

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hasil Penelitian Terdahulu

No.	Judul Penelitian	Desain & Metodologi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	“Analisis Pengaruh Pelatihan Resusitasi Jantung Paru (RJP) Terhadap Pengetahuan dan Keterampilan RJP Pada Mahasiswa Keperawatan di Yogyakarta” (Linda Widayarani, 2017)	Penelitian Linda merupakan penelitian kuantitatif <i>pretest</i> dengan jenis kognitif <i>quasiexperimental design</i> <i>onegroup pretest – posttest</i> .	Pada penelitian Linda (2017), rata-rata skor kemampuan <i>bystander</i> RJP adalah $\pm 44,43$, sedangkan rata-rata skor sesaat setelah pelatihan RJP adalah $\pm 89,64$ dan sebulan setelah pelatihan RJP adalah $\pm 77,54$. Sedangkan rata-rata skor kemampuan skill <i>bystander</i> RJP sebelum pelatihan yaitu $\pm 35,55$ sedangkan segera setelah pelatihan meningkat menjadi $\pm 91,80$ dan sebulan	Persamaan Linda (2017) <i>quasiexperimental</i> dengan desain <i>onegroup pretest – posttest</i> . Sedangkan penelitian ini adalah <i>non experimental</i> dengan desain <i>cross sectional</i> dengan deskriptif korelatif.	Penelitian Linda merupakan jenis penelitian <i>quasiexperimental</i> dengan desain <i>onegroup pretest – posttest</i> . Sedangkan penelitian ini adalah <i>non experimental</i> dengan desain <i>cross sectional</i> dengan deskriptif korelatif.

setelah pelatihan,
mengalami penurunan
menjadi $\pm 70,61$.
Hasil penelitian ini
menunjukkan adanya
penurunan retensi
pengetahuan dan
ketrampilan
mahasiswa sebulan
sesudah pelatihan RJP.

2. “Hubungan Tingkat Penelitian Khalilati Hasil penelitian Metode penelitian Penelitian Khalila, et Pengetahuan Perawat (2017) merupakan menunjukkan bahwa yang digunakan al, (2017) meneliti dengan Ketepatan penelitian deskriptif pengetahuan yang sama-sama antara hubungan Kompresi Dada dan korelatif dengan dimiliki perawat yang deskriptif korelatif pengetahuan dengan Ventilasi Menurut pendekatan *cross* memiliki kategori baik dengan pendekatan ketepatan melakukan AHAGuidelines 2015 *sectional* sebagian besar (92,9%) *cross sectional*. kompresi dada dan di Ruang Perawatan menggunakan uji sudah tepat dalam ventilasi. Sedangkan Intensif RSUD. Dr. H. statistik korelasi pelaksanaan kompresi peneltian ini Moch. Ansari Saleh *sperman rho*. dada dan ventilasi menganalisis Banjarmasin” menurut AHA gambaran pengetahuan PSC (Khalilati, et al, 2017) Guidelines 2015, dan 119 Banyumas hanya sebesar 7,1% terhadap RJP. yang masih memiliki kateogori tidak baik dalam pelaksanaan kompresi dada dan ventilasi menurut
-

AHA Guidelines 2015.

Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi pengetahuan perawat mengenai kompresi dada dan ventilasi menurut AHA Guidelines 2015, maka semakin tepat dalam pelaksanaannya

-
3. “Tingkat Pengetahuan Penelitian ini Hasil penelitian Penelitian Darwati, Penelitian Darwati, dan Keikutsertaan menggunakan desain menunjukkan terdapat et al (2019) dan et al (2019) adalah Pelatihan CPR Perawat analitik korelasional hubungan antara penelitian ini sama- penelitian dengan dengan Penanganan dengan pendekatan tingkat pengetahuan sama menggunakan desain analitik Dasar Pasien Henti *cross sectional*. perawat dengan pendekatan *cross* korelasional, Jantung Berdasarkan Sampel yang penanganan dasar *sectional* sedangkan penelitian *Guidelines AHA 2015*” digunakan sejumlah pasien henti jantung ini adalah penelitian (Darwati, et al, 2019) 109 perawat di dengan p value 0,041 *nonexperimental*. RSUD Dr. H. (p value <0,05) Soewondo Kendal. sedangkan Data dianalisis secara keikutsertaan pelatihan univariat dan bivariat CPR tidak menggunakan *chi-square*. berhubungan dengan penanganan dasar pasien henti jantung yang ditandai dengan p value 0,439 (*pvalue*>
-

magang ($p = 0,002$).

5. *"Impact of basic life-support training on the attitudes of health-care workers toward cardiopulmonary resuscitation and defibrillation"*. (Mostafa A. Abolfotouh, 2017) Sebuah studi Secara keseluruhan Persamaannya Pada penelitian eksperimental semu sikap positif terlihat adalah sama-sama Abolfotouh (2017), dilakukan dalam dua pada 53,4% responden meneliti tentang responden diberi kelompok: penyedia pra-BLS dan 64,8% kemampuan/ pelatihan tentang layanan kesehatan responden pasca-BLS pengetahuan RJP. RJP, kemudian $\chi^2 = 9,66$, $p = 0,002$). dinilai. Sedangkan menghadiri kursus Sikap positif secara pada penelitian ini, (kelompok pasca- oleh penyelesaian BLS, $n = 321$), dan pelatihan BLS baru-mereka yang tidak baru ini ($\beta = 5,15$, $p < 0,001$), jumlah kursus ($n = 421$). Semua pelatihan BLS peserta sebelumnya sebelumnya ($\beta = 2,10$, $p = 0,008$) dan paparan telah menerima $p = 0,008$) dan paparan pelatihan BLS. sebelumnya untuk Kedua kelompok kasus henti jantung ($\beta = 3,44$, $p = 0,018$), divalidasi untuk serta dengan skor mengevaluasi status kekhawatiran rendah, pendidikan dan ($\beta = -0,09$, $p < 0,001$). sertifikasi pendukung Dokter memiliki skor kehidupan, sikap kekhawatiran yang terhadap penggunaan secara signifikan lebih CPR dan AED dan rendah daripada kekhawatiran terkait perawat ($\beta = -10,45$, p

penggunaan CPR dan = 0,001). Skor
 AED. Analisis kekhawatiran menurun
 regresi linier karena durasi
 berganda diterapkan pengalaman kerja
 untuk meningkat ($t = 2,19$, p
 mengidentifikasi = 0,029).
 prediktor signifikan
 dari skor sikap dan
 perhatian.

Tabel 2.1 Penelitian Terkait

B. Landasan Teori

1. Pengetahuan

a. Defenisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2005, p : 50). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2003) pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui berkenaan dengan hal. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (over behaviour).

Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap

objek tertentu. Menurut teori WHO (World Health Organization) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2007), salah satu bentuk objek kesehatan dapat dijabarkan oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas penulis menyimpulkan bahwa pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui oleh seseorang melalui pengenalan sumber informasi, ide yang diperoleh sebelumnya baik secara formal maupun informal. Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru didalam diri seseorang terjadi proses yang berurutan), yakni :

- 1) Awareness (kesadaran)

Dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).

- 2) Interest (merasa tertarik)

Terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap subjek sudah mulai timbul.

- 3) Evaluation (menimbang-menimbang)

Terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.

- 4) Trial

Sikap dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.

5) Adaption

Dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, dimana didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (longlasting).

Sebaliknya, apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama. Jadi, Pentingnya pengetahuan disini adalah dapat menjadi dasar dalam merubah perilaku sehingga perilaku itu langgeng.

b. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2007) ada 6 tingkatan pengetahuan, yaitu :

1) Tahu (know)

Tahu dapat diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk juga mengingat kembali suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang di pelajari atau rangsangan yang telah di terima dengan cara menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan sebagainya.

2) Memahami (Comprehention)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi (Application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi sebenarnya. Aplikasi dapat diartikan sebagai penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya.

4) Analisis (Analysis)

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi kedalam komponen – komponen, tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut yang masih ada kaitannya antara satu dengan yang lain dapat ditunjukkan dengan menggambarkan, membedakan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5) Sintesis (Synthesis)

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru dengan dapat menyusun formulasi yang baru.

6) Evaluasi (Evaluation)

Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi penelitian didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau kriteria yang sudah ada. Pengetahuan diukur

dengan wawancara atau angket tentang materi yang akan di ukur dari objek penelitian.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Notoatmodjo (2007), berpendapat bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu :

1) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa.

Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula.

Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu obyek juga

mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari obyek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut .

2) Mass media / informasi

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (immediate impact) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan.

Majunya teknologi akan tersedia bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru. Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, penyuluhan dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang.

Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

3) Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

4) Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

5) Pengalaman

Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman baik dari pengalaman pribadi maupun dari pengalaman orang lain. Pengalaman ini merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran suatu pengetahuan.

6) Usia

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula

daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

Pada usia tengah (41-60 tahun) seseorang tinggal mempertahankan prestasi yang telah dicapai pada usia dewasa. Sedangkan pada usia tua (> 60 tahun) adalah usia tidak produktif lagi dan hanya menikmati hasil dari prestasinya.

Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan sehingga menambah pengetahuan (Cuwin, 2009).

Dua sikap tradisional Mengenai jalannya perkembangan hidup :

- 1) Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang di jumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya.
- 2) Tidak dapat mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental. Dapat diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia khususnya pada beberapa kemampuan yang lain seperti misalnya kosa kata dan pengetahuan umum. Beberapa teori berpendapat ternyata IQ seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia.

d. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan cara wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin

kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas (Nursalam, 2008):

- 1) Tingkat pengetahuan baik bila skor > 76% - 100%
- 2) Tingkat pengetahuan cukup bila skor 56% - 75%
- 3) Tingkat pengetahuan kurang bila skor < 55%

2. Perawat

a. Definisi Perawat

Perawat adalah orang yang telah lulus pendidikan keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri, sesuai ketentuan perundang undangan yang berlaku (Republik Indonesia Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2001). Menurut Wardah, Febrina, Dewi (2017) berpendapat bahwa perawat adalah tenaga yang bekerja secara profesional memiliki kemampuan, kewenangan dan bertanggung jawab dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

b. Peran Perawat

Peran perawat dapat diartikan sebagai tingkah laku dan gerak gerak seseorang yang diharap oleh orang lain sesuai dengan kedudukan dalam system, tingkah laku dan gerak gerak tersebut dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial didalam maupun diluar profesi perawat yang bersifat konstan (Potter & Perry, 2010).

- 1) Peran perawat menurut Potter & Perry (2010) 1)
 - a) Pemberi perawatan, perawat membantu klien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dan mendapatkan kesehatannya kembali

melalui proses penyembuhan dengan pemberian asuhan keperawatan

- b) Pembuat keputusan klinis, perawat membuat keputusan sebelum mengambil tindakan keperawatan dan menyusun rencana tindakan yang berhubungan dengan pengkajian, pemberian perawatan, evaluasi hasil, dengan menggunakan pendekatan terbaik bagi pasien. Pembuatan keputusan dapat dilakukan secara mandiri, ataupun kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dan keluarga klien.
- c) Pelindung dan advokat klien, perawat bertugas mempertahankan lingkungan yang aman, mencegah terjadinya kecelakaan dan hal yang merugikan bagi klien. Sebagai advokat, perawat membantu klien mengutarakan hak-haknya, melindungi hak-hak klien sebagai manusia dan secara hukum
- d) Manajer kasus, perawat berperan mengkoordinasi aktivitas anggota tim, mengatur waktu kerja serta sumber yang tersedia di lingkungan kerjanya.
- e) Rehabilitator, perawat dengan segenap kemampuan membantu klien kembali meningkatkan fungsi maksimal dirinya setelah mengalami kecelakaan, sakit ataupun peristiwa lain yang menyebabkan klien kehilangan kemampuan dan menyebabkan ketidakberdayaan.

- f) Pemberi kenyamanan, kenyamanan serta dukungan emosional yang diberikan perawat selama melaksanakan asuhankeperawatan secara utuh kepada klien, dapat memeberikan pengaruh positif berupa kekuatan untuk mencapai kesembuhan klien.
- g) Komunikator, perawat bertugas sebagai komunikator yang menghubungkan klien dan keluarga, antar perawat maupun tenaga kesehatan lainnya. Faktor terpentingdalam memenuhi kebutuhan klien, keluarga dan komunitas adalah kualitas komunikasi.
- h) Penyuluh, dalam hal ini perawat menjelaskan kepada klien tentang pentingnya kesehatan, memberi contoh prosedur perawatan dasar yang dapat digunakan klien untuk meningkatkanderajat kesehatannya, melakukan penilaian secara mandiri apakah klien memahami penjelasan yang diberikan dan melakukan evaluasi untuk melihat kemajuan dalam pembelajaran klien.
- i) Peran karier, perawat berkarier dan mendapatkan jabatan tertentu, hal ini memberikan perawat kesempatan kerja lebih banyak baik sebagai seorang perawat pendidik, perawat pelaksana tingkat lanjut, dan tim perawatan kesehatan.

c. Fungsi Perawat

Fungsi perawat merupakan pekerjaan atau kegiatan yang dilakukan perawat sesuai dengan perannya dan dapat berubah mengikuti keadaan yang ada (Hidayat, 2008). Tindakan perawat yang bersifat mandiri tanpa instruksi dokter dan dilakukan berdasarkan pada ilmu keperawatan termasuk dalam fungsi independen, dalam hal ini perawat bertanggung jawab terhadap tindakan dan akibat yang timbul pada klien yang menjadi tugas perawatannya, sedangkan tindakan perawat yang dilaksanakan dibawah pengawasan dan atas instruksi dokter, yang seharusnya tindakan tersebut dilakukan dan menjadi wewenang dokter termasuk dalam fungsi dependen (Hidayat, 2008). Menurut Kusnanto (2004), selain fungsi dependen dan independen, perawat memiliki fungsi interdependen yaitu perawat melakukan aktifitas yang dilaksanakan dan berhubungan dengan pihak lain atau tenaga kesehatan lainnya.

d. Tugas dan Tanggung Jawab Perawat

1) Tugas perawat berdasarkan lokakarya tahun 1983 adalah sebagai berikut :

- a) Since interest, yaitu perawat menyampaikan rasa hormat dan perhatian pada klien.
- b) Explanation about the delay, yaitu perawat bersedia memberikan penjelasan dengan ramah kepada kliennya apabila perawat terpaksa menunda pelayanan.

- c) Perawat memperlihatkan kepada klien sikap menghargai (respect) yang tercermin melalui perilaku perawat. Misalnya tersenyum, mengucapkan salam, bersalaman, membungkuk, dan sebagainya.
 - d) Subject the patients desires, perawat saat melakukan komunikasi kepada klien, harus berorientasi pada perasaan klien bukan pada keinginan atau kepentingan perawat.
 - e) Derogatory, perawat tidak membicarakan klien lain dihadapan pasien dengan maksud menghina.
 - f) See the patient point of view, perawat mencoba memahami klien dari sudut pandang klien serta menerima sikap kritis klien.
- 2) Tanggung jawab perawat bersumber dari kebutuhan individu terhadap perawatan (Nila, 2001). Sedangkan menurut Kusnanto (2004), tanggung jawab perawat kepada klien mencakup aspek biologi, psikologi, sosial, kultural, dan spiritual dalam memenuhi kebutuhan dasar klien, dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi :
- a) Membantu klien memperoleh kembali kesehatannya
 - b) Membantu klien yang sehat untuk memelihara kesehatannya.
 - c) Membantu klien yang tidak dapat disembuhkan untuk menerima kondisinya.

- d) Membantu klien yang menghadapi ajal untuk diperlakukan secara manusiawi sesuai martabatnya sampai meninggal dengan tenang.

3. Puskesmas

a. Definisi Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan. Pengelolaan puskesmas biasanya berada di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota. Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan di tingkat kecamatan dan merupakan Unit Pelaksanaan Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Upaya pelayanan yang diselenggarakan adalah:

- 1) Pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu upaya promotif dan preventif pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas.
- 2) Pelayanan medik dasar yaitu upaya kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan individu dan keluarga melalui upaya

perawatanyang tujuannya untuk menyembuhkan penyakit untuk kondisi tertentu.

Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu. Program Puskesmas merupakan program kesehatan dasar, meliputi :

- 1) Promosi kesehatan
- 2) Kesehatan Lingkungan
- 3) KIA & KB
- 4) Perbaikan gizi
- 5) Pemberantasan penyakit menular
- 6) Pengobatan yang terdiri dari rawat jalan, rawat inap, penunjang medik (laboratorium dan farmasi)

4. *Public Safety Center (PSC)*

PSC merupakan pusat pelayanan yang menjamin kebutuhan masyarakat dalam hal-hal yang berhubungan dengan kegawatdaruratan yang berada di kabupaten/kota yang merupakan ujung tombak pelayanan untuk mendapatkan respon cepat. PSC ini berada dibawah NCC (*Natinal Command Center*). PSC dapat berupa unit kerja sebagai wadah koordinasi untuk memberikan pelayanan gawat darurat secara cepat, tepat, dan cermat bagi masyarakat.

Dalam prosesnya, PSC melayani masyarakat selama 24 jam sehari secara terus menerus. Penyelenggara PSC dapat dilaksanakan

bersama-sama dengan unit teknis lainnya diluar bidang kesehatan seperti kepolisian atau pemadam kebakaran tergantung kekhususan dan kebutuhan daerah. PSC bagian utama dari rangkaian kegiatan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) prafasilitas pelayanan kesehatan yang berfungsi melakukan pelayanan kegawatdaruratan dengan menggunakan algoritme kegawatdaruratan yang ada dalam sistem aplikasi *Call Center* 119. PSC berlokasi di tempat-tempat seperti dinas kesehatan kabupaten/kota, rumah sakit atau lokasi lain yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Kota (Kemenkes, 2016.)

a. Fungsi PSC

Berikut beberapa fungsi dari PSC, antara lain:

- 1) Pemberi pelayanan Korban/Pasien Gawat Darurat dan/atau pelapor melalui proses triase (pemilihan kondisi Korban/Pasien Gawat Darurat)
- 2) Pemandu pertolongan pertama (*first aid*)
- 3) Pengevakuasi korban/Pasien Gawat Darurat
- 4) Pengekoordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan

b. Tugas PSC

Selain fungsi diatas, PSC juga memiliki tugas sebagai berikut:

- 1) Menerima terusan (*dispath*) panggilan kegawatdaruratan dari Pusat Komando Nasional (*National Command Center*)
- 2) Melaksanakan pelayanan kegawatdaruratan dengan menggunakan algoritme kegawatdaruratan

- 3) Memberikan layanan ambulans
- 4) Memberikan informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan
- 5) Memberikan informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan
- 6) Memberikan informasi tentang ketersediaan tempat tidur di rumah sakit

c. Ketenagaan di PSC

Penyelenggara PSC dalam SPDGT tentu membutuhkan ketenagaan yang berkompeten. Ketenagaan tersebut meliputi koordinator, tenaga kesehatan, operator *call center* dan tenaga lain. Berikut penjelasan dari masing-masing ketenagaan di PSC:

1) Koordinator

Koordinator memiliki tugas menggerakkan tim ke lapangan jika ada informasi adanya kejadian gawatdaruratan dan mengoordinasikan kegiatan dengan kelompok lain diluar bidang kesehatan.

2) Tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan yang dimaksud disini termasuk tenaga medis, tenaga perawat, dan tenaga bidan yang terlatih kegawatdaruratan. Tenaga kesehatan memiliki tugas memberikan pertolongan gawat darurat dan stabilisasi bagi korban dan mengevakuasi korban ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat unruk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kegawatdaruratannya.

3) Operator *Call Center*

Operator *Call Center* di PSC merupakan petugas penerima panggilan dengan kualifikasi minimal tenaga kesehatan. Operator *Call Center* bekerja dengan pembagian waktu sesuai dengan kebutuhan. Operator *Call Center* memiliki tugas menerima dan menjawab panggilan yang masuk ke *call center*, mengoperasikan komputer dan aplikasinya serta menginput di sistem aplikasi *call center* 119 untuk panggilan darurat.

4) Tenaga lain

Tenaga lain yang dimaksud disini adalah tenaga yang mendukung penyelenggara PSC (Kemenkes, 2016)

d. Sistem Penanganan Pasien Gawat Darurat

Penanganan korban/pasien gawat darurat telah dituliskan didalam suatu sistem yaitu sistem penanganan korban/pasien gawat darurat. Sistem ini terdiri dari 3 penanganan, yakni:

1) Penanganan prafasilitas pelayanan kesehatan

Penanganan prafasilitas pelayanan kesehatan merupakan tindakan pertolongan terhadap korban/pasien gawat darurat yang cepat dan tepat di tempat kejadian sebelum mendapatkan tindakan di fasilitas pelayanan kesehatan. Tindakan pertolongan dilakukan oleh tenaga kesehatan dari PSC. Penolong harus memperhatikan kecepatan penanganan korban/pasien dan selama penolong belum sampai di lokasi pasien maka pemberian pertolongan hanya dapat diberikan dengan panduan operator *call center*.

2) Penanganan intrafasilitas pelayanan kesehatan

Penanganan intrafasilitas pelayanan kesehatan merupakan pelayanan gawat darurat yang diberikan kepada pasien didalam fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan gawat darurat. Pelayanan ini dilakukan melalui suatu sistem dengan pendekatan multidisiplin dan multiprofesi.

3) Penanganan antarfasilitas pelayanan kesehatan

Penanganan antar fasilitas pelayanan kesehatan merupakan tindakan rujukan terhadap korban/pasien gawat darurat dari suatu fasilitas pelayanan kesehatan ke fasilitas pelayanan kesehatan lain yang lebih mampu.

e. Sistem Transportasi Gawat Darurat

Sistem transportasi gawat darurat dapat diselenggarakan oleh PSC dan/fasilitas pelayanan kesehatan. Transportasi yang digunakan merupakan ambulans gawat darurat. Pelayanan ambulans gawat darurat yang dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

f. Alur Penyelenggara SPGDT Melalui *Call Center* (NCC dan PSC)

Adapun alur penyelenggaraan SPGDT melalui *call center* 119 dan PSC adalah:

- 1) Operator *call center* di Pusat Komando Nasional (*National Command Center*) akan menerima panggilan dari masyarakat di seluruh indonesia.
- 2) Operator *call center* akan menyaring panggilan masuk tersebut.

- 3) Operator *call center* akan mengidentifikasi kebutuhan layanan dari penelepon.
- 4) Telepon yang bersifat gawat darurat akan diteruskan ke PSC kabupaten/kota.
- 5) Selanjutnya penanganan gawatdarurat yang dibutuhkan akan ditindak lanjuti oleh PSC kabupaten/kota.
- 6) Telepon yang bersifat membutuhkan informasi kesehatan lainnya dan pengaduan kesehatan akan diteruskan/dispatch ke Halo Kemkes (021-5000567).
- 7) Penanganan gawatdarurat di PSC kabupaten/kota meliputi penanganan kegawatdaruratan dengan menggunakan algoritma, kebutuhan informasi tempat tidur, informasi fasilitas kesehatan terdekat, dan informasi ambulans.
- 8) PSC berjejaring dengan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat dengan lokasi kejadian untuk mobilisasi ataupun merujuk pasien guna mendapatkan penanganan gawat darurat.

g. *Public Service Center* (PSC) 119 Satria

Public Service Center (PSC) 119 Satria dibentuk sesuai dengan instruksi Presiden nomor 4 tahun 2013, yang mengamanahkan setiap Kabupaten/Kota harus membentuk 1 (satu) PSC yang berfungsi sebagai pusat koordinasi layanan kegawatdaruratan di suatu daerah. PSC 119 Satria sudah mulai *soft opening* sekitar bulan September 2016 namun baru diresmikan pada tanggal 5 Mei 2017 oleh Bupati Banyumas. Pada

saat itu peresmian PSC 119 Satria ditandai dengan keluarnya Berita Acara Peresmian Nomor: 440/1640/V/2017. PSC 119 Satria saat ini memiliki total 7 personil. Terdiri dari 5 petugas medis berpendidikan S1 Keperawatan sebanyak 2 orang, dan yang berpendidikan D3 Keperawatan sebanyak 3 orang. Kemudian, ada 2 orang tenaga Informasi dan Teknologi (IT) sebanyak 2 orang, masing-masing berpendidikan S1 Komputer dan D3 Komputer (I.As'ari, komunikasi personal, 24 september 2018).

PSC 119 Satria dilengkapi dengan fasilitas alat kesehatan dan obat-obatan standar untuk pelayanan kegawatdaruratan. Obat-obatan yang ada di PSC 119 Satria didapat melalui Unit Pelayanan Kesehatan dan Farmasi (UPKF). Selain itu, dalam menanggapi panggilan kegawatdaruratan saat ini PSC 119 Satria telah dilengkapi dengan mobil ambulans dan motor ambulans. Motor ambulans itu sendiri digunakan untuk mendapatkan *response time* ambulans serta agar petugas bisa sampai di TKP lebih cepat. Sedangkan, mobil ambulans akan mengikuti dari belakang motor ambulans. Mobil ambulans ini dibutuhkan ketika pasien membutuhkan stabilisasi dan evakuasi ke fasilitas kesehatan (I.As'ari, komunikasi personal, 24 September 2018).

5. Resusitasi Jantung Paru

a. Pengertian Resusitasi Jantung Paru

Resusitasi jantung paru adalah suatu tindakan gawat darurat akibat kegagalan sirkulasi dan pernafasan untuk dikembalikan ke fungsi

optimal guna mencegah kematian biologis. Resusitasi jantung paru (RJP) atau juga dikenal dengan cardio pulmonier resuscitation (CPR), merupakan gabungan antara pijat jantung dan pernafasan buatan.

Resusitasi Jantung Paru merupakan salah satu yang mendasari bantuan hidup dasar dan dapat bervariasi dalam pendekatan optimal terhadap RJP, tergantung pada penolong, korban dan sumber daya yang optimal. Resusitasi Jantung Paru adalah prosedur kegawatdaruratan medis yang ditujukan untuk serangan jantung dan pada henti napas. *Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)* atau Resusitasi Jantung Paru (RJP) diberikan ketika tidak ada tanda-tanda kehidupan-tidak bernafas, tidak berespons, dan tidak bergerak (Aryono D, et al, 2011).

b. Indikasi melakukan Resusitasi Jantung Paru (RJP)

1) Henti Napas (Apneu)

Dapat disebabkan oleh sumbatan jalan napas atau akibat depresi pernapasan baik di sentral maupun perifer. Berkurangnya oksigen di dalam tubuh akan memberikan suatu keadaan yang disebut hipoksia. Frekuensi napas akan lebih cepat dari pada keadaan normal. Bila perlangsungannya lama akan memberikan kelelahan pada otot-otot pernapasan. Kelelahan otot-otot napas akan mengakibatkan terjadinya penumpukan sisa-sisa pembakaran berupa gas CO₂, kemudian mempengaruhi SSP dengan menekan pusat napas. Keadaan inilah yang dikenal sebagai henti nafas.

2) Henti Jantung (*cardiac arrest*)

Henti jantung adalah ketidaksanggupan curah jantung untuk memberi kebutuhan oksigen ke otak dan organ vital lainnya secara mendadak dan dapat kembali normal jika dilakukan tindakan yang tepat atau akan menyebabkan kematian atau kerusakan otak. Henti jantung ditandai oleh denyut nadi besar di karotis femoralis dan radialis tidak teraba, disertai dengan kebiruaan, pucat sekali atau sianosis, pernafasan berhenti atau apnea, pupil dilatasi, tidak bereaksi terhadap cahaya dan tidak sadar.

Jika jantung sudah berhenti mendadak, maka suplai darah ke otak juga terhenti dan kesadaran akan langsung menurun membuat korban dengan henti jantung langsung tidak sadarkan diri. Pada dasarnya henti jantung adalah mati klinis. Dalam empat sampai lima menit tidak dilakukan resusitasi dengan kompresimakaotak sudah mati dan tidak berfungsi lagi.

Selama ini dalam melakukan tindakan resusitasi, tenaga kesehatan selalu berpedoman dengan *American Heart Association (AHA)*. Sebelumnya *American Heart Association (AHA)* mendahulukan pengecekan *airway* daripada *compression*. Lalu pada tahun 2010, *American Heart Association (AHA)* mengalami perubahan dengan mendahulukan sirkulasi sebelum pengecekan jalan nafas dan pernafasan.

Pada pedoman AHA CPR dan ECC (Perawatan Darurat Kardiovaskular) yang didasarkan pada tinjauan terkini dari berbagai

publikasi tentang resusitasi. Perubahan yang terjadi didasarkan pada informasi dari 365 ahli resusitasi dari 29 negara yang dikaji, dianalisis, dievaluasi, diperdebatkan, dan dibahas penelitian dan hipotesis melalui pertemuan, *teleconference* dan sesi *online* selama periode 36 bulan sebelum Konsesus Konferensi tahun 2010 (Hitt, 2010).

Perubahan siklus RJP didokumentasikan pada tahun 2010 dengan pedoman *American Heart Association* (AHA) untuk Resusitasi Jantung Paru dan perawatan darurat kardiovaskuler. Diterbitkan pada 2 November pada edisi tambahan *Circulation: Journal of American Heart Association*, dan mewakili *update* untuk pedoman sebelumnya yang diterbitkan pada tahun 2005 (Hitt, 2010).

Langkah-langkah dalam melakukan resusitasi jantung paru adalah segera mengenali tanda-tanda henti jantung. Ketika menemukan penderita dengan henti jantung, penolong harus segera mengenali tanda-tanda tersebut, seperti tidak terabanya nadi karotis, tidak ada pergerakan dada, dan tidak bergerak. Tetapi sebelum mendekati penderita, hal yang harus dilakukan oleh penolong adalah meyakini bahwa lingkungan sekitar penderita aman dan tempatkan penderita padatempat yang keras dan datar dengan posisi *supine* kemudian cek respon.

Untuk cek respon yang harus dilakukan antara lain tepuk bahu korban tegas dan katakan 'apakah anda baik-baik saja'. Jika

penderita berespon maka penderita akan menjawab, bergerak, mengerang atau memberi tanda dengan menggerakkan jari tangan. Jika tidak berespon; untuk penolong awam segera aktifkan sistem respon kegawatdaruratan, untuk tenaga kesehatan sambil cek respon segera cek apakah penderita tidak sadar dan bernafas tidak normal, seperti tidak adanya suara nafas atau adanya suara gargling (Aryono D, et al, 2011).

Jika tidak berespon, segera aktifkan sistem respon kegawatdaruratan dengan menelepon bantuan, dapat langsung menelepon rumah sakit. Lalu penolong melakukan cek nadi kurang dari 10 detik. Cek nadi dilakukan pada nadi karotis yang terletak di daerah leher, baik kanan maupun kiri. Jika nadi tidak teraba, segera memulai RJP dengan diawali kompresi dada. Jika nadi teraba, berikan nafas tiap 5-6 detik sampai terlihat pengembangan dada dan cek nadi kembali setiap 2 menit.

Kompresi dada merupakan penekanan di bagian bawah sternum atau garis tengah dada. Penekanan ini menciptakan aliran darah karena adanya peningkatan tekanan intrathoraks dan penekanan secara langsung pada jantung, dengan kata lain kompresi dada menghasilkan aliran darah dan penghantaran oksigen ke otot miokardium dan otak. Oleh karena itu, kompresi dada yang efektif sangat penting untuk menciptakan aliran darah selama RJP, dan

untuk alasan ini maka semua penderita yang mengalami henti jantung harus dilakukan kompresi dada.

Kompresi dada yang efektif dilakukan dengan penekanan yang keras dan cepat. Kecepatan yang digunakan adalah paling sedikit 100x/menit dengan kedalaman 2 inchi atau 5 cm dan harus dibiarkan dada recoil secara sempurna setelah kompresi dada untuk menghasilkan pengisian jantung secara lengkap sebelum kompresi berikutnya. Penolong juga harus meminimalkan waktu tenggat terhadap kompresi dada untuk memaksimalkan jumlah kompresi yang diberikan permenitnya. Maksudnya penolong harus selalu kompresi selama siklus berlangsung, tidak boleh tiba-tiba terhenti di tengah-tengah perhitungan (Sayre, 2010).

Jumlah penekanan dada setiap menit selama Resusitasi Jantung Paru merupakan faktor penentu penting pengembalian sirkulasi spontan dan kelangsungan hidup dan fungsineurologis yang baik. Kegiatan kompresi yang lebih besar yakni tingkat kompresi sekitar 100x/menit, maka kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Sebaliknya jika kompresi yang dilakukan sedikit, maka kelangsungan hidup korban menjadi lebih rendah (*American Heart Association*, 2010).

Total jumlah kompresi dada yang diberikan kepada korban adalah fungsi dari kecepatan kompresi dan waktu yang diberikan saat kompresi tanpa adanya interupsi. Artinya bahwa kompresi dada

mengacu kepada kecepatan kompresibukan oleh jumlah kompresi yang diberikan permenit. Rasio kompresi dan ventilasi yang direkomendasikan adalah 30 : 2, artinya memberikan 30 kompresi dada terlebih dahulu kemudian memberikan 2 ventilasi dengan memberikan nafas buatan. Pada saat memberikan ventilasi, tiap bantuan medis diberikan selama 1 detik dengan memberikan tidal volum yang cukup untuk menghasilkan pengembangan dada, ventilasi diberikan setiap 6-8 detik atau 8-10x/menit. Hindari pemberian ventilasi yang berlebihan (Aryono 2011).

Saat melakukan kompresi dapat menyebabkan kelelahan pada penolong, dan penolong yang lelah dapat menyebabkan kecepatan dan kedalaman kompresi dada menjadi tidak adekuat. Oleh karena itu, jika ada dua penolong, maka harus bergantian antara pemberi kompresi dan ventilasi tiap 2 menit atau setelah 5 siklus kompresi dan ventilasi pada rasio 30 : 2. Hal ini terus dilakukan sampai tim bantuan hidup lanjut datang atau penderita sudah bergerak artinya sudah terdapat tanda-tanda sirkulasi spontan (Aryono D, et al, 2011).

Hasil dari Resusitasi Jantung Paru (RJP) tergantung dari intervensi yang dilakukan penolong terutama defibrilasi dini, kompresi dada yang efektif yang dibantu ventilasi (Jacobs, 2004). Ketika jantung berhenti berdenyut, seseorang dalam beberapa menit sebelum meninggal kecuali jika aliran darah kembali atau dipulihkan. Resusitasi adalah cara untuk menyimpan beberapa

sirkulasi sampai tim bantuan ahli datang. Kompresi dikombinasikan dengan pernapasan buatan yang biasanya dilakukan secara “mouth to mouth” (Torpy, 2010).

Suatu pertolongan dapat berhasil maksimal tentu saja memerlukan penolong yang cekatan dan terampil, sehingga tindakan yang diberikan sesuai dan tepat. Selain keterampilan juga diperlukan pengetahuan yang baik dari penolong dan sarana yang memadai serta dibutuhkan pengorganisasian yang baik untuk keberhasilan dalam penatalaksanaan kedaruratan medik (A. Purwadianto dan B. Sampurna, 2000).

6. Konsep Usia Dewasa

a. Pengertian Usia Dewasa

Istilah dewasa berasal dari bahasa Latin, yaitu *adultus* yang berarti tumbuh menjadi kekuatan dan ukuran yang sempurna atau telah menjadi dewasa. Seseorang dikatakan dewasa adalah apabila dia mampu menyelesaikan pertumbuhan dan menerima kedudukan yang sama dalam masyarakat atau orang dewasa lainnya (Pieter & Lubis, 2010).

b. Pembagian Usia Dewasa

Menurut Erikson dalam Upton (2012), usia dewasa dibagi menjadi tiga tahap antara lain: 1) Masa dewasa awal (19 hingga 40 tahun), 2) Masa dewasa menengah (40 hingga 65 tahun), 3) Masa dewasa akhir (65 hingga mati).

c. Ciri-ciri Usia Dewasa

Menurut Anderson dalam Mubin & Cahyadi (2006), seseorang yang sudah dewasa memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Berorientasi pada tugas, bukan pada diri atau ego
- 2) Mempunyai tujuan-tujuan yang jelas dan kebiasaan-kebiasaan kerjanya efisien
- 3) Dapat mengendalikan perasaan pribadinya
- 4) Mempunyai sikap yang objektif
- 5) Menerima kritik dan saran
- 6) Bertanggung jawab
- 7) Dapat menyesuaikan diri dengan keadaan-keadaan yang realistis dan yang baru

d. Perubahan Pada Usia Dewasa Awal

1) Perubahan Fisik

Pada fase dewasa awal kesehatan fisik mencapai puncaknya terutama pada usia 23-27 tahun. Kesehatan fisik berada dalam keadaan baik serta kekuatan tenaga dan motorik mencapai masa puncak (Mubin & Cahyadi, 2006). Menurut Potter & Perry (2009), orang dewasa awal biasanya sangat aktif, jarang mengalami penyakit parah (jika dibandingkan kelompok usia tua), cenderung mengabaikan gejala fisik, dan sering menunda pencarian pelayanan.

2) Perubahan Kognitif

Kemampuan berpikir kritis meningkat secara teratur

selama usia dewasa awal dan pertengahan. Pengalaman pendidikan formal dan informal, pengalaman hidup, dan kesempatan untuk bekerja dapat meningkatkan konsep diri, kemampuan menyelesaikan masalah, dan keterampilan motorik individu. Mengenali bidang pekerjaan yang sesuai merupakan tugas utama individu dewasa awal. Saat individu mengetahui keterampilan, bakat, dan karakteristik personal mereka, maka pilihan pendidikan dan pekerjaan akan menjadi mudah dan lebih memuaskan. Proses pengambilan keputusan dalam masa dewasa awal harus bersifat fleksibel. Hal ini disebabkan karena masa dewasa awal terus berkembang dan harus terlibat dalam perubahan dalam perubahan rumah, tempat kerja, dan tempat tinggal pribadi. Orang muda merasa lebih aman dengan perannya serta lebih fleksibel dan terbuka terhadap perubahan. Individu yang merasa tidak aman cenderung mengalami kesulitan dalam membuat keputusan (Potter & Perry, 2009).

3) Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial yang terjadi pada usia dewasa awal dapat dilihat dari beberapa aspek antarlain:

- a) Karier
- b) Seksualitas
- c) Masa Lajang
- d) Masa menjadi orang tua

e. Perubahan Pada Usia Dewasa Menengah

1) Perubahan Fisik

Banyak dari para dewasa madya mengalami kecemasan pada penampilan fisik yang pada akhirnya akan mengganggu relasi dengan pasangannya (Pieter & Lubis, 2010). Perubahan yang paling terlihat adalah rambut memutih, kulit keriput, dan penebalan pinggang. Sering sekali perubahan fisiologis selama masa dewasa menengah berdampak pada konsep diri dan bentuk tubuh (Potter & Perry, 2009). Badan yang kurang sehat dan cacat yang tidak dapat disembuhkan atau ditutup-tutupi sama berbahayanya bagi penyesuaian diri pribadi dan sosial pada masa dewasa dini seperti masa kanak-kanak dan remaja.

Orang dewasa yang mempunyai hambatan fisik karena kesehatannya buruk tidak dapat mencapai keberhasilan maksimum mereka dalam pekerjaan atau pergaulan sosial. Sebagai akibatnya mereka selalu frustrasi, semakin sering mereka melihat orang yang sebenarnya berpotensi kurang dari mereka berhasil, semakin besar rasa frustrasi mereka (Hurlock, 1980). Beberapa perubahan lainnya dapat terjadi antara lain; mulai terjadinya proses menua secara gradual, mulai menurunnya kekuatan fisik, fungsi motorik dan sensoris, terjadinya perubahan-perubahan seksual. Kaum laki-laki mengalami *climacterium* dan wanita mengalami *menopause* (Mubin & Cahyadi, 2006).

2) Perubahan Kognitif

Perubahan fungsi kognitif pada individu dewasa menengah jarang terjadi, kecuali jika ada penyakit atau trauma (Potter & Perry, 2009).

3) Perubahan Psikososial

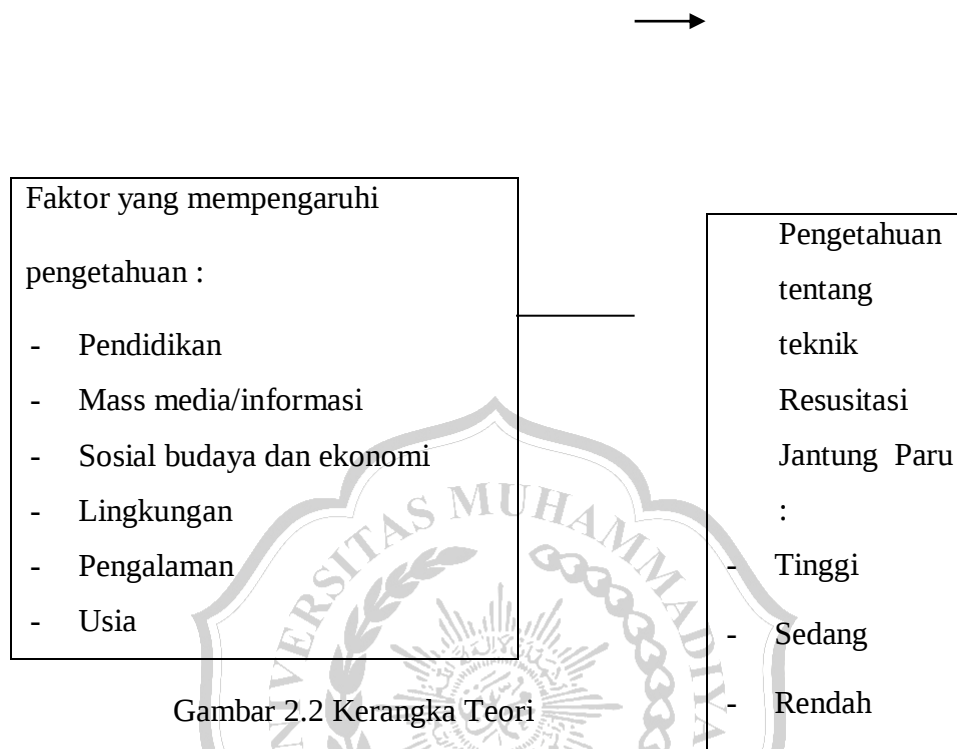
Perubahan psikososial pada individu dewasa menengah melibatkan peristiwa yang diharapkan, seperti anak-anak yang keluar dari rumah, sampai peristiwa yang tidak diharapkan, seperti perceraian atau kematian seorang teman dekat. Perubahan psikososial yang terjadi pada usia dewasa menengah dapat dilihat dari beberapa aspek antarlain:

- a) Transisi Karier
- b) Seksualitas
- c) Psikososial keluarga, antara lain: masa lajang, perubahan status pernikahan, transisi keluarga, merawat orang tua yang lanjut usia.

C. Kerangka Teori

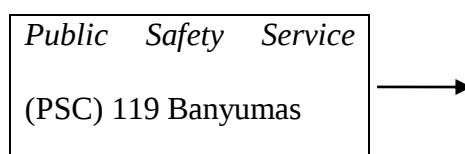
Karakteristik *Public Savety Center*:

- Jenis Kelamin
- Usia
- Lama Bekerja
- Tingkat Pendidikan



Gambar 2.2 Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep



Tingkat	Pengetahuan
tentang	Resusitasi
Jantung Paru	

Gambar 2.3 Kerangka Konsep

E. Hipotesis Penelitian

Hasil suatu penelitian adalah suatu jawaban atas pertanyaan penelitian yang dirumuskan dalam perencanaan penelitian. Jawaban sementara dari suatu penelitian disebut hipotesis. Hipotesis penelitian ini antara lain:

- a. H_0 : tidak ada hubungan antara faktor yang mempengaruhi pengetahuan dengan tingkat pengetahuan.
- b. H_a : ada perbedaan tingkat pengetahuan Perawat *Public Safety Center* (PSC) tentang teknik resusitasi jantung paru.

