama-tama cobalah panggil penderita dengan keras. Bila pasien tidak merespon, berikan rangsangan nyeri seperti cubit kulit lengan dan tekan kuku penderita dengan kuku anda atau hanya dengan menepuk bahu korban. Penderita dengan henti jantung tidak akan merespon (Tilong, 2014).

Gambar 1



Gambar 2.4. Periksa kesadaran

- 3) Panggil bantuan dan segera aktifkan sistem tanggap darurat  
Penolong (Penolong awam) harus segera menghubungi nomor darurat lokal mereka untuk memulai tindakan setiap kali mereka menemukan korban dewasa tidak merespon. Penyedia layanan kesehatan harus meminta bantuan orang terdekat dengan korban setelah menemukan korban tidak merespon, tetapi akan praktis untuk penyedia layanan kesehatan untuk terus menilai pernapasan dan denyut nadi secara bersamaan sebelum sepenuhnya mengaktifkan sistem tanggap darurat. Untuk OHCA, pernyataan ilmiah

baru-baru ini merekomendasikan bahwa semua operator sistem tanggap darurat memiliki protokol untuk membimbing penyelamat awam untuk memeriksa pernapasan dan melakukan langkah-langkah RJP, jika dibutuhkan. Ketika operator meminta para pengamat (penolong awam) untuk menentukan apakah ada pernapasan, pengamat sering salah menafsirkan agonal terengah-engah atau pernapasan abnormal sebagai pernapasan normal. Informasi yang keliru ini dapat mengakibatkan kegagalan operator untuk mengidentifikasi kemungkinan serangan jantung dan kegagalan untuk menginstruksikan para pengamat untuk memulai RJP segera. Satu pertimbangan penting adalah bahwa singkat, kejang umum mungkin manifestasi pertama gagal jantung.



Gambar 2.5. Panggil bantuan

#### 4) Memperbaiki posisi korban

Pada korban dewasa pastikan posisi korban dalam keadaan terlentang. Apabila korban tidak dalam posisi terlentang, ubah posisi korban dengan cara *Log Roll* (gambar 2.5). Penolong harus membalikkan posisi korban sebagai satu kesatuan antara kepala, leher dan bahu digerakkan secara bersama-sama. Posisi penolong harus berada disamping korban.



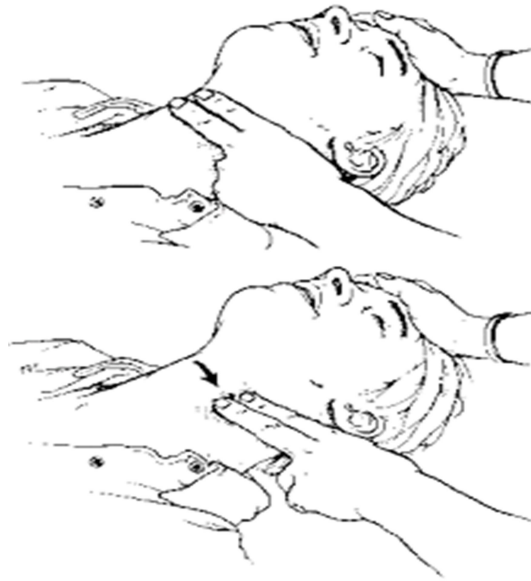
Gambar 2.6. Posisi *Log Roll*

#### 5) *Circulation*

##### a) Cek nadi

Seperti yang direkomendasikan dalam Pedoman 2010, penyedia layanan kesehatan akan terus memeriksa denyut nadi (gambar 2.7), membatasi waktu tidak lebih dari 10 detik untuk menghindari keterlambatan dalam inisiasi kompresi dada. Idealnya, cek nadi dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan tanpa napas atau hanya terengah-engah, untuk meminimalkan

keterlambatan dalam deteksi serangan jantung dan inisiasi RJP. Penyelamat awam tidak memeriksa denyut nadi.



Gambar 2.7. Cek nadi karotis

#### b) Kompresi dada

Penolong tidak terlatih harus memberikan RJP hanya kompresi (*Hands-Only*) dengan atau tanpa panduan operator untuk korban serangan jantung dewasa. Penolong harus melanjutkan RJP hanya kompresi hingga AED atau penolong dengan pelatihan tambahan tiba. Semua penolong tidak terlatih pada tingkat minimum, harus memberikan kompresi dada untuk korban serangan jantung. Selain itu, jika penolong

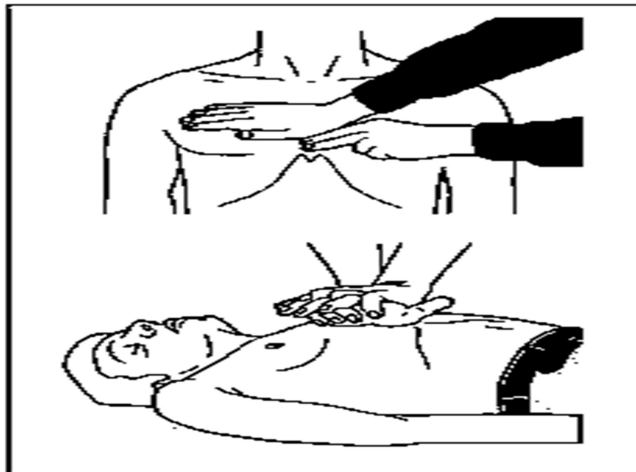
terlatih mampu melakukan nafas buatan, ia harus menambahkan napas buatan dalam rasio 30 kompresi berbanding 2 napas buatan. Penolong harus melanjutkan RJP hingga AED tiba dan siap digunakan, penyedia EMS mengambil alih perawatan korban, atau korban mulai bergerak.

#### 1) Posisi tangan selama RJP

Posisi tangan penyelamat yang berbeda dapat mengubah mekanisme kompresi dada dan mungkin, pada gilirannya, mempengaruhi kualitas dan efektivitas rjp itu sendiri. Konsisten dengan pedoman 2010, RJP untuk posisi tangan saat kompresi dada pada setengah bagian bawah tulang dada pada orang dewasa dengan serangan jantung. Berikut adalah posisi tangan yang benar saat melakukan RJP:

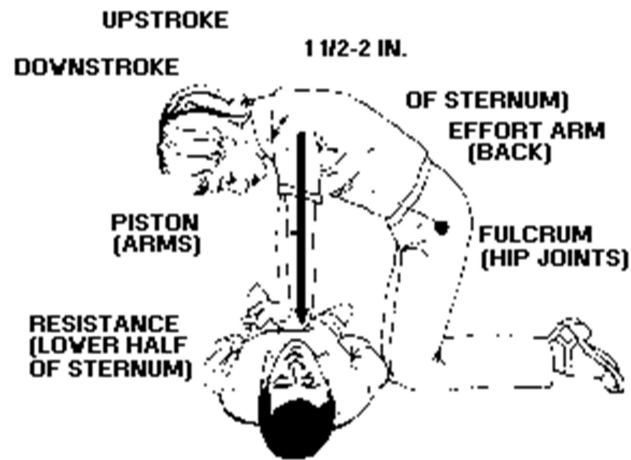
- a) Ukur setengah dari *sternum* orang dewasa untuk menentukan dimana posisi tumit tangan akan diletakkan.
- b) Setelah menemukan posisi setengah dari *Sternum*, taruh tumit tangan yang lebih dominan dibagian bawah tangan yang non-dominan.

- c) Ayam jari-jari tangan non dominan ke tangan yang dominan hingga terkunci kuat (gambar 2.8).
- d) 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 (gambar 2.9).
- e) Tangan tidak boleh diangkat dari dada atau diubah posisinya.



Gambar 2.8. posisi tangan saat RJP





Gambar 2.9 posisi tubuh dan siku saat RJP

2) Kecepatan Kompresi dada

Pada orang dewasa yang menjadi korban serangan jantung, penolong perlu melakukan kompresi dada pada kecepatan 100 hingga 120/min.

3) Kedalaman kompresi

Sewaktu melakukan RJP secara manual, penolong harus melakukan kompresi dada hingga kedalaman minimum 2 inci (5 cm) untuk dewasa rata-rata, dengan tetap menghindari kedalaman kompresi dada yang berlebihan (lebih dari 2,4 inci atau 6 cm).

4) Rekoil dada

Penting bagi penolong untuk tidak bertumpu diatas dada di antara kompresi untuk mendukung rekoil penuh dinding dada pada pasien dewasa saat

mengalami serangan jantung. Rekoil penuh dinding dada terjadi bila tulang dada kembali keposisi alami atau netral pada fase dekompresi RJP berlangsung. Rekoil tidak penuh akan meningkatkan tekanan didalam dinding dada dan mengurangi pengembalian vena, tekanan aliran koroner dan aliran darah ke otot jantung.

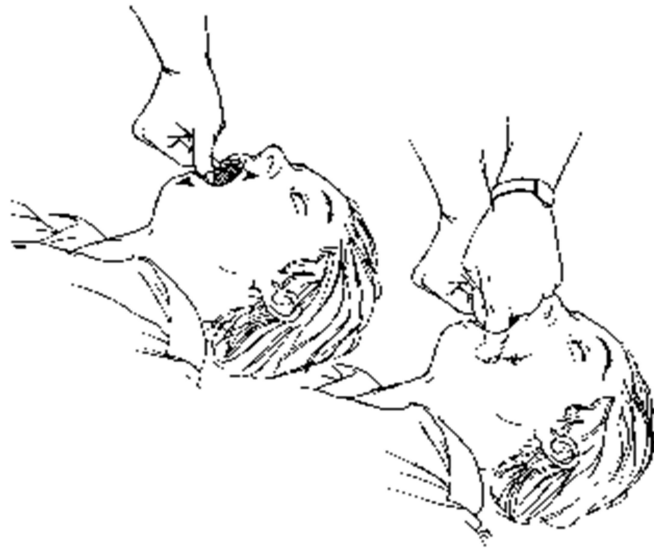
5) Minimalkan gangguan dalam kompresi dada

Untuk orang dewasa yang mengalami serangan jantung dan menerima RJP tanpa saluran udara lanjutan, mungkin perlu untuk melakukan RJP dengan sasaran fraksi kompresi dada setinggi mungkin, dengan target minimum 60%.

6) *Airway*

Secara fisiologis, dalam kasus-kasus serangan jantung mendadak, kebutuhan untuk bantuan ventilasi adalah prioritas yang lebih rendah karena ketersediaan kandungan oksigen arteri yang memadai pada saat serangan jantung mendadak. Kehadiran oksigen ini dan pembaruan melalui terengah-engah dan dada kompresi (asalkan ada jalan napas baik) juga mendukung penggunaan kompresi-hanya RJP dan penggunaan pengiriman oksigen pasif. Rekomendasi penyelamat awam terlatih maupun tak terlatih

tetap sama seperti tahun 2010. Untuk korban yang diduga cedera tulang belakang, tim penyelamat harus awalnya menggunakan manual pembatasan gerak tulang belakang (misalnya, menempatkan 1 tangan di kedua sisi kepala pasien untuk tetap menahan) bukan perangkat imobilisasi, karena penggunaan perangkat imobilisasi oleh penolong awam mungkin berbahaya. Perangkat imobilisasi tulang belakang dapat mengganggu mempertahankan jalan napas paten, tapi akhirnya penggunaan alat tersebut mungkin diperlukan untuk menjaga keselarasan tulang belakang selama transportasi. Pengkajian pada *airway* juga harus melihat tanda-tanda adanya sumbatan benda asing dalam mulut yakni dengan menggunakan teknik *cross finger*, jika benda asing dalam mulut maka harus dikeluarkan dengan usapan jari atau dikenal dengan teknik *finger swab* (gambar 2.10).

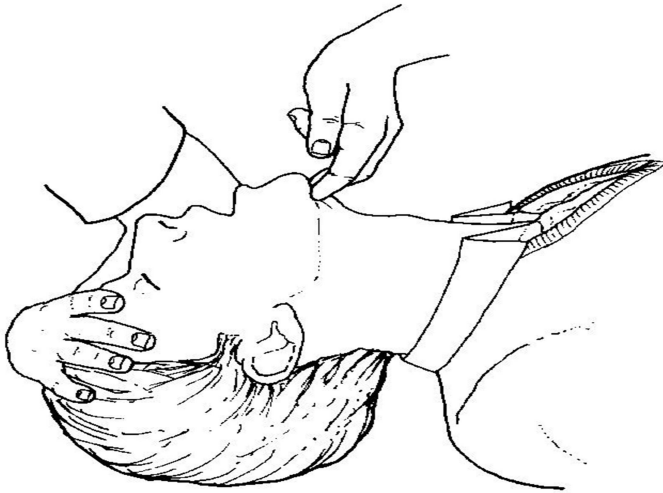


Gambar 2.10 Teknik *cross finger* dan *finger swab*

Sedangkan teknik yang digunakan untuk membuka jalan nafas yakni *head tilt-chin lift* dan jika dicurigai terdapat trauma *cervical* dapat menggunakan teknik *jaw thrust*.

a) Teknik *head tilt-chin lift*

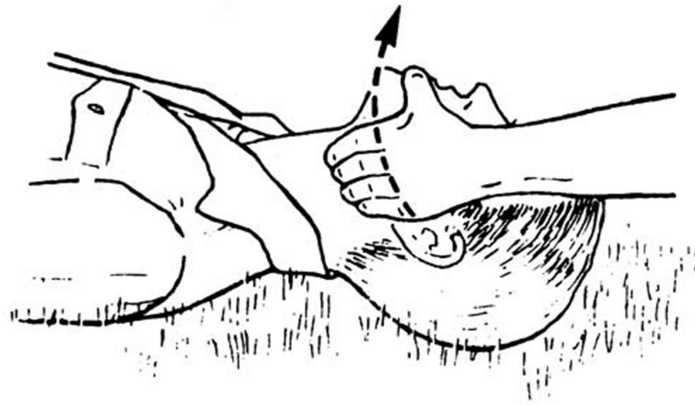
- (1) Posisikan pasien dalam keadaan terlentang, letakkan satu tangan di dahi dan letakkan ujung jari tangan yang lain dibawah daerah tulang pada bagian tengah rahang bawah pasien (dagu).
- (2) Tengadahkan kepala dengan menekan perlahan dahi pasien. Gunakan ujung jari anda untuk mengangkat dagu dan menyokong rahang bawah (gambar 2.11).



Gambar 2.11 Teknik *head tilt-chin lift*

b) Teknik *Jaw Thrust*

- (1) Pertahankan dengan hati-hati agar kepala, leher dan spinal pasien tetap satu garis.
- (2) Ambil posisi diatas kepala pasien, letakkan lengan sejajar dengan permukaan pasien berbaring.
- (3) Perlahan letakkan tangan pada masing-masing sisi rahang bawah pasien, pada sudut rahang dibawah telinga.
- (4) Stabilkan kepala pasien dengan lengan anda.
- (5) Dengan menggunakan jari telunjuk, dorong sudut rahang bawah pasien kearah atas dan depan.
- (6) Jangan mengubah posisi kepala pasien seperti mendingakkan atau memutar kepala pasien (gambar 2.12).



Gambar 2.12. Teknik *Jaw Thrust*

## 7) *Breathing*

Untuk korban serangan jantung ventilasi dan kompresi sangat penting karena dari waktu ke waktu oksigen dalam darah dikonsumsi dan oksigen di paru-paru lama kelamaan akan habis (meskipun tentu saja waktu yang tepat tidak diketahui). Ventilasi dan kompresi juga penting untuk korban penangkapan asphyxial, seperti anak-anak dan korban tenggelam, karena mereka hipoksia pada saat serangan jantung.

### a) Bantuan napas buatan Mulut ke mulut

Bantuan pernapasan mulut ke mulut dan ventilasi diberikan kepada korban. Untuk memberikan napas buatan mulut ke mulut, buka jalan napas korban, mencubit hidung korban, dan membuat kedap udara mulut ke mulut. Berikan 1 napas lebih 1 detik,

mengambil napas "biasa" (bukan napas dalam) , dan memberikan napas kedua lebih 1 detik. Mengambil napas biasa daripada napas dalam-dalam mencegah penyelamat dari rasa pusing dan mencegah udara berlebih dari paru-paru korban. Penyebab paling umum dari kesulitan saat memberi nafas buatan adalah jalan napas tidak terbuka dengan benar, jadi jika dada korban tidak naik saat bantuan napas buatan pertama, reposisi kepala dengan melakukan *head tilt-chin lift* lagi dan kemudian memberikan napas kedua.



Gambar 2.13. *Mouth to Mouth*

b) Mulut ke *Barrier* Perangkat Pernapasan

Beberapa penyedia layanan kesehatan dan penolong awam menyatakan bahwa mereka mungkin ragu-ragu untuk memberikan napas buatan mulut ke mulut dan lebih memilih untuk menggunakan perangkat penghalang. Risiko penularan penyakit melalui ventilasi

mulut ke mulut sangat rendah, dan wajar untuk memulai bantuan napas buatan dengan atau tanpa perangkat penghalang. Bila menggunakan perangkat penghalang penyelamat tidak harus menunda penekanan dada ketika mengatur perangkat.



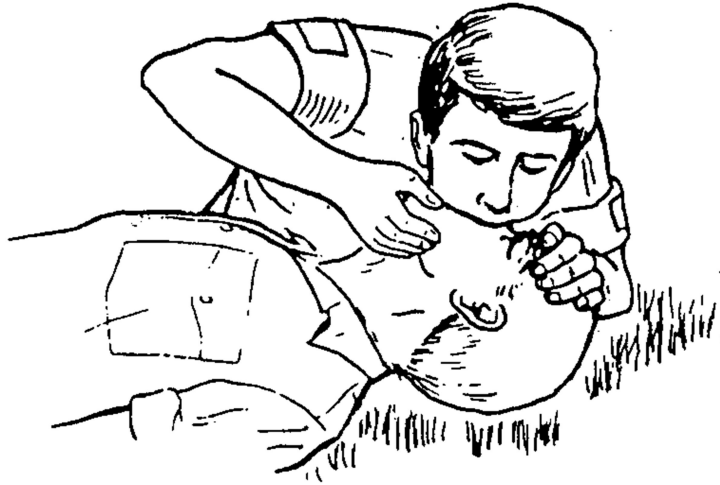
Gambar 2.14. *Mouth to Barrier*

c) Mulut ke Hidung dan mulut ke ventilasi stoma

Mulut ke hidung dianjurkan jika saluran melalui mulut korban tidak mungkin (misalnya, mulut terluka serius), mulut tidak dapat dibuka, korban ada di dalam air, atau penguncian mulut ke mulut sulit dicapai. Serangkaian kasus menunjukkan bahwa mulut ke saluran hidung pada orang dewasa adalah layak, aman, dan efektif. Berikan bantuan napas buatan mulut ke stoma untuk korban dengan stoma trakea yang membutuhkan bantuan pernapasan. Sebuah alternatif yang masuk akal



adalah untuk menciptakan kunci yang ketat atas stoma dengan putaran dan masker wajah anak.



gambar 2.15. *Mouth to Nose*

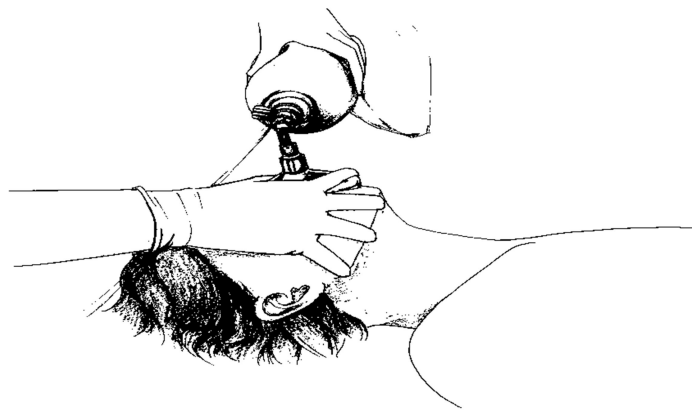


Gambar 2.16. *Mouth to Stoma*

d) Ventilasi dengan masker berkantung

Bila menggunakan kantung masker berkantung, penyelamat dapat memberikan ventilasi pada masker

berkantong dengan ruang udara atau oksigen. Perangkat masker berkantong dapat memberikan ventilasi tekanan positif tanpa jalan napas yang baik dan dapat mengakibatkan inflasi lambung dan potensi komplikasi. Masker berkantong digunakan dengan satu tangan penolong memegang kantong sambil memompa udara sedangkan tangan lainnya memegang dan memfiksasi masker. Pada Tangan yang memegang masker, ibu jari dan jari telunjuk memegang masker membentuk huruf C sedangkan jari-jari lainnya memegang rahang bawah penderita sekaligus membuka jalan nafas penderita dengan membentuk huruf E. Konsentrasi oksigen yang dihasilkan dari ambu bag sekitar 20 %. Dapat ditingkatkan menjadi 100% dengan tambahan oksigen.



Gambar 2.17. *Ventilation with bag-mask device*

8) Program AED untuk penolong tidak terlatih dalam komunitas

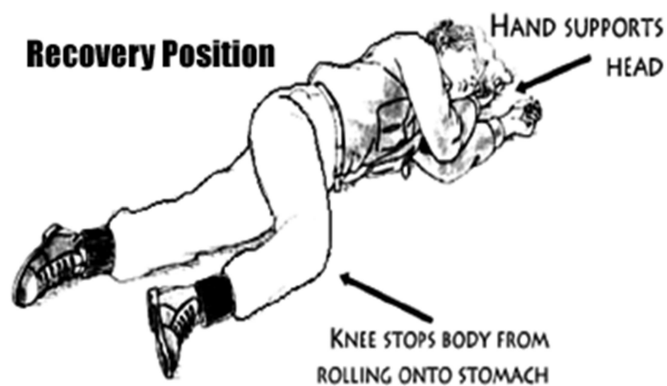
Disarankan bahwa program PAD (*Public-access defibrillation*) untuk pasien diluar rumah sakit diterapkan dilokasi umum tempat adanya kemungkinan pasien dengan serangan jantung terlihat relatif tinggi (misalnya, bandara, kasino, fasilitas olahraga). AED dapat digunakan penolong tidak terlatih dengan mendengarkan instruksi dari operator EMS (*Emergency Medical Service*).

f. Posisi pemulihan (*Recovery Position*)

Setelah pemberian 5 kali siklus kompresi dada dan ventilasi (2 menit) penolong kemudian melakukan evaluasi dengan ketentuan; jika tidak ada nadi karotis, penolong kembali melakukan RJP. Jika nadi ada dan napas belum ada, korban diberikan bantuan napas sebanyak 10-12/min (1 napas 5-6 detik). Jika ada napas dan ada nadi tetapi pasien masih belum sadar, letakkan pasien atau korban pada posisi pemulihan. Posisi ini dirancang untuk menjaga jalan napas paten dan mengurangi resiko obstruksi jalan napas dan aspirasi. Langkah-langkah pemberian posisi pemulihan, sebagai berikut:

- 1) Berlutut di lantai di satu sisi korban
- 2) Menempatkan lengan terdekat dengan anda di sudut kanan ke tubuh korban dengan tangan mereka ke atas menuju kepala

- 3) Menyelipkan tangan mereka lainnya di bawah sisi kepala mereka, sehingga punggung tangan mereka menyentuh pipi mereka
- 4) Menekuk lutut terjauh dari Anda ke sudut kanan
- 5) Balik korban ke pihak mereka dengan hati-hati dengan menarik lutut dengan ditekuk
- 6) Lengan atas harus mendukung kepala dan lengan bawah akan menghentikan anda bergulir terlalu jauh
- 7) Membuka jalan napas mereka dengan lembut memiringkan kepala mereka kembali dan mengangkat dagu mereka, dan periksa ada tidaknya yang menghalangi jalan napas mereka
- 8) Tinggal dengan korban dan memonitor pernapasan dan denyut nadi terus sampai bantuan tiba
- 9) Jika luka mereka memungkinkan untuk penolong merubah posisi korban , ubah posisi korban itu ke sisi lain mereka setelah 30 menit ([www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)).



Gambar 2.18. Posisi pemulihan (*Recovery Possition*)

g. Saat menghentikan RJP

Menurut Pro Emergency (2011) ada beberapa alasan kuat bagi penolong untuk menghentikan RJP antara lain:

- 1) Penolong sudah melakukan bantuan secara optimal, mengalami kelelahan atau jika petugas medis sudah tiba ditempat kejadian.
- 2) Penderita yang tidak berespon setelah dilakukan bantuan hidup dasar lanjutan minimal 20 menit.
- 3) Adanya tanda-tanda kematian pasti (Misalnya, kebiruan, kekakuan, pembusukan dan cedera yang tidak memungkinkan penderita hidup seperti terputusnya kepala).

h. Komplikasi yang disebabkan RJP

Menurut Pro Emergency (2011), walaupun dilakukan dengan benar RJP dapat menyebabkan komplikasi:

- 1) Patahnya tulang iga terutama orang tua.
- 2) Pneumotoraks (udara dalam rongga dada, tetapi diluar paru, sehingga menyebabkan penguncupan paru-paru).
- 3) Hemotoraks (darah dalam rongga dada, tetapi diluar paru, sehingga menyebabkan penguncupan pada paru).
- 4) Luka dan memar pada paru.
- 5) Luka pada hati dan limpa.
- 6) Distensi abdomen (perut kembung) akibat dari peniupan yang salah.

## B. Penelitian Terkait

1. Penelitian oleh Dzurriyatun Thoyyibahza pada tahun 2014 dengan judul Pengaruh Pelatihan Bantuan Hidup Dasar Pada Remaja Terhadap Tingkat Motivasi Menolong Korban Henti Jantung, yang dilakukan di SMA Muhammadiyah 3 Yogyakarta. Penelitian ini merupakan penelitian *quasy eksperiment with pre-post test control group design*. Responden pada penelitian ini berjumlah 38 siswa, teknik pengambilan sampelnya adalah *puposive sampling*. Responden terbagi menjadi kelompok perlakuan dan kontrol, masing-masing berjumlah 19 siswa. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner tentang tingkat motivasi menolong korban henti jantung. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan, tingkat motivasi sedang bertambah dari 47,4% menjadi 52,6%, sedangkan tingkat motivasi tinggi berkurang dari 52,6% menjadi 47,4% setelah penelitian. Pada kelompok kontrol tingkat motivasi terbanyak sebelum pelatihan adalah sedang (52,6%), sedangkan setelah pelatihan tingkat motivasi terbanyak adalah tinggi (57,9%). Analisa data yang dilakukan dengan *mann whitney menunjukkan p value= 0,430* pada *pre test*, artinya tidak ada perbedaan yang bermakna pada tingkat motivasi menolong korban henti jantung sebelum pelatihan pada kedua kelompok. Pada *post test p value= 0,387*, artinya setelah pelatihan pada kedua kelompok tingkat motivasinya tidak memiliki perbedaan yang bermakna. Analisa selanjutnya adalah dengan *wilcoxon*, hasilnya menunjukkan *p value*

=0,395; sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat pengaruh pelatihan BHD pada remaja terhadap tingkat motivasi menolong korban henti jantung.

2. Penelitian oleh Suharty Dahlan tahun 2014 tentang pengaruh pendidikan kesehatan tentang bantuan hidup Dasar (bhd) terhadap tingkat pengetahuan tenaga Kesehatan di puskesmas wori kecamatan wori Kabupaten minahasa utara. Responden pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan di puskesmas wori kecamatan wori kabupaten minahasa utara. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *one group pre test-post test design* untuk membandingkan pengetahuan tentang BHD sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan, Sampel berjumlah 50 orang, teknik pengambilan data melalui kuesioner. Hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank test* pada responden yaitu terdapat pengaruh yang signifikan dengan nilai *p-value* = 0,000 ( $\alpha < 0,05$ ). Kesimpulan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) terhadap tingkat pengetahuan tenaga kesehatan di Puskesmas Wori Kecamatan Wori Kabupaten Minahasa Utara.
3. Penelitian oleh Cahya Wibawa pada tahun 2007 dengan judul Perbedaan Efektifitas Metode Demonstrasi Dengan Pemutaran Video Tentang Pemberantasan DBD Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Anak SD Di Kecamatan Wedarijaksa

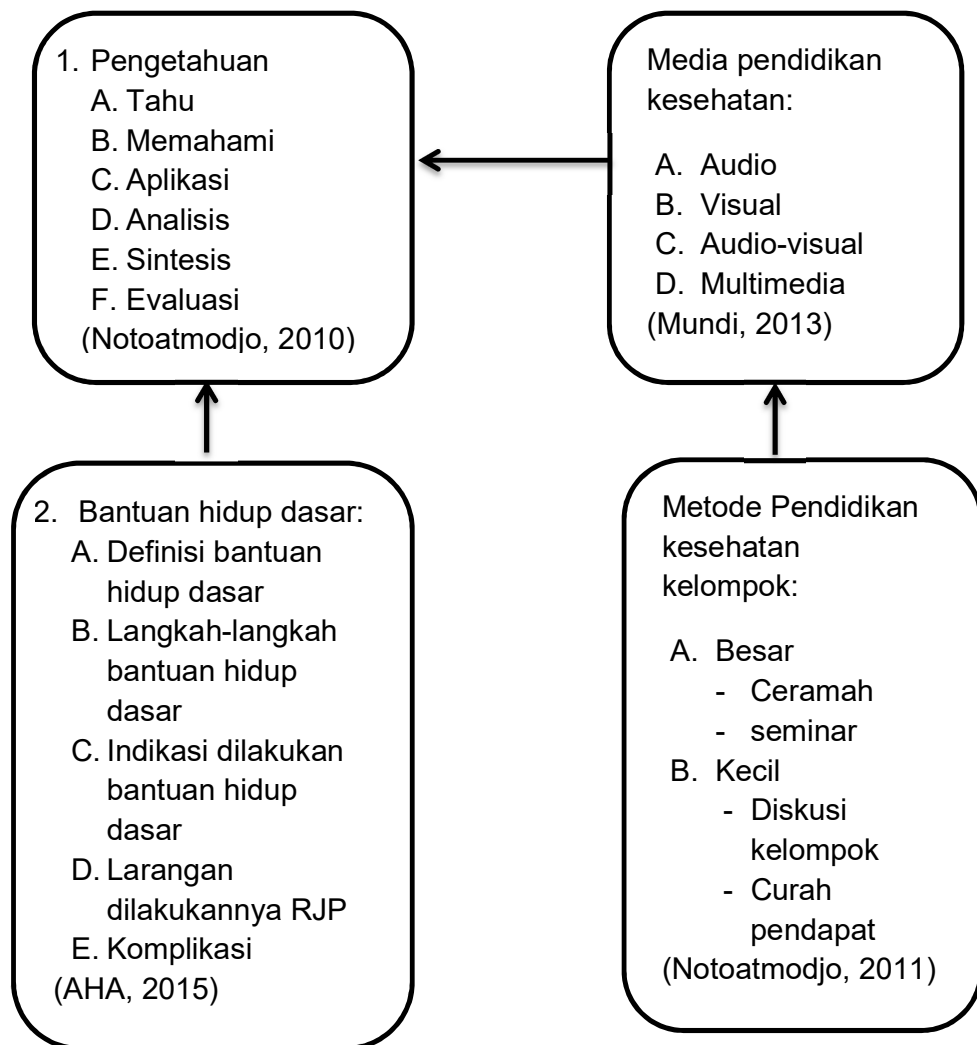
Kabupaten Pati. Responden pada penelitian tersebut adalah anak SD di kecamatan wedarijaksa kabupaten pati. Jenis penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian *Quasi Experiment* (eksperimen semu). Rancangan penelitian yang dipergunakan adalah rancangan *Non equivalent control group design*. Pengelompokan anggota sampel pada kelompok eksperimen tidak dilakukan secara random atau acak, karena rancangan ini disebut *non randomized control group pre-test-postes design*. Untuk mengetahui peningkatan pengetahuan dan perbaikan sikap dilakukan melalui kegiatan *pre-test* dan *post-test*. Dalam penelitian ini kelompok eksperimen dibagi 2 (dua) kelompok, satu kelompok diberi pendidikan dengan metode demonstrasi, sedangkan satu kelompok lainnya dengan metode pemutaran video. Populasi penelitian ini adalah semua siswa kelas V SD Pagerharjo, dan SD Tluwuk, Kecamatan Wedarijaksa, Kabupaten Pati. Dari perbandingan antara hasil *pre-test* pengetahuan responden dengan hasil *post-test* pengetahuan pada kelompok dengan perlakuan metode pemutaran video di atas, bahwa hasil uji  $t = -3,698$  ( $db = 29, 5\%$ ) dengan nilai probabilitas  $0,001 < 0,05$ , sehingga dapat dikatakan ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan responden pada waktu sebelum menerima perlakuan menggunakan metode pemutaran video dengan pengetahuan



responden setelah menerima perlakuan menggunakan metode pemutaran video.

### C. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori adalah kerangka berfikir yang bersifat teoritis mengenai masalah dan memberikan petunjuk terhadap kekurangan pada pengetahuan peneliti (Notoatmodjo, 2010). Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

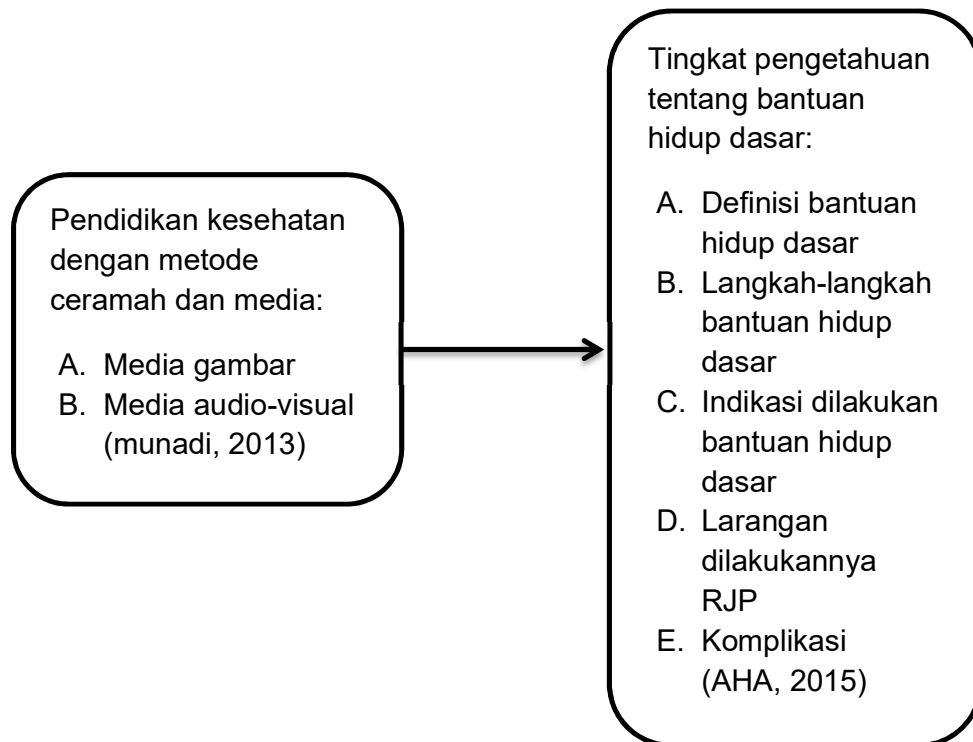


Gambar. 2.19. Kerangka teori

#### D. Kerangka konsep

Kerangka konsep penelitian ini dibuat berdasarkan tujuan penelitian. Peneliti ingin mengetahui perbedaan efektifitas pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar melalui media gambar dan *audio-visual* terhadap pengetahuan siswa tentang bantuan hidup dasar di SMA 1 Penajam Paser Utara.

Variabel independen dari penelitian ini adalah media pendidikan kesehatan yang digunakan, dan variabel dependennya adalah tingkat pengetahuan siswa tentang bantuan hidup dasar.



Gambar 2.20. Kerangka Konsep

## E. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, di mana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pernyataan. Dikatakan sementara, karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data (Sugiyono, 2015). Menurut Arikunto (2013) Hipotesis terbagi menjadi 2 jenis, yaitu Hipotesa Alternatif ( $H_a$ ) dan Hipotesa Nol ( $H_0$ ).

1. Hipotesis Nol ( $H_0$ ) sering disebut hipotesis statistik, karena biasanya dipakai dalam penelitian yang bersifat statistik, yaitu diuji dengan perhitungan statistik. Hipotesis nol menyatakan tidak adanya perbedaan antara dua variabel.
2. Hipotesis Alternatif ( $H_a$ ) atau kadang dikenal dengan hipotesis kerja. Hipotesis kerja menyatakan adanya hubungan antara variabel, atau adanya perbedaan antara dua kelompok.

Adapun hipotesa pada penelitian ini adalah:

1.  $H_0$ : Tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik antara tingkat pengetahuan siswa tentang bantuan hidup dasar sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar dengan metode ceramah melalui media gambar pada siswa kelas XI di SMAN 1 Penajam Paser Utara.

Ha: Terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik antara tingkat pengetahuan siswa tentang bantuan hidup dasar sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar dengan metode ceramah melalui media gambar pada siswa kelas XI di SMAN 1 Penajam Paser Utara.

2. Ho: Tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik antara tingkat pengetahuan siswa tentang bantuan hidup dasar sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar dengan metode ceramah melalui media *audio-visual* pada kelas XI di SMAN 1 Penajam Paser Utara.

Ha: Terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik antara tingkat pengetahuan siswa tentang bantuan hidup dasar sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar dengan metode ceramah melalui media *audio-visual* pada siswa kelas XI di SMAN 1 Penajam Paser Utara.

3. Ho: Tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik dalam perubahan pengetahuan siswa tentang bantuan hidup dasar antara kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah melalui media gambar dan kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah melalui media *audio-visual* pada siswa kelas XI di SMAN 1 Penajam Paser Utara.

Ha: Terdapat perbedaan pengetahuan yang bermakna secara statistik tentang bantuan hidup dasar antara kelompok yang

diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah melalui media gambar dan kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah melalui media *audio-visual* pada siswa kelas XI di SMAN 1 Penajam Paser Utara.

**BAB III**  
**METODE PENELITIAN**

**BAB IV**  
**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN**  
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

Jl. Ir. H. Juanda No. 15

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan di dalam Bab 4 dapat diambil beberapa kesimpulan dan saran yang berkaitan dengan penelitian tentang perbedaan efektifitas pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar dengan metode ceramah melalui media gambar dan *audio-visual* terhadap pengetahuan siswa kelas XI tentang bantuan hidup dasar di SMAN 1 Penajam Paser Utara.

#### A. Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian mengungkapkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan antara sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok media gambar dengan *p-value 0,000*.
2. Berdasarkan hasil penelitian mengungkapkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan antara sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok media *audio-visual* dengan *p-value 0,000*.
3. Terdapat perubahan pengetahuan secara statistik antara pemberian pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar dengan metode ceramah melalui media gambar dan *audio-visual* pada siswa kelas XI di SMAN 1 Penajam Paser Utara dengan *p-value 0,01*.

## **B. Saran**

Dalam penelitian ini ada beberapa saran-saran yang dapat disampaikan yang kiranya dapat bermanfaat dalam penelitian perbedaan efektifitas pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar dengan metode ceramah melalui media gambar dan *audio-visual* terhadap pengetahuan siswa kelas XI tentang bantuan hidup dasar di SMAN 1 Penajam Paser Utara sebagai berikut :

### **1. Bagi SMAN 1 Penajam Paser Utara**

Manfaat penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi bagi siswa tentang penanganan pada korban henti napas dan henti jantung agar siswa mampu berperan aktif dalam masyarakat apabila terjadi hal-hal yang sesuai pada kasus yang telah disampaikan.

### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Untuk menambah referensi perpustakaan dan wawasan mahasiswa STIKES Muhammadiyah Samarinda jurusan keperawatan tentang perbedaan efektifitas pendidikan kesehatan bantuan hidup dasar dengan metode ceramah melalui media gambar dan *audio-visual* terhadap pengetahuan siswa kelas XI tentang bantuan hidup dasar di SMAN 1 Penajam Paser Utara.



3. Bagi peneliti lain

Sebagai sumber untuk melakukan penelitian selanjutnya dengan media selain gambar dan *audio-visual* terhadap bukan hanya pengetahuan tetapi juga terhadap sikap dalam menolong pasien dengan henti napas dan henti jantung.

## DAFTAR PUSTAKA

Ahmadi, A. (2007). *Psikologi Belajar*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

American Heart Association. (2015). Fokus Utama Pembaruan Pedoman American Heart Association 2015 untuk CPR dan ECC, (<http://www.heart.org>, diperoleh 29 Desember 2015) .

Arikunto. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan*. Jakarta: ECG.

\_\_\_\_\_. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.

Azhar, A.(2011). *Media Pembelajaran*. Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada.

CNN Indoneia, (<http://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20150513163407-255-53129/10-penyakit-paling-mematikan-di-indonesia/>, diperoleh 13 Nopember 2015).

Charles, D. D. (2010). European Resuscitation Council Guidelines For Resuscitation 2010 Section 4. *Adult advanced life spport resuscitation*.

Cherin. (2009). *Hubungan Pengalaman dengan Pengetahuan*, <http://www.wordpress.com>, diperoleh tanggal 28 Desember 2015.

Dahlan, S. (2013). *Statistika untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Depkes, <http://www.depkes.go.id/article/view/201410080002/lingkungan-sehat-jantung-sehat.html#sthash.PRtpsv1M.dpuf>, diperoleh 13 Nopember 2015).

Frame, S.B. (2006). *Basic and Advanced Prehospital Trauma Life upport*. (5<sup>th</sup> ed). Missouri: Mosby.

Hardisman. (2014). *Gawat Darurat Medis Praktik*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Hidayat, A.A. (2007). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.

Hutapea, Elda Lunera. (2012). *Gambaran Tingkat Pengetahuan Polisi Lalu Lintas Tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) di Kota Depok*, diperoleh tanggal 22 Juni 2016.

Jafar, Nurhaedar. (2006). *Pertumbuhan Remaja*. Jakarta: Trans Info Medika.

Kemenkes. (2014). *Info DATIN Pusat Data Kementerian Kesehatan RI: Situasi Kesehatan Jantung, Mari Menuju Masa Muda Sehat, hari tua nikmat tanpa PTM dengan perilaku cerdas*.

Kleinman, Monica.E, Brennan, Erin.E, Goldberger, Zachary.D, Swor, Robert.A, Terry, Mark, Bobrow, Bentley.J, Gazmuri, Raul.J, Raves, Andrew.H, Rea, Thomas. (2015). Part 5: Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Journal Of American Heart Association*.

Krisanti, P. (2009). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Jakarta: Trans Info Medika.

Kronick, S.L, Michael C. Kurz, Steve Lin, Dana P. Edelson, Robert A. Berg, John E. Billi, Jose G. Cabanas, David C. Cone, Deborah B. Diercks, James (Jim) Foster, Reylon A. Meeks, Andrew H. Travers, Michelle Welsford. (2015). Part 4: Systems of Care and Continuous Quality Improvement 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Journal of American Heart Association*.

Mancini, M.E, Douglas S. Diekema, Theresa A. Hoadley, Kelly D. Kadlec, Marygrace H. Leveille, Jane E. McGowan, Michele M. Munkwitz, Ashish R. Panchal, Michael R. Sayre, Elizabeth H. Sinz. (2015). Part 3: Ethical Issues 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Journal of American Heart Association*.

Meissner. (2012). Basic life support skills of high school students before and after cardiopulmonary resuscitation training : a longitudinal investigation. *Scandinavia Journal of Trauma, Resuscitation, and Emergency Medicine*, 20 (31): 1-7.

MJ. (2012). *Teori Perkembangan Kognitif Dalam Proses Belajar Mengajar*, *Jurnal Edukasi* Vol.7, No. 2, September, diperoleh tanggal 22 Juli 2016.

Munadi, Y. (2013). *Media Pembelajaran: Sebuah Pendekatan Baru*. Jakarta: Referensi.

Muttaqin, A. (2009). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika.

Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

\_\_\_\_\_. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

\_\_\_\_\_. (2012). *Metode Penelitian Kesehatan, Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. (2008). *Konsep dan penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

\_\_\_\_\_. (2011). *Konsep dan penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan, edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.

Prasetyo. (2007). *Metode Penelitian kuantitatif: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: PT. Rajagrafindo.

Pro Emergency. (2011). *Basic Trauma Life Support*. Cibinong: Pro Emergency.

Resuscitation Council. (2010). *Adult Basic Life Support*, <http://www.resus.uk/pages/bls.pdf>, diperoleh tanggal 3 Januari 2016.

Riwidikdo, H. (2013). *Statistik Kesehatan dengan Aplikasi SPSS dalam Prosedur Penelitian, Edisi 1*. Yogyakarta: Rohima Press.

Riyanto. (2011). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Singgih, D.G. (2010). *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: BPK Gunung Mulia.

Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Kuantitatif, kualitatif, dan Kombinasi (MIXED METHODS)*. Yogyakarta: ALFABETA.

Tilong, A.D. (2014). *Buku Lengkap Pertolongan Pertama Pada Beragam Penyakit*. Yogyakarta: FlashBook.

Widowati. *Penyakit Paling Mematikan di Indonesia*. <http://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20150513163407-255-53129/10-penyakit-paling-mematikan-di-indonesia/>, diperoleh tanggal 13 November 2015.