



**PENGARUH MODEL PEMBELAJARAN *STAD* DENGAN
PENDEKATAN *SAVI* TERHADAP KEMAMPUAN
BANTUAN HIDUP DASAR PADA NELAYAN
DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh:

**Agil Bagus Triprastyo
NIM. 102310101094**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2017**



**Pengaruh Model Pembelajaran STAD dengan Pendekatan SAVI terhadap
Kemampuan Bantuan Hidup Dasar pada Nelayan
di Kabupaten Jember**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh:

**Agil Bagus Triprastyo
NIM. 102310101094**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2017**

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Pengaruh Model Pembelajaran STAD dengan Pendekatan SAVI terhadap Kemampuan Bantuan Hidup Dasar pada Nelayan di Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Senin, 5 Juni 2017

tempat : Program Studi ilmu Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji

Pembimbing I

Ns. Rondhianto, M.Kep.
NIP. 19830324 200604 1 002

Pembimbing II

Ns. Nur Widayati, MN.
NIP. 19810610 200604 2 001

Penguji I

Ns. Siswoyo, M.Kep.
NIP.19800412 200604 1 002

Penguji II

Ns. Wantiyah, M.Kep.
NIP. 19810712 200604 2 001

Mengesahkan
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Lantini Sulisti, orini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan:

1. Ayahanda (Alm. Sulis) tercinta, Ibunda (Suwartiningsih) tercinta, dan Kakakku (Ike), terimakasih atas untaian dzikir dan doa yang telah mengiringi langkahku selama menuntut ilmu, pengorbanan serta curahan kasih sayang yang telah diberikan selama ini;
2. Guru-guruku sejak TK hingga Perguruan Tinggi yang terhormat, yang telah memberikan ilmu dan membimbing dengan penuh kesabaran;
3. Almamter Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang kubanggakan
4. Dosen pembimbing utama Ns. Rondhianto, M.Kep. dan dosen pembimbing anggota Ns. Nur Widayati, MN. serta Ns. Siswoyo, M.Kep. dan Ns. Wantiyah, M.Kep. selaku penguji yang telah membimbing saya selama menjadi mahasiswa;
5. Dosen pembimbing akademik Ns. Nur Widayati, MN. Dan Ns. Dini Kurniawati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Mat yang telah membimbing saya selama menjadi mahasiswa;

MOTTO

Sesuatu mungkin mendatangi mereka yang mau menunggu, namun hanya didapatkan oleh mereka yang bersemangat mengejanya. ([Abraham Lincoln](#))*

*) Dunno. *_.PernyataanAjaib yang Manusia*
Ciptakan.<http://dunno21.wordpress.com/kata-mereka/pernyataan-ajaib-yang-manusia-ciptakan/>

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Agil Bagus Triprastyo

NIM : 102310101094

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Pengaruh Model Pembelajaran STAD dengan Pendekatan SAVI terhadap Kemampuan Bantuan Hidup Dasar pada Nelayan di Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang telah saya sertakan sumbernya, belum pernah diajukan pada intuisi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dari pihak lain serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 09 April 2017
Yang menyatakan,

Agil Bagus Triprastyo
NIM. 102310101094

SKRIPSI

**Pengaruh Model Pembelajaran STAD dengan Pendekatan SAVI
terhadap Kemampuan Bantuan Hidup Dasar pada Nelayan
di Kabupaten Jember**

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh:

**Agil Bagus Triprastyo
NIM. 102310101094**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Rondhianto, M.Kep.
Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Nur Widayati, S.Kep., MN.

The Effect of STAD Learning Model with SAVI Approach on the Ability of Basic Life Support in Fishermen at Jember Regency

ABSTRACT

Death in drowning victims is mainly caused by delayed rescue during golden period phase. First aid for victims with no breathing and cardiac arrest is Basic Life Support (BLS) which can be taught to anyone. This study aimed to analyze the effect of learning model of Student Teams Achievement Division (STAD) with Somatic Auditory Visualization and Intellectual (SAVI) approach on the ability of giving BLS in fishermen group in Jember regency. The design was pre-experimental with one group pretest and posttest design. The sample size was 15 respondents with the sampling technique of simple random sampling. The ability to perform BLS was measured by using questionnaire and observation sheet. Data were analyzed by using dependent t test. The result showed p value: 0.000 ($p < 0.05$), so it can be concluded that there was a significant effect of STAD learning model with SAVI approach on the ability to perform BLS in fishermen at Jember Regency. Health workers can apply STAD learning model with SAVI approach in delivering health education or training of BLS to community.

Keywords: STAD learning model, SAVI approach, Basic Life Support

RINGKASAN

Pengaruh Model Pembelajaran STAD dengan Pendekatan SAVI terhadap Kemampuan Bantuan Hidup Dasar pada Nelayan di Kabupaten Jember; Agil Bagus Triprastyo, 102310101094; 2016; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Secara geografis Indonesia merupakan negara maritim sehingga sering kali ditemukan kejadian korban meninggal akibat tenggelam di wilayah perairan Indonesia. Kejadian seperti ini menuntut kesiapsiagaan dari petugas kesehatan untuk tanggap terhadap kondisi kegawatdaruratan. Bantuan hidup dasar merupakan pertolongan pertama pada korban tenggelam. Kematian pada korban tenggelam pada umumnya disebabkan ketidakmampuan petugas kesehatan menangani korban pada fase gawat darurat (*golden Period*). Bantuan hidup dasar dapat diajarkan pada siapa saja, sehingga ketika ada korban tenggelam dapat segera dilakukan pertolongan tanpa menunggu petugas kesehatan datang. Bantuan hidup dasar merupakan tindakan untuk mempertahankan jalan nafas dan membantu sirkulasi. Salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan tentang bantuan hidup dasar dengan pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Model belajar *Student Team's Achievement Division* (STAD) disertai dengan pendekatan *Somatic, Auditory, Visual, and Intellectual* (SAVI) memiliki kelebihan untuk lebih mengutamakan kerjasama dan saling membantu dalam satu tim yang terdiri dari beberapa peserta didik yang berkemampuan tinggi hingga berkemampuan rendah. Dengan demikian diharapkan akan terjadi kerjasama dalam tugas kelompok, sedangkan pendekatan SAVI mengharuskan peserta didik melibatkan semua indra dan semua anggota tubuh sehingga peserta didik aktif dalam berpikir dan bergerak.

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh model pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI terhadap kemampuan melakukan bantuan hidup dasar pada kelompok nelayan. Jenis penelitian ini adalah *pre-eksperiment* dengan desain *one group pretest and posttest*. Penelitian ini bertempat di

desa Sumberejo kecamatan Ambulu kabupaten Jember. Sampel penelitian yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 15 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *simple random sampling*. *Simple random sampling* yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan melakukan pengundian pada anggota kelompok nelayan yang sesuai dengan kriteria.

Hasil analisis dengan menggunakan uji *t-dependent* didapatkan nilai $p: 0,00$ ($p < 0,05$), artinya model belajar STAD dengan pendekatan SAVI berpengaruh signifikan terhadap kemampuan melakukan bantuan hidup dasar pada nelayan di Kabupaten Jember. Petugas kesehatan dapat menerapkan model belajar STAD dengan pendekatan SAVI dalam memberikan pendidikan kesehatan atau pelatihan mengenai bantuan hidup dasar kepada masyarakat.

PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT atas rahmat dan hidayat saya dapat menyelesaikan proposal skripsi ini dengan “Judul Pengaruh Model Pembelajaran STAD dengan Pendekatan SAVI Terhadap Kemampuan Melakukan Bantuan Hidup Dasar pada Nelayan di Kabupaten Jember”. Proposal ini disusun untuk memenuhi syarat tugas akhir untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan. Saya mengucapkan beribu-ribu terima kasih kepada semua pihak yang membantu dalam proses penyusunan proposal skripsi ini. Penulis memberikan ucapan terimakasih kepada:

1. Ns. Lantin Setyorini, M. Kep. selaku ketua Program Studi Ilmu Keperawatan;
2. Ns. Rondhianto, M. Kep. selaku dosen pembimbing utama;
3. Ns. Nur Widayati, S. Kep., MN. selaku dosen pembimbing anggota;
4. Ns. Siswoyo, M. Kep. selaku dosen penguji utama;
5. Ns. Wantiyah, M. Kep. selaku dosen penguji anggota;
6. Guru-guru TK. Hingga SMA yang telah mendidik saya;
7. Bapak saya Alm. Pelda Sulis yang telah membesarkan dan mendidik hingga saya seperti sekarang ini;
8. Ibunda Suwartiningsih dan kakak Ike Dwi Prastyorini yang selalu mendoakan, mendukung, serta memberikan motivasi kepada saya;
9. Serta teman seperjuangan saya: Tiani Alfi Kusuma, Yudha, Febri, Mega, Yayang, Bayu, Anas, Rahma, Debi, Rona, Selly, Rijal, Andi, dan banyak lagi

pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu-satu yang telah menemani saya sampai sekarang dan telah memberikan dukungan dalam penyusunan proposal skripsi ini.

Akhir kata, saya berharap Allah swt membalas segala kebaikan semua pihak yang telah yang telah membantu proses penyusunan proposal ini.

Jember, 09 April 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	iii
MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PENGESAHAN.....	vi
ABSTRAK	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	11
1.3 Tujuan	11
1.3.1 Tujuan Umum	11
1.3.2 Tujuan Khusus	11
1.4 Manfaat	12
1.4.1 Bagi Peneliti	12
1.4.2 Bagi Pendidikan Keperawatan	12
1.4.3 Bagi Instansi Kesehatan	12
1.4.4 Bagi Masyarakat.....	13
1.5 Keaslian Penelitian	13
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	15
2.1 Konsep Hampir Tenggelam	15
2.1.1 Definisi Hampir Tenggelam	15

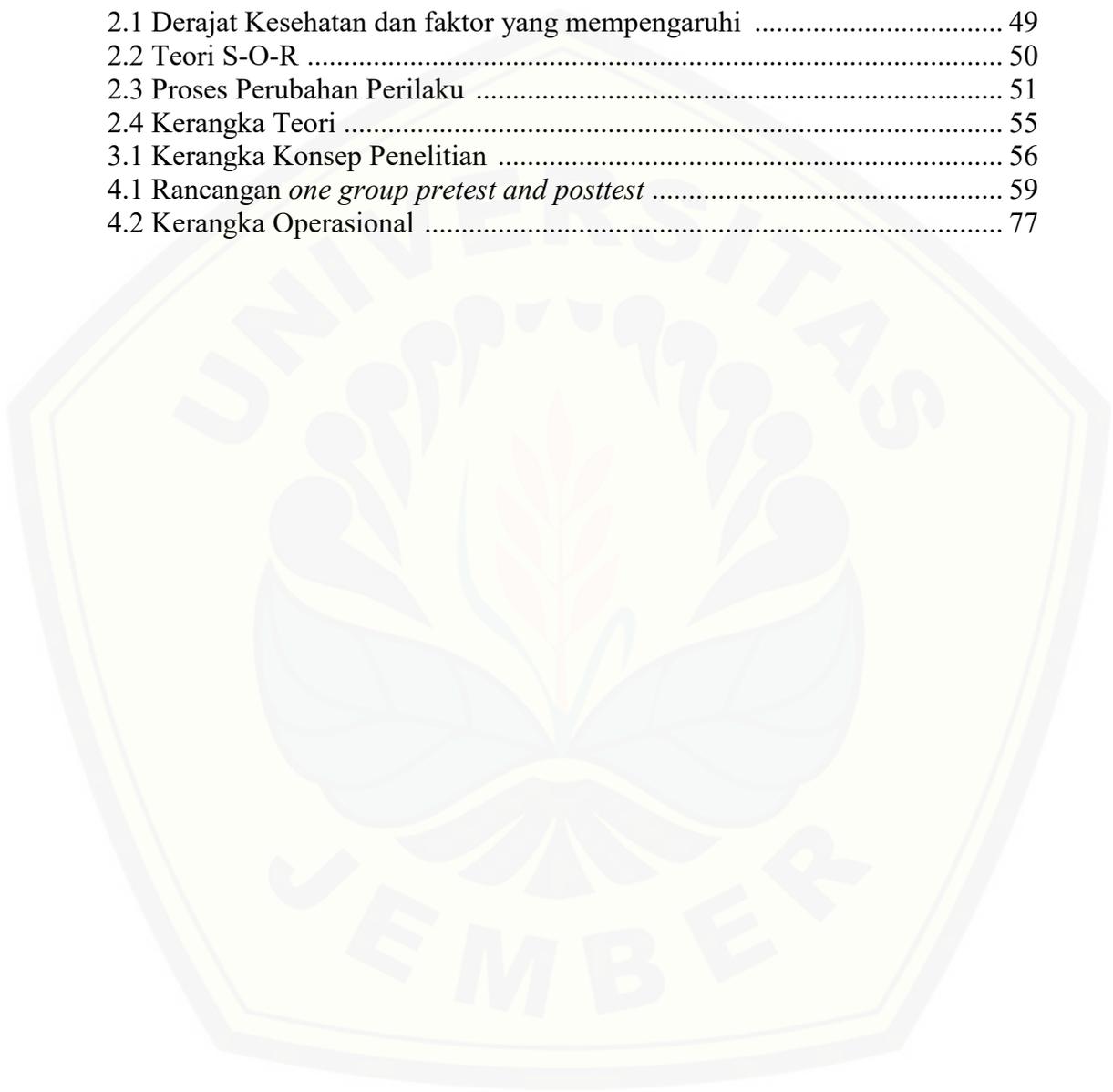
2.1.2	Klasifikasi Hampir Tenggelam	15
2.1.3	Patofisiologi Hampir Tenggelam	16
2.1.4	Etiologi Hampir Tenggelam	20
2.1.5	Kegawatdaruratan pada Korban tenggelam.....	21
2.2	Konsep Bantuan Hidup Dasar	23
2.2.1	Definisi Bantuan Hidup Dasar	23
2.2.2	Tahapan Bantuan Hidup Dasar	23
2.2.2	Hal-hal yang Perlu Diperhatikan	25
2.3	Konsep Model Pembelajaran Student Teams Achievement	
	Division (STAD)	28
2.3.1	Definisi STAD	28
2.3.2	Sintakmatik STAD	28
2.3.3	Keunggulan dan Kelemahan STAD	29
2.4	Konsep Somatic, Auditory, Visualization, Intellectual(SAVI)	31
2.4.1	Definisi SAVI	31
2.4.2	Karakteristik Pendekatan SAVI	32
2.4.3	Langkah-langkah Pendekatan SAVI	34
2.4.4	Kelebihan dan Kekurangan Pendekatan SAVI	38
2.5	Konsep Model Belajar STAD dengan SAVI	39
2.6	Hasil Belajar Peserta Didik	41
2.7	Retensi Belajar	45
2.8	Konsep Teori Perubahan Perilaku	45
2.9	Konsep Teori Difusi Inovasi	51
2.10	Kerangka Teori	55
BAB 3.	KERANGKA KONSEP.....	56
3.1	Kerangka Konsep	56
3.2	Hipotesa Penelitian	57
BAB 4.	METODE PENELITIAN.....	58
4.1	Jenis Penelitian	58
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian	59

4.2.1 Populasi Peneliatian	59
4.2.2 Sampel Penelitian	59
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel	60
4.2.4 Kriteria Subyek Penelitian	61
4.3 Lokasi Penelitian	61
4.4 Waktu Penelitian	61
4.5 Definisi Operasional	64
4.6 Pengumpulan Data	66
4.6.1 Sumber Data	66
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	66
4.6.3 Alat Pengumpulan Data	69
4.6.3.1 Uji Validitas	71
4.6.3.2 Uji Realibilitas.....	72
4.6.3.3 Uji SOP.....	73
4.7 Pengolahan Data	73
4.7.1 <i>Editing</i>	73
4.7.2 <i>Coding</i>	73
4.7.3 <i>Entry</i>	74
4.7.4 <i>Cleaning</i>	75
4.8 Analisis Data	75
4.8.1 Analisis Deskriptif	75
4.8.2 Analisis Inferensial	76
4.9 Kerangka Operasional	77
4.10 Etika Penelitian	78
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	79
5.1 Hasil Penelitian	79
5.1.1 Karakteristik Responden	79
5.1.2 Kemampuan Melakukan Bantuan Hidup Dasar	81
5.2 Pembahasan	83
5.2.1 Karakteristik Nelayan	83

5.2.2 Kemampuan Melakukan Bantuan Hidup Dasar Sebelum Pelatihan	87
5.2.3 Kemampuan Melakukan Bantuan Hidup Dasar Setelah Pelatihan	89
5.2.4 Pengaruh Model Belajar STAD dengan Pendekatan SAVI terhadap Kemampuan Melakukan Bantuan Hidup Dasar	90
5.3 Keterbatasan Penelitian	96
5.2 Implikasi Keperawatan	97
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	79
6.1 Simpulan	98
6.2 Saran	99
6.2.1 Instansi Pendidikan Keperawatan.....	99
6.2.2 Instansi Kesehatan	99
6.2.3 Masyarakat.....	99
6.2.4 Peneliti Selanjutnya	100
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

2.1 Derajat Kesehatan dan faktor yang mempengaruhi	49
2.2 Teori S-O-R	50
2.3 Proses Perubahan Perilaku	51
2.4 Kerangka Teori	55
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	56
4.1 Rancangan <i>one group pretest and posttest</i>	59
4.2 Kerangka Operasional	77



DAFTAR TABEL

1.1 Keaslian Penelitian	14
2.1 Tahapan Model STAD	28
2.2 Langkah-langkah Pendekatan SAVI.....	36
4.1 Waktu Penelitian.....	61
4.2 Definisi Operasional.....	64
4.3 Distribusi Pertanyaan Kuisisioner	69
4.4 Distribusi Kuisisioner Setelah Uji Validitas.....	69
5.1 Usia Responden.....	79
5.2 Karakteristik Responden	79
5.3 Data <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i>	79
5.4 Distribusi Nilai Total <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i>	81
5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Kemampuan Melakukan BHD Sebelum dan Setelah Pelatihan	81

DAFTAR LAMPIRAN

A. RPP	107
B. <i>Informed Consent</i>	117
C. Pertujuan Menjadi Responden.....	118
D. Petunjuk Pengisian Kuesioner.....	119
E. Kuesioner Kognitif	120
F. Kuesioner Afektif.....	123
G. SOP Bantuan Hidup Dasar	124
H. Lembar Penilaian Praktikum.....	127
I. Data Kognitif	130
J. Data Afektif.....	132
K. Data Psikomotor.....	134
L. Data Hasil Belajar.....	136
M. Analisis Hasil Belajar Uji-t	138
N. Surat Penelitian.....	142
O. Contoh Kasus Bantuan Hidup Dasar.....	148
P. Dokumentasi Penelitian	

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Secara geografis Indonesia merupakan negara maritim yang memiliki laut yang luas. Dengan keadaan alam yang demikian, sering kali ditemukan kejadian korban meninggal akibat tenggelam di wilayah perairan di Indonesia. Tenggelam sendiri merupakan suatu bentuk obstruksi saluran pernafasan berupa korban terbenam dalam cairan, dan cairan tersebut terhisap masuk ke jalan nafas sampai pada alveoli paru-paru. Pada umumnya tenggelam merupakan kecelakaan, baik secara langsung maupun akibat dari faktor-faktor lain, misalnya korban dalam keadaan mabuk atau di bawah pengaruh obat, atau dikarenakan suatu peristiwa (Wilianto, 2012). Keadaan seperti ini menuntut kesiapan dari petugas kesehatan untuk cepat tanggap terhadap kondisi kegawatdaruratan yang bisa terjadi kapanpun dan dimanapun, khususnya jika ada korban tenggelam. Kondisi kegawatdaruratan seperti ini dapat terjadi pada daerah yang sulit untuk membantu korban oleh petugas kesehatan (Sudiharto & Sartono dalam Dahlan et al, 2014).

Menurut Wulur et al (2013) dari data *World Health Organization* (WHO) 0,76% dari seluruh kematian di dunia atau lebih dari 500.000 kematian setiap tahun disebabkan karena tenggelam. Pada tahun 2004 di seluruh dunia terdapat 388.000 orang meninggal karena tenggelam. Angka ini menempati urutan ke-3 di dunia akibat cedera tidak disengaja dan menurut *Global Burden of Disease* (GBD) bahwa angka tersebut terbilang lebih kecil dibandingkan seluruh kematian akibat tenggelam yang disebabkan oleh banjir, kecelakaan transportasi laut, dan bencana

alam lainnya. Afrika menempati posisi terbanyak dari kasus tenggelam yang terjadi di dunia, sedangkan Amerika merupakan kawasan yang menempati angka kasus tenggelam terendah. Angka kematian tenggelam di Afrika delapan kali lebih tinggi dibandingkan dengan Amerika dan Australia.

Kasus tenggelam yang terjadi di negara berkembang lebih tinggi dibandingkan dengan negara maju. Wilayah Indonesia terdiri dari atas daratan dan lautan dengan luas wilayah lautan sebesar 6,1 juta km² atau sekitar 77% dari wilayah Indonesia (Wulur et al, 2013). Di Indonesia angka korban meninggal tenggelam akibat bencana alam menurut Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) sebanyak 44 orang selama tahun 2013, angka itu relatif sedikit dibandingkan dengan korban meninggal tenggelam di laut menurut Komite Nasional Keselamatan Transportasi (KNKT) pada tahun 2013 sebanyak 65 korban jiwa (Gobel et al, 2014). Peningkatan akses terhadap air merupakan salah satu faktor risiko dari tenggelam. Individu dengan profesi nelayan dengan menggunakan perahu yang kecil lebih rentan terhadap tenggelam. Sekitar 43% kasus tenggelam terjadi pada saat rekreasi atau musim liburan khususnya pada tempat wisata laut dan rata-rata korbannya adalah wisatawan yang berkunjung ke tempat wisata tersebut (Wulur et al, 2013).

Kematian pada korban tenggelam pada umumnya karena ketidakmampuan petugas kesehatan untuk menangani penderita pada fase gawat darurat (*golden period*). Hal tersebut bisa disebabkan oleh tingkat kegawatdaruratan, kurang memadainya peralatan, belum adanya sistem yang terpadu dan pengetahuan penanggulangan kegawatdaruratan yang masih kurang. Pertolongan yang tepat

dalam menangani kasus kegawatdaruratan adalah Bantuan Hidup Dasar (BHD) (Dahlan, *et al*, 2014). BHD dapat diajarkan kepada siapa saja. Setiap orang dewasa seharusnya memiliki ketrampilan BHD, bahkan anak-anak juga dapat diajarkan sesuai dengan kemampuannya. Semua masyarakat seharusnya dapat menguasai bantuan hidup dasar yang nantinya dapat berkaitan dengan pemberian pertolongan keselamatan, khususnya untuk korban tenggelam dengan cepat dengan mempertimbangkan fase gawat darurat (*golden period*) (Frame dalam Dahlan, *et al*, 2014).

Fakta yang terjadi pada masyarakat yang berada di pesisir pantai khususnya masyarakat yang berkerja sebagai nelayan saat ada korban tenggelam biasanya hanya menunggu bantuan petugas kesehatan datang tanpa memperhitungkan *golden period* (periode emas). *Golden period* pada korban yang mengalami henti napas dan henti jantung adalah kurang dari 10 menit. Artinya dalam waktu kurang dari 10 menit korban yang mengalami henti napas dan henti jantung harus segera mendapatkan pertolongan. Jika tidak, maka harapan hidup korban sangat kecil (*American Heart Association* (AHA), 2010). Korban tenggelam yang mengalami sumbatan jalan nafas, berupa air, kotoran, dan lain-lain, perlu segera diberikan bantuan hidup dasar, yaitu pernafasan buatan untuk mengembalikan fungsi pernafasan pada korban tenggelam tersebut. Pada prinsipnya pernafasan buatan harus diberikan segera mungkin, sebelum jantung berhenti berdenyut dan sebelum jaringan otak rusak akibat kurangnya suplai oksigen ke otak (Prawedana dan Suarjaya, 2013).

Bantuan Hidup Dasar merupakan tindakan untuk mempertahankan jalan nafas dan membantu sirkulasi tanpa menggunakan alat selain alat bantu nafas sederhana. Perpaduan nafas bantuan dan kompresi dada disebut resusitasi jantung paru. Sebelum melakukan RJP, penolong haruslah menilai hal-hal yang dapat membahayakan korban dan penolong itu sendiri (Purwoko, 2007:19). Penilaian kesadaran korban dilakukan dengan cara menggoyang-goyangkan tubuh korban dan memanggil korban. Pengaktifan sistem kegawatdaruratan sangatlah penting untuk dilakukan, terutama bagi penolong yang masih awam dan belum terlatih, hal ini bertujuan agar resusitasi jantung paru yang dilakukan sebelum mendapat pertolongan medis lebih efektif. Hal ini dapat dilakukan dengan menghubungi pelayanan kesehatan gawat darurat (Colquhoun dalam Prawedana dan Suarjaya, 2013).

Resusitasi Jantung Paru (RJP) adalah perawatan yang diberikan jika fungsi-fungsi vital dari pernafasan dan denyut jantung berhenti. Kardio mengacu pada jantung, dan pulmoner mengacu pada paru-paru. Jika jantung berhenti, semua fungsi tubuh termasuk pernafasan juga akan berhenti. RJP adalah sebuah teknik yang menggabungkan kompresi dada pada sternum dengan pemberian nafas buatan untuk mengembalikan fungsi jantung dan paru-paru. RJP memelihara aliran darah yang membawa oksigen ke semua organ penting, yaitu paru-paru, jantung, dan otak. Bantuan pernafasan diperlukan hanya jika pernafasan berhenti tapi sirkulasi darah atau nadi masih teraba. Ketika pernafasan berhenti, jantung akan masih berdenyut selama beberapa menit, namun tanpa adanya suplai oksigen yang adekuat, jantung juga akan berhenti (Purwoko, 2007).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di dusun Watu Ulo Desa Sumberejo Kecamatan Ambulu melalui wawancara terhadap 10 orang nelayan, didapatkan bahwa sering ditemukan pengunjung pantai ataupun nelayan yang tenggelam, korban tenggelam tersebut rata-rata mengalami kematian. Hal ini divalidasi dengan data kematian yang disebabkan tenggelam yang didapatkan dari kantor desa sebanyak 8 kasus pada tahun 2014. Jarak antara tepi pantai dengan layanan kesehatan kurang lebih sekitar empat kilometer, itupun hanya puskesmas pembantu dengan fasilitas yang terbatas. Hasil wawancara terhadap 10 orang kelompok nelayan juga didapatkan bahwa seluruhnya (100%) tidak mampu melakukan bantuan hidup dasar pada korban tenggelam. Jika ada korban tenggelam, mereka hanya menunggu petugas kesehatan datang atau segera membawa korban ke pelayanan kesehatan terdekat tanpa dilakukan pertolongan pertama terlebih dahulu. Mereka mengatakan bahwa mereka tidak tahu mengenai pertolongan pertama yang harus dilakukan. Hal ini yang menyebabkan angka harapan hidup korban sangat kecil setelah tiba di layanan kesehatan.

Wawancara dengan petugas kantor desa Sumberejo menunjukkan bahwa masyarakat di dusun Watu Ulo desa Sumberejo kecamatan Ambulu yang berusia 30-50 tahun mayoritas hanya tamatan SD, dan yang berusia 20-30 tahun mayoritas lulusan SMA. Hal ini di validasi melalui wawancara terhadap 10 orang nelayan didapatkan data bahwa 7 dari 10 orang nelayan hanyalah lulusan SD, 2 orang lulusan SMP, dan sisanya lulusan sebuah SMK. Tingkat pendidikan masyarakat yang masih rendah merupakan salah satu faktor yang menjadi masalah dalam memberikan pendidikan kepada masyarakat. Selain itu faktor latar

belakang sosial, ekonomi, dan budaya juga dapat mempengaruhi kemampuan masyarakat. Sebuah proses belajar mengajar berkaitan erat dengan berbagai faktor. Faktor-faktor ini akan mempengaruhi pemilihan metode atau pendekatan serta pemilihan materi ajar (Tim Pengembangan Ilmu Pendidikan FIP-UPI, 2007).

Kemampuan bantuan hidup dasar perlu dimiliki oleh setiap masyarakat. Masyarakat nantinya akan mampu menolong jika ada korban tenggelam dengan memiliki kemampuan bantuan hidup dasar. Akan tetapi diketahui dari studi pendahuluan di dusun Watu Ulo desa Sumberejo kecamatan Ambulu kabupaten Jember diketahui bahwa masyarakat daerah pesisir pantai khususnya, seluruhnya tidak tahu mengenai bantuan hidup dasar dan tidak mampu melakukan tindakan bantuan hidup dasar. Ketidakmampuan masyarakat dalam melakukan bantuan hidup dasar akan mempengaruhi proses pengambilan keputusan masyarakat menolong atau tidak saat ada korban tenggelam. Proses pengambilan keputusan pada masyarakat akan melalui beberapa tahap, yaitu penerimaan pengetahuan, persuasi, keputusan, implementasi, dan konfirmasi (Gruendemann dan Fernsebner 2005).

Pada korban tenggelam jika tidak segera mendapat pertolongan, korban akan mengalami beberapa tahapan sebelum akhirnya meninggal. Tahapan tersebut yaitu kepanikan atau perlawanan, kemudian diikuti dengan tenggelam dengan menahan nafas, lalu korban mulai menelan sejumlah cairan sebelum akhirnya mulai kehilangan kesadaran. Tahap ini dimulai kira-kira setelah tiga menit berada dalam air. Lima menit otak mulai mengalami kerusakan dan akhirnya korban akan meninggal (Santoso, 2010). Pelatihan pada masyarakat pesisir pantai diperlukan

guna masyarakat nantinya mampu melakukan bantuan hidup dasar pada korban tenggelam. Faktanya dari hasil studi pendahuluan melalui wawancara dengan 10 kelompok nelayan, seluruhnya mengaku belum pernah mendapatkan pelatihan mengenai bantuan hidup dasar.

Salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan tentang bantuan hidup dasar adalah dengan pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah upaya yang dilakukan untuk menjelaskan apa yang diketahui petugas kesehatan ke dalam perilaku yang diinginkan dari perorangan ataupun masyarakat melalui proses pendidikan (Susilo Rakhmat dalam Dahlan, Kumaat, dan Onibala, 2014). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan, penciuman, rasa, dan raba. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmojo, 2010).

Dalam pembelajaran orang dewasa banyak metode yang dapat diterapkan untuk mencapai keberhasilan pembelajaran. Apapun metode yang digunakan seharusnya mempertimbangkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi proses belajar dan nantinya diharapkan peserta didik dapat memiliki pengalaman dari hasil belajar tersebut. Proses pembelajaran yang digunakan harus mampu mendorong orang dewasa mampu membangun dan mengisi pengalaman baru dengan berpedoman pada masa lalu yang pernah dialami, serta mampu memberi wawasan baru bagi masing-masing individu untuk dapat memanfaatkan hal yang sudah diketahui. Proses pembelajaran juga bisa digunakan untuk meningkatkan

pengetahuan baru, pengalaman baru, dan ketrampilan baru sehingga mendorong masing-masing individu dewasa untuk mendapatkan pengetahuan dan ketrampilan yang diinginkan dan dibutuhkan secara maksimal (Nursalam dan Efendi, 2008).

Menurut Meier (2002), model pembelajaran tradisional cenderung menekan kreatifitas peserta didik, seperti belajar menghafal, meniru, guru sebagai pusat kekuasaan, peserta didik sebagai individu yang pasif, tanpa perhatian pada perasaan dan pada ikatan sosial di lingkungan, tanpa mengajarkan pada peserta didik cara berkreasi, berpikir, serta memecahkan masalah. Dalam kegiatan belajar agar lebih cepat, menarik, dan lebih efektif seharusnya menggunakan model pembelajaran yang dapat memanfaatkan pikiran dan seluruh anggota tubuh dalam belajar.

Model pembelajaran konvensional lebih cenderung menjadikan seseorang tidak aktif secara fisik dalam jangka waktu yang lama, hal ini mengakibatkan penurunan kemampuan berpikir. Gerakan fisik secara berkala akan menyegarkan tubuh, meningkatkan peredaran darah ke otak, dan dapat berpengaruh positif pada belajar. Maka dari itu, menghalangi gerakan tubuh berarti menghalangi otak berpikir dan berfungsi secara maksimal, sebaliknya melibatkan anggota tubuh dalam belajar akan lebih mengembangkan proses berpikir seseorang dalam belajar (Meier, 2002).

Pembelajaran tidak secara otomatis meningkat dengan menyuruh orang untuk berdiri dan bergerak kesana kemari, akan tetapi dengan menggabungkan gerakan fisik dengan aktivitas intelektual dan penggunaan semua indra dapat berpengaruh besar pada proses pembelajaran. Pendekatan belajar yang dapat

memfasilitasi hal tersebut adalah pendekatan *Somati, Auditory, Visual, and Intellectual* (SAVI). Unsur-unsur yang terkandung dalam SAVI adalah: somatis yaitu belajar dengan bergerak dan bertindak, auditori belajar dengan berbicara dan mendengar, visual yaitu belajar dengan mengamati dan menggambarkan, dan intelektual yaitu belajar dengan mengidentifikasi dan memecahkan masalah. Dengan kata lain pendekatan SAVI ini melibatkan semua indra dan semua anggota tubuh. Model pembelajaran ini mengharuskan peserta didik aktif dalam berpikir dan bergerak (Meier, 2002).

Pendekatan SAVI ini diterapkan dengan menggunakan model pembelajaran kooperatif tipe *Student Team's Achievement Division* (STAD). Pendekatan SAVI menuntut peserta didik untuk bekerja secara mandiri tanpa adanya hubungan sosial, sedangkan model pembelajaran STAD memiliki kelebihan untuk lebih mengutamakan kerjasama dan saling membantu dalam satu tim yang terdiri dari beberapa peserta didik yang berkemampuan tinggi hingga berkemampuan rendah. Dengan demikian diharapkan akan terjadi kerjasama dalam tugas kelompok dan mampu mengembangkan sikap saling menghargai antar sesama anggota kelompok (Wijayanti *et al*, 2013).

Dari hasil penelitian Wijayanti *et al* (2013) didapatkan bahwa pendekatan SAVI dengan model pembelajaran STAD dapat meningkatkan hasil belajar dan kreatifitas peserta didik. Penerapan model pembelajaran STAD berbasis pendekatan SAVI diharapkan dapat membantu peserta didik yaitu masyarakat sekitar pesisir pantai dalam meningkatkan ketrampilan bantuan hidup dasar pada korban tenggelam. Hal ini dapat terjadi karena semua alat indra peserta didik

digunakan secara maksimal. Melalui proses ini peserta didik mampu menemukan konsep secara mandiri yang tentunya akan lebih mudah dipahami dan diingat lebih lama oleh peserta didik. Diharapkan nantinya hasil belajar yang diperoleh akan meningkatkan aspek produk (kognitif), aspek proses (psikomotor), dan sikap ilmiah (afektif) peserta didik akan lebih efektif.



1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, peneliti merumuskan masalah penelitian adalah “Bagaimana pengaruh model pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI terhadap kemampuan bantuan hidup dasar pada nelayan di kabupaten Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh model pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI terhadap kemampuan melakukan bantuan hidup dasar pada kelompok nelayan di kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. mengidentifikasi karakteristik umum kelompok nelayan di kecamatan Ambulu;
- b. mengidentifikasi kemampuan kelompok nelayan di kecamatan Ambulu dalam memberikan bantuan hidup dasar pada korban tenggelam sebelum diberikan pelatihan menggunakan model pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI;
- c. mengidentifikasi kemampuan kelompok nelayan di kecamatan Ambulu dalam memberikan bantuan hidup dasar pada korban tenggelam setelah diberikan pelatihan menggunakan model pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI;

- d. menganalisis perbedaan kemampuan melakukan bantuan hidup dasar pada kelompok nelayan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan model pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI terhadap kemampuan kelompok nelayan di kecamatan Ambulu dalam memberikan bantuan dasar hidup pada korban tenggelam.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi peneliti

Manfaat yang bisa diperoleh bagi peneliti adalah menambah pengetahuan terkait upaya peningkatan pengetahuan dan ketrampilan masyarakat dalam memberikan bantuan hidup dasar pada korban tenggelam melalui pelatihan mengenai bantuan hidup dasar dengan model belajar *student team's achievement division* dengan pendekatan *somatic, auditory, visualization, and intellectual*.

1.4.2 Manfaat bagi Instansi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah bahan kepustakaan serta mengembangkan pengetahuan mahasiswa dalam menuntun praktik keperawatan khususnya mengenai upaya peningkatan pengetahuan dan ketrampilan masyarakat dalam memberikan bantuan hidup dasar pada korban tenggelam dengan diberikan pendidikan dan pelatihan mengenai bantuan hidup dasar.

1.4.3 Manfaat bagi Instansi Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi yang teruji dalam menuntun petugas kesehatan dalam memberikan pelatihan mengenai bantuan

hidup dasar kepada masyarakat agar nantinya dapat membantu petugas kesehatan memberikan pertolongan pertama pada korban tenggelam.

1.4.4 Manfaat bagi masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan bisa memberikan pengetahuan, ketrampilan atau informasi kepada masyarakat mengenai bantuan hidup dasar pada korban tenggelam sehingga diharapkan masyarakat mampu memberikan pertolongan pertama pada korban tenggelam.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian yang mirip dengan penelitian saat ini adalah penelitian yang berjudul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) terhadap Tingkat Pengetahuan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Wori Kecamatan Wori Kabupaten Minahasa Utara” yang dilakukan oleh Suharty dkk tahun 2014. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *one group pre test-post test design* dengan membandingkan pengetahuan tentang BHD sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan. Sampel berjumlah 50 orang yang diambil dengan menggunakan metode *purposive sampling*. Teknik pengambilan data melalui kuesioner. Hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank test* pada responden yaitu terdapat perbedaan yang signifikan pengetahuan petugas kesehatan setelah diberikan pendidikan kesehatan mengenai BHD dengan nilai $p\text{-value} = 0,000$ ($\alpha < 0,05$).

Penelitian saat ini berjudul “Model Pembelajaran STAD dengan Pendekatan SAVI dalam Pelatihan Bantuan Hidup Dasar pada Kelompok Nelayan

di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember”. Perbedaan penelitian saat ini dengan penelitian sebelumnya adalah terletak pada variabel penelitian. Penelitian saat ini menggunakan model belajar STAD dengan pendekatan SAVI. Perbedaan lainnya terletak pada tempat penelitian, responden, dan metode pengambilan sampel. Penelitian sebelumnya bertempat di puskesmas Wori kecamatan Wori Minahasa Utara. Responden penelitian sebelumnya adalah petugas kesehatan dengan pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling*. Penelitian sekarang bertempat di dusun Watu Ulo desa Sumberejo kecamatan Ambulu. Responden penelitian sekarang adalah kelompok nelayan dengan pengambilan sampel menggunakan metode *simple random sampling*.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

NO	Perbedaan	Penelitian Terdahulu	Penelitian Sekarang
1	Judul	Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) terhadap Tingkat Pengetahuan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Wori Kecamatan Wori Kabupaten Minahasa Utara	Model Pembelajaran STAD dengan Pendekatan SAVI dalam Pelatihan Bantuan Hidup Dasar pada Kelompok Nelayan di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember
2	Tempat Penelitian	Puskesmas Wori Kecamatan Wori Kabupaten Minahasa Utara	Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember
3	Peneliti	Suharty dkk	Agil Bagus Triprastyo
4	Jumlah Sampel dan teknik pengambilan sampel	50 orang dan <i>purposive sampling</i>	15 orang dan <i>simple random sampling</i>
5	Uji statistik	<i>Wilcoxon Signed Rank test</i>	Uji <i>t-dependent</i>

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Tenggelam

2.1.1 Definisi Tenggelam

Menurut American Heart Association (2005) tenggelam merupakan proses yang mengakibatkan gangguan pernafasan akibat dari terendam pada media cair. Tersirat dari definisi diatas bahwa air masuk ke dalam saluran nafas korban dan mengakibatkan korban tidak bisa bernafas. Korban mungkin akan hidup atau mati setelah proses ini. Korban dapat diselamatkan tanpa memerlukan intervensi atau dengan tindakan resusitasi yang tepat. Tenggelam sendiri merupakan sumber cedera dan sering kali menyebabkan kematian. Akibat dari tenggelam di media cair, dapat terjadi mati lemas dan asfiksia, dengan atau tanpa terjadi aspirasi paru. Cedera pansistemik irreversibel terjadi sangat cepat, dan sering mengakibatkan kematian (Berhman *et al*, 1999:329).

2.1.2 Klasifikasi Tenggelam

Beberapa klasifikasi tenggelam menurut Arovah (2009) adalah sebagai berikut :

1. *Wet Drowning* adalah kematian tenggelam akibat terlalu banyaknya air yang terinhalasi. Pada kasus *wet drowning* ada tiga penyebab kematian yang terjadi, yaitu akibat asfiksia, fibrilasi ventrikel pada kasus tenggelam di air tawar, dan edema paru pada kasus tenggelam di air asin.
2. *Dry Drowning* adalah suatu kematian tenggelam dimana air yang terinhalasi sedikit. Penyebab kematian pada kasus ini sendiri dikarenakan terjadinya

spasme laring yang menimbulkan asfiksia dan terjadinya refleks vagal, *cardiac arrest*, atau kolaps sirkulasi.

- a. *Immersion Syndrom* adalah suatu keadaan dimana korban tiba-tiba meninggal setelah tenggelam dalam air dingin akibat refleks vagal. Pada umumnya alkohol dan makan terlalu banyak merupakan faktor pencetus pada kejadian ini. air dingin yang menyebabkan terpicunya reflex vagal yang menyebabkan apnea, bradikardia, dan vasokonstriksi dari pembuluh darah kapiler dan menyebabkan terhentinya aliran darah koroner dan sirkulasi serebral.
- b. *Submersion of the Unconscious* sering terjadi pada korban yang menderita epilepsi atau penyakit jantung khususnya coronary atheroma, hipertensi atau peminum yang mengalami trauma kepala saat masuk ke air.

2.1.3 Patofisiologi Tenggelam

Secara umum mekanisme tenggelam dapat digolongkan menjadi dua, yaitu dengan aspirasi cairan (*wet drowning*) dan tanpa aspirasi cairan (*dry drowning*). Mekanisme kematian dengan aspirasi cairan adalah asfiksia, sedangkan mekanisme kematian tanpa aspirasi cairan adalah spasme laring atau refleks vagal (Santoso, 2010).

Proses tenggelam dimulai saat jalan nafas terbenam di bawah permukaan cairan, korban secara sadar menahan nafasnya, kemudian diikuti dengan periode laringospasme involunter yang disebabkan adanya cairan di orofaring atau laring. Pada periode ini korban tidak mampu untuk bernafas, sehingga kadar oksigen

menurun dan karbondioksida tidak dapat dibuang keluar. Korban kemudian mengalami hiperkapnia, hipoksemia, dan asidosis. Proses tenggelam melibatkan gangguan hipoksia primer. Korban tenggelam yang tidak bernafas atau kehilangan kesadaran mengalami resiko menderita gangguan hipoksia tambahan saat diangkat dari air. Bahkan jika ventilasi spontan berhasil dilakukan kembali, hipoksia bisa tetap ada karena *shunting* intrapulmoner yang disebabkan oleh aspirasi cairan atau benda asing, dan kerusakan organ semakin bertambah bahkan setelah mendapatkan perawatan di rumah sakit (Modell, *et al* dalam Santoso 2010). Korban dapat pulih kembali setelah mendapatkan resusitasi dengan atau tanpa terapi tambahan untuk menangani hipoksia, hiperkarbia, dan asidosis serta mengembalikan fungsi organ. Jika korban tidak segera diberikan ventilasi, atau tidak segera bernafas secara spontan, akan terjadi henti jantung yang akan menyebabkan kegagalan multi organ dan kematian yang semua hal tersebut disebabkan oleh hipoksia jaringan (Santoso, 2010).

Mekanisme *dry drowning* disebabkan oleh laringospasme yaitu tertutupnya glotis oleh otot-otot laring yang tidak disadari dan merupakan mekanisme pertahanan tubuh untuk mencegah cairan atau benda asing masuk ke saluran nafas yang lebih rendah, yaitu paru-paru. Spasme laring ini bersifat sementara, namun sekitar 10-20% korban tenggelam ditemukan spasme laring yang menetap hingga menutup jalan nafas korban sampai menjelang kematian. Ketika korban terendam dalam air, sejumlah kecil air akan teraspirasi ke dalam laring dan menyebabkan terpicunya reflek laring segera menutup jalan nafas. Sebagian kecil cairan yang teraspirasi akan mengiritasi dinding bronkus yang

akan menyebabkan mukosa bronkus mensekresi sekret sebagai langkah proteksi. Kadar karbondioksida tinggi dan korban mengalami hipoksia, hal ini akan memicu korban untuk mengambil nafas. Diafragma akan turun dan otot-otot pernafasn mengembang mengakibatkan meningkatnya volume paru dan menurunnya tekanan dalam paru. Spasme laring mengakibatkan udara tidak dapat masuk untuk menyeimbangkan tekanan dalam paru sehingga menyebabkan rusaknya surfaktan dan alveoli. Spasme laring segera akan berelaksasi segera sebelum kematian. Namun pada jalan nafas masih terjadi sumbatan berupa gumpalan sekret (Santoso, 2010)

Menurut Santoso (2010), terdapat lima tahapan dalam kejadian tenggelam. Proses tenggelam diawali dengan kepanikan atau perlawanan, diikuti dengan tenggelam dengan menahan nafas, kemudian korban mulai menelan sejumlah cairan sebelum akhirnya mulai kehilangan kesadaran. Tahap ini dimulai kira-kira setelah tiga menit berada dalam air. Lima menit otak mulai mengalami kerusakan. Denyut jantung mulai tidak teratur, sebelum akhirnya berhenti berdenyut.

Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit darah merupakan faktor penting penyebab kematian tenggelam. Hal ini biasanya dibedakan antara tenggelam pada air tawar dan air laut. Pada kedua media terjadi transfer cairan secara berkesinambungan dalam dua arah antara rongga alveolar dan darah. Mekanisme pertukaran ini berbeda tergantung jenis cairan yang masuk ke dalam jalan nafas, air laut atau air tawar, karena perbedaan kadar garam menyebabkan perbedaan mekanisme penyesuaian cairan dan elektrolit antara rongga alveolar dan pembuluh darah. Perpindahan cairan ini terjadi dengan cepat sehingga

perbedaan osmolaritas antara kedua kompartemen ini biasanya dikoreksi dalam hitungan detik atau pada umumnya menit (Guyton dan Hall dalam Santoso, 2010).

1. Tenggelam pada air tawar

Air tawar lebih hipotonis bila dibandingkan dengan plasma darah. Air yang teraspirasi dan ada dalam alveoli segera berpindah ke dalam sirkulasi darah. Keadaan tersebut menyebabkan ekspansi volume darah, haemodilusi, dan hemolisis. Tubuh berusaha mengkompensasi dengan melepas ion kalium dari serabut otot sehingga kadar ion kalium dalam plasma darah meningkat. Kelebihan cairan dari sirkulasi, hiponatremia, dan tidak seimbangnya natrium dan kalium bersama dengan hipoksia otot jantung secara fatal menyebabkan penurunan tekanan sistolik jantung dengan cepat diikuti dengan fibrilasi ventrikel yang menyebabkan kematian. Kematian dapat terjadi dalam waktu empat sampai lima menit (Budiyanto dalam Santoso, 2010).

2. Tenggelam pada air laut

Air laut teraspirasi ke dalam alveoli, perbedaan osmolaritas mengakibatkan penarikan air dari pembuluh darah paru menuju ruan alveolar. Hal tersebut akan menyebabkan gangguan pada pertukaran gas di alveolar, sehingga menimbulkan hipoksia dan abnormalitas thoraks yang disebabkan oleh edema paru dan atelektasis. Untuk mencegah sel semakin membengkak dan lisis, elektrolit dipompa ke dalam darah sehingga menimbulkan sedikit perubahan pada keseimbangan natrium dan kalium. Konsentrasi elektrolit yang tinggi dalam air laut mengakibatkan osmosis air secara terus menerus ke dalam jaringan paru (Guyton dan Hall dalam Santoso, 2010), sehingga terjadi edema pulmonar dan

hipovolemi. Edema pulmonar akut dapat terjadi jika terdapat peningkatan permeabilitas kapiler paru. Mekanisme pada korban tenggelam belum diketahui secara pasti, tetapi diduga karena peningkatan tekanan kapiler paru dari sistem saraf simpatis, peningkatan tekanan negatif intra-torakal, atau respon adrenergik terhadap kondisi di dalam air. Kematian dapat terjadi dalam 8 sampai 10 menit (Santoso, 2010).

Faktor utama yang menentukan efek dari kejadian tenggelam adalah durasi dan tingkat keparahan hipoksia yang ditimbulkan. Sebagian besar korban yang datang di rumah sakit dengan fungsi kardiovaskular dan neurologis yang masih baik dapat bertahan hidup dengan kecacatan minimal, sedangkan pada korban yang tiba di rumah sakit dengan fungsi kardiovaskular yang tidak stabil dan koma, akan lebih buruk oleh karena hipoksia dan iskemia sistem saraf pusat (Tintinalli, JE. *et al* dalam Prawedana dan Suarjaya, 2013).

2.1.4 Etiologi Tenggelam

Menurut Arovah (2009) terdapat banyak etiologi tenggelam antara lain adalah:

- a. Terganggunya kemampuan fisik akibat pengaruh obat-obatan;
- b. Ketidakmampuan akibat hipotermia, syok, cedera, atau kelelahan;
- c. Ketidakmampuan akibat penyakit akut ketika berenang.

2.1.5 Kegawatdaruratan Pada Korban Tenggelam

Berhman *et al* (1999) menyatakan beberapa kegawatdaruratan yang dapat terjadi pada keadaan tenggelam, yaitu:

1. Sistem pernafasan

Aspirasi paru terjadi pada sekitar 90% korban tenggelam, dan 80-90% pada korban tenggelam. Jumlah dan komposisi aspirat dapat mempengaruhi perjalanan klinis penderita. Isi lambung, organisme patogen, bahan kimia toksis dan bahan asing lain dapat menyebabkan cedera pada paru dan atau menimbulkan obstruksi jalan nafas. Sebagian kecil korban mungkin mengalami aspirasi masif, mengalami kecenderungan peningkatan pergeseran cairan atau gangguan elektrolit, namun beberapa korban hanya mengaspirasi sedikit air korban tanpa aspirasi masih dapat meninggal secara akut karena laringospasme, hipoksemia, atau aritmia jantung.

Beberapa referensi membedakan mengenai aspirasi air tawar dan air laut, akan tetapi manajemen kedua keadaan klinis tersebut tidaklah jauh berbeda. Air laut bersifat hipotonik (sekitar 3% salin normal), menimbulkan perbedaan tekanan osmotik yang menarik cairan interstitial dan intravaskular kedalam alveolus. Air laut menginaktivasi surfaktan, meningkatkan tekanan permukaan alveolus, membuat alveolus tidak stabil dan cenderung terjadi atelektasis. Aspirasi air tawar hipotonik yang mencuci habis surfaktan, juga mengakibatkan ketidakstabilan alveolus dan terjadinya kolaps. Pada kedua kasus, terjadi insufisiensi paru dan hipoksemia akibat ketidaksesuaian ventilasi-perfusi, peningkatan *shunt* intrapulmonal, penurunan elastisitas

paru, dan peningkatan tahanan jalan nafas kecil. Hipoksemia arteri berat dapat terjadi setelah aspirasi cairan sekecil 2,2ml/kg. Cedera endotel kapiler pulmonal dapat menimbulkan ARDS.

2. Hipotermia

Hipotermia dapat terjadi setelah kejadian terendam. Mekanisme kompensasi biasanya dilakukan dengan upaya mengembalikan suhu tubuh ke normotermia diatas 30-32° C. Suhu kurang dari suhu tersebut, mekanisme termoregulasi akan gagal dan penghangatan spontan akan terjadi. Hipotermia sedang (suhu inti 32-35°C) meningkatkan konsumsi oksigen akibat dari proses menggigil untuk menghasilkan panas dan akibatnya peningkatan tonus simpatis. Hipotermia berat kurang dari 32°C, proses menggigil berhenti dan laju metabolisme juga turun. Hipotermia sedang ataupun berat akan mengakibatkan bradikardi progresif, gangguan kontraktilitas miokardium dan hilangnya tonus vasomotor yang dapat menyebabkan hipotensi

3. Perubahan Cairan dan Elektrolit

Pada korban tenggelam tidak mengaspirasi sebagian besar cairan tetapi selalu menelan banyak cairan. Air yang tertelan, aspirasi paru, cairan intravena yang diberikan selama resusitasi dapat menimbulkan perubahan keadaan cairan dan elektrolit. Aspirasi air laut dapat menimbulkan perubahan elektrolit dan perubahan cairan karena tingginya kadar Na dan osmolaritasnya. Hipernatremia dan hipovolemia dapat terjadi setelah

aspirasi air laut yang banyak. Sedangkan aspirasi air tawar yang banyak dapat mengakibatkan hipervolemia dan hipernatremia.

2.2 Konsep Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada Korban Tenggelam

2.2.1 Definisi Bantuan Hidup Dasar (BHD)

Bantuan Hidup Dasar (BHD) merupakan upaya yang dilakukan untuk mempertahankan bersihan jalan nafas, memberikan pernafasan secara mulut ke mulut dan masase jantung eksternal sebagai pertolongan pertama tanpa penggunaan alat bantu. Hal-hal yang telah dijelaskan diatas merupakan bagian dari resusitasi jantung paru (Brooker, 2008). Bantuan hidup dasar menekankan empat aspek fundamental, meliputi mengenali dengan segera korban yang mengalami henti jantung, segera meminta bantuan gawat darurat, segera dilakukan resusitasi jantung paru (RJP), dan segera dilakukan defibrilasi jantung menggunakan AED (*Automatic External Defibrillator*) (Berg *et al* 2010).

2.2.2 Tahapan Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada Korban Tenggelam

Tenggelam menyebabkan hipoksia, oleh karena itu oksigenasi, ventilasi, dan sirkulasi harus dikembalikan segera mungkin. Pedoman AHA 2010 untuk resusitasi jantung paru dimulai dengan kompresi dada dengan urutan C-A-B. Namun, pada korban tenggelam tetap menggunakan pedoman yang lama yaitu penanganan jalan nafas terlebih dahulu, dengan urutan A-B-C mengingat korban tenggelam mengalami hipoksia. Korban yang hanya mengalami henti nafas

biasanya dapat segera merespon setelah diberikan bantuan nafas (Hoek *et al*, 2010).

Sebelum melakukan resusitasi jantung paru (RJP), penolong harus segera menilai segala sesuatu yang dapat membahayakan korban dan penolong itu sendiri. Setelah itu menilai kesadaran korban dengan cara mengoyang-goyangkan tubuh korban atau memanggil korban (Colqohoun MC, *et al* dalam Prawedana dan Suarjaya, 2013). Aktivasi sistem kegawat-daruratan penting untuk dilakukan, terutama bagi penolong awam yang belum terlatih dengan tujuan agar resusitasi yang akan dilakukan lebih efektif. Hal ini dilakukan dengan cara menghubungi nomor telepon gawat darurat lokal yang tersedia (Berg *et al* dalam Prawedana dan Suarjaya, 2013).

Manajemen yang dilakukan diawali dengan mempertahankan jalan nafas (A=*airway*) dengan menggunakan teknik *head tilt-chin lift*. Apabila dicurigai korban mengalami cedera servikal, maka dianjurkan menggunakan teknik *jaw thrust* (Prawedana dan Suarjaya, 2013). Pemberian nafas bantuan (B=*breathng*) dilakukan sebanyak dua kali selama masing-masing satu detik, baik dengan teknik *mouth-to-mouth* ataupun *maouth-to-nose*. Teknik *mouth-to-mouth* dilakukan dengan cara mencubit hidung korban dan melingkarkan mulut penolong di mulut korban. Sedangkan teknik *mouth-to-nose* dilakukan ketika penolong mengalami kesulitan mencubit hidung korban, atau korban berada dalam air. Kompresi dada (C=*Chest compression*) segera dilakukan setelah pemberian bantuan nafas. Tindakan ini dilakukan di area bawah tulang dada (*sternum*) sekitar 2-3 jari di atas ujung tulang dada (*processus xiphoideus*) (Prawedana dan Suarjaya, 2013).

Frekuensi kompresi yang dilakukan setidaknya 100 kali per menit dengan kedalaman 5 cm. Rasio kompresi ventilasi yang digunakan pada orang dewasa adalah 30:2 (Colquhoun MC, *et al* (2004), Berg *et al* (2010), American Heart Association (2005) dalam Prawedana dan Suarjaya, 2013).

Menurut Prawedana dan Suarjaya (2013) indikasi penghentian bantuan hidup dasar pada korban yaitu saat ditemukan tanda-tanda sebagai berikut:

1. Korban sadar atau dapat bernafas spontan;
2. Korban meninggal, atau ditemukan tanda-tanda kematian batang otak, yaitu pupil melebar, nadi karotid tidak ada, dan tubuh korban kaku;
3. Penolong mengalami kelelahan;
4. Ada penolong lain.

Posisi pemulihan (*recovery position*) digunakan pada korban yang tidak berespon tetapi pernafasan dan sirkulasi korban efektif. Posisi ini bertujuan untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas, mengurangi resiko obstruksi jalan nafas dan aspirasi. Posisi harus stabil, dan tanpa adanya penekanan pada dada (Berg *et al* 2010).

2.2.3 Hal-hal yang Perlu Diperhatikan

Menurut Hoek *et al*, (2010) beberapa hal penting yang perlu diperhatikan terkait bantuan hidup dasar pada korban tenggelam, yaitu:

1. Menyelamatkan Korban dari Air

Hal pertama yang dapat dilakukan apabila menemukan kejadian tenggelam adalah segera mungkin menyelamatkan korban dari air. Untuk menyelamatkan

korban tenggelam, penolong harus dapat mencapai korban segera mungkin (Hoek *et al*, 2010). Untuk menyelamatkan korban dapat menggunakan alat angkut seperti perahu, rakit, papan selancar, atau alat bantu apung lainnya. Setidaknya diperlukan dua orang dewasa untuk mengangkat korban dari dalam air ke perahu penyelamatan. Untuk menghindari terjadinya *post-immersion collapse*, sebaiknya korban diangkat dari dalam air dengan posisi telungkup. Selain itu, penolong juga harus memperhatikan keselamatan dirinya sendiri (Colqohoun MC, et al dalam Prawedana dan Suarjaya, 2013).

Penelitian terakhir menunjukkan bahwa stabilisasi tulang leher tidak perlu dilakukan, kecuali terdapat keadaan yang menyebabkan tenggelam menunjukkan adanya kemungkinan terjadi trauma. Keadaan ini termasuk riwayat menyelam, adanya tanda-tanda cedera atau tanda-tanda intoksikasi alkohol. Dengan tidak adanya indikasi tersebut, kemungkinan cedera tulang belakang tidak terjadi. Stabilisasi tulang leher secara manual dan alat stabilisasi mungkin dapat menghambat pembukaan jalan nafas yang adekuat, mempersulit dan mungkin dapat memperlambat penghantaran nafas bantuan (Vanden Hoek TL, et al dalam Prawedana dan Suarjaya, 2013). Korban tenggelam yang mengalami sumbatan jalan nafas, berupa air, kotoran, dan lain-lain, perlu segera diberikan bantuan hidup dasar, yaitu pernafasan buatan untuk mengembalikan fungsi pernafasan pada korban tenggelam tersebut. Pada prinsipnya pernafasan buatan harus diberikan sesegera mungkin, sebelum jantung berhenti berdenyut dan sebelum jaringan otak rusak akibat kurangnya suplai oksigen ke otak (Prawedana dan Suarjaya, 2013).

2. Bantuan Pernafasan

Pertolongan pertama yang paling penting pada korban tenggelam yaitu pemberian ventilasi langsung. Pemberian bantuan pernafasan meningkatkan kesempatan korban untuk bertahan hidup. Bantuan pernafasan biasanya dilakukan saat korban tidak berespon. Pemberian bantuan nafas mulut ke hidung dapat digunakan sebagai alternatif apabila ventilasi mulut ke mulut sulit untuk dilakukan (Hoek *et al*, 2010).

Pengelolaan jalan nafas pada korban tenggelam sama dengan yang dilakukan pada korban henti jantung. Dalam beberapa kasus korban tenggelam, tidak ditemukan adanya aspirasi cairan karena korban mengalami laringospasme (Modell & Davis (1969), dan Modell (1993) dalam Hoek *et al*, 2010) Bahkan apabila terdapat aspirasi cairan, cairan tersebut akan diserap oleh sirkulasi pusat. Upaya untuk mengeluarkan cairan dari saluran pernafasan seperti *heimlich manuver* tidak dianjurkan dan berpotensi bahaya (Modell dalam Hoek *et al*, 2010).

3. Kompresi Dada

Begitu korban tidak berespon, penolong harus segera membuka jalan nafas, memeriksa pernafasan, dan jika tidak ada pernafasan, berikan dua kali bantuan nafas. Setelah pemberian dua kali bantuan nafas efektif, periksa nadi, apabila nadi tidak terasa, penolong harus segera memberikan kompresi dada dan bantuan pernafasan (Hoek *et al*, 2010).

4. Muntah Selama Resusitasi

Korban dimungkinkan muntah ketika penolong melakukan kompresi dada atau bantuan pernafasan. Jika terjadi muntah miringkan kepala korban kesamping dan hapus muntahan korban menggunakan jari, atau kain (Hoek *et al*, 2010).

2.3 Konsep Model Belajar *Student Teams Achievement Division* (STAD)

2.3.1 Definisi Model Pembelajaran *Student Teams Achievement Division* (STAD)

Menurut Slavin (2008) model *Student Teams Achievement Division* (STAD) merupakan salah satu model pembelajaran kooperatif yang paling sederhana. Model ini terdiri dari lima komponen utama, yaitu: presentasi kelas, tim, kuis, skor kemajuan individual, dan rekognisi tim. Pembelajaran kooperatif tipe STAD merupakan salah satu model pembelajaran dengan menggunakan kelompok-kelompok kecil secara heterogen (Trianto, 2007).

2.3.2 Sintakmatik Model Pembelajaran *Student Teams Achievement Division* (STAD)

Menurut Ibrahim (dalam Trianto, 2007), terdapat enam langkah utama atau tahapan dalam pembelajaran dengan menggunakan model STAD, yaitu:

Tabel 2.1 Tahapan model STAD

Fase	Kegiatan Guru
1. Menyampaikan tujuan dan memotivasi siswa	Menyampaikan tujuan pembelajaran dari materi yang dipelajari dan memotivasi peserta didik dalam belajar
2. Menyampaikan informasi	Menyampaikan informasi kepada siswa dengan demonstrasi atau dengan bahan

	bacaan
3. Mengorganisasi siswa ke dalam kelompok-kelompok belajar	Menjelaskan kepada peserta didik dalam membentuk kelompok belajar dan membantu setiap kelompok untuk melakukan transisi dengan efisien
4. Membimbing kelompok belajar	Membimbing peserta didik saat mengerjakan tugas kasus yang diberikan
5. Evaluasi	Mengevaluasi hasil diskusi kelompok tentang materi/kasus yang telah diberikan setelah masing-masing kelompok mempresentasikan hasil diskusi kelompok
6. Memberikan penghargaan	Memberikan penghargaan pada individu ataupun kelompok atas hasil diskusi yang telah dilakukan

(Sumber: Ibrahim dalam Trianto, 2010)

2.3.3 Keunggulan dan Kelemahan Pembelajaran *Student Teams Achievement Division* (STAD)

Menurut Anas, (2014) adapun keunggulan dan kelemahan model pembelajaran *Student Teams Achievement Division* (STAD) adalah sebagai berikut:

1. Keunggulan Model Pembelajaran *Student Teams Achievement Division* (STAD)
 - a. Peserta didik bekerjasama dalam mencapai tujuan dengan menjunjung norma-norma kelompok;
 - b. Peserta didik aktif membantu dan memotivasi semangat untuk berhasil bersama;

- c. Aktif sebagai tutor sebaya untuk lebih meningkatkan keberhasilan kelompok;
 - d. Interaksi peserta didik seiring dengan peningkatan kemampuan dalam berpendapat;
 - e. Meningkatkan kepekaan dan kesetiakawanan sosial;
 - f. Memudahkan peserta didik melakukan penyesuaian;
 - g. Menghilangkan sifat mementingkan diri sendiri dan egois;
 - h. Meningkatkan rasa saling percaya kepada sesama.
2. Adapun kelemahan model pembelajaran *Student Teams Achievement Division* (STAD), yaitu:
- a. Kekhawatiran akan terjadi keributan dan peserta didik tidak mampu belajar dengan optimal jika peserta didik diterapkan dalam satu kelompok;
 - b. Banyak kalangan berkesan negatif mengenai kegiatan kelompok
 - c. Sebagian peserta didik tidak senang apabila bekerjasama dengan orang lain;
 - d. Peserta didik yang tekun merasa harus bekerja melebihi peserta didik yang lain dalam kelompok, sedangkan peserta didik yang kurang mampu akan merasa kurang percaya diri apabila satu kelompok dengan peserta didik yang lebih pandai;
 - e. Membutuhkan waktu lebih lama;
 - f. Menuntut kemampuan khusus pengajar, sehingga tidak semua pengajar mampu dalam menerapkan model pembelajaran ini.

2.4 Konsep Pendekatan *Somatic, Auditory, Visualization, and Intellectually (SAVI)*

2.4.1 Definisi Pendekatan *Somatic, Auditory, Visualization, and Intellectually (SAVI)*

Pembelajaran *Somatic, Auditory, Visual, and Intellectual (SAVI)* pertama kali diperkenalkan oleh Dave Meier (2002). Pembelajaran SAVI adalah pembelajaran yang menggabungkan gerakan fisik dengan aktivitas intelektual dan penggunaan semua alat indera yang dimiliki oleh peserta didik. Istilah SAVI sendiri merupakan kependekan dari *somatic, auditory, visual, and intellectual*. Istilah *somatic* berarti gerakan tubuh, dimana belajar dengan mengalami dan melakukan, *auditory* bermakna bahwa dalam belajar haruslah dengan mendengarkan, menyimak, berbicara, presentasi, argumentasi, mengemukakan pendapat, dan menanggapi, *visual* bermakna bahwa dalam belajar diperlukan indera penglihat atau mata melalui mengamati, menggambar, mendemonstrasikan, membaca, menggunakan media dan alat peraga, dan *intellectual* berarti dalam belajar diperlukan konsentrasi pikiran dan berlatih menggunakannya melalui mengidentifikasi, memecahkan masalah, dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari (Meier, 2002).

Pendekatan SAVI memacu peserta didik untuk dapat berperan aktif dalam proses belajar mengajar sehingga dengan menggunakan pendekatan SAVI diharapkan nantinya dapat meningkatkan hasil belajar dan ketrampilan. Kreativitas dalam pembelajaran akan optimal jika aktivitas belajar menggunakan intelektual dan semua alat indera digabungkan dalam suatu kegiatan pembelajaran.

2.4.2 Karakteristik Pendekatan SAVI

Menurut Meier (2002: 92-100) karakteristik pendekatan SAVI sesuai dengan singkatan itu sendiri yaitu somatik, auditori, visual dan intelektual dengan uraian sebagai berikut:

1. Belajar Somatik

Somatik berasal dari kata Yunani yang berarti tubuh. Jadi belajar somatik adalah belajar menggunakan keterlibatan fisik terutama indra peraba, selama pembelajaran berlangsung. Dalam belajar somatik peserta didik dapat melakukan sesuatu secara fisik dari waktu yang membuat seluruh tubuh terlibat, memperbaiki sirkulasi ke otak, dan meningkatkan pembelajaran. Jadi belajar somatik adalah belajar dengan bergerak dan bertindak.

2. Belajar Auditori

Belajar auditori merupakan belajar dengan berbicara dan mendengarkan. Pikiran auditori lebih kuat dari pada yang kita sadari. Kita membuat suara sendiri dengan berbicara, maka beberapa area penting pada otak menjadi lebih aktif. Dalam menciptakan suasana pembelajaran yang menarik bagi area auditori yang kuat dalam diri peserta didik, diperlukan suatu metode untuk merangsang mendiskusikan topik yang sedang dipelajari.

3. Belajar Visual

Belajar visual merupakan belajar dengan mengamati dan menggambarkan apa yang telah dipelajari. Visual sendiri mencakup melihat, menciptakan, dan mengintegrasikan segala sesuatu yang telah dipelajari.

Dibandingkan alat indra lain, otak lebih banyak memiliki perangkat yang digunakan memproses informasi. Dalam belajar visual peserta didik belajar dengan melihat fakta, diagram, dan gambaran dari berbagai macam hal yang dipelajari.

4. Belajar Intelektual

Intelektual adalah bagian dari mengidentifikasi, mencipta, memecahkan masalah, dan membangun makna hal yang telah dipelajari. Kata intelektual menunjukkan apa yang dilakukan peserta didik dalam pikiran mereka secara internal, ketika peserta didik menggunakan intelektual untuk mengidentifikasi suatu pengalaman dan menciptakan hubungan, makna, rencana, dan nilai dari pengalaman tersebut.

Jadi belajar intelektual yaitu belajar dengan mengidentifikasi dan memecahkan masalah.

Belajar dapat optimal jika keempat karakteristik SAVI ada dalam suatu kegiatan pembelajaran. Seseorang akan dapat belajar sedikit dengan mengamati (V), tetapi mereka dapat belajar jauh lebih banyak jika mereka dapat melakukan sesuatu (S), membicarakan apa yang sedang mereka pelajari (A), dan memikirkan cara menerapkan informasi dalam presentasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari (I) (Meier, 2002).

2.4.3 Langkah – Langkah Pendekatan SAVI

Pembelajaran SAVI berjalan dengan optimal dan sesuai dengan tujuan yang diharapkan jika empat tahapan berikut ini dilaksanakan dengan baik (Meier, 2002). Empat tahapan tersebut adalah tahap persiapan (kegiatan pendahuluan), tahap penyampaian (kegiatan inti), tahap pelatihan (kegiatan inti), dan tahap penampilan hasil (kegiatan penutup). Berikut ini uraian keempat tahapan tersebut:

1. Tahap persiapan (kegiatan pendahuluan)

Pada tahap ini pengajar membangkitkan minat peserta didik, memberikan perasaan positif mengenai pengalaman belajar yang akan dipelajari, dan menempatkan peserta didik dalam keadaan yang optimal untuk belajar. Minat sangat besar pengaruhnya terhadap belajar, karena apabila materi yang akan diajarkan tidak sesuai dengan minat peserta didik, maka peserta didik tidak akan belajar dengan optimal, karena tidak ada daya tarik bagi terhadap materi yang akan diajarkan. Materi pelajaran yang menarik minat peserta didik akan lebih mudah dipelajari dan mudah diingat. Tujuan dari mempersiapkan pembelajaran adalah sebagai berikut :

- a. Mengajak peserta didik keluar dari kondisi mental yang pasif.
- b. Meminimalisir rintangan dalam belajar.
- c. Merangsang minat dan rasa ingin tahu dari peserta didik.
- d. Memberi peserta didik perasaan positif dan hubungan yang bermakna dengan topik pelajaran.
- e. Menciptakan peserta didik yang berperan aktif dalam berfikir, belajar, mencipta, dan tumbuh.

f. Mengajak orang keluar dari keterasingan dan masuk kedalam kelompok belajar.

2. Tahap penyampaian (kegiatan inti)

Pada tahap ini pengajar hendaknya membantu siswa menemukan materi belajar yang baru dengan cara yang menarik, menyenangkan, relevan, melibatkan panca indera, dan cocok untuk semua gaya belajar. Pendekatan belajar yang mungkin bisa dilakukan adalah dengan belajar berdasarkan atau melalui pengalaman dan menggunakan berbagai model atau media, bekerja di laboratorium atau bermain sambil belajar.

3. Tahap pelatihan (kegiatan inti)

Pada tahap ini pengajar membantu peserta didik mengintegrasikan dan menyerap pengetahuan dan keterampilan baru dengan berbagai cara. Hal-hal yang dapat dilakukan pengajar meliputi :

- a. Aktivitas pelatihan peserta didik,
- b. Usaha aktif atau umpan balik atau renungan atau usaha kembali,
- c. Simulasi dunia nyata,
- d. Permainan dalam belajar,
- e. Pelatihan aksi pembelajaran,
- f. Aktivitas pemecahan masalah,
- g. Refleksi dan artikulasi individu,
- h. Dialog berpasangan atau berkelompok,
- i. Pengajaran dan tinjauan kolaboratif,
- j. Aktivitas praktis membangun keterampilan.

4. Tahap penampilan (kegiatan penutup)

Pada tahap ini pengajar hendaknya membantu peserta didik menerapkan dan memperluas pengetahuan atau keterampilan baru mereka pada kehidupan sehari-hari sehingga hasil belajar akan melekat dalam ingatan dan penampilan hasil akan terus meningkat. Tujuan tahap penampilan hasil adalah memastikan bahwa pembelajaran tahap melekat dan berhasil diterapkan.

Berdasarkan uraian di atas, pada dasarnya pembelajaran dengan pendekatan pembelajaran SAVI sebagai berikut :

- a. Peserta didik akan dibagi menjadi beberapa kelompok, misalnya 4-5 anggota pada setiap kelompok (S),
- b. Peserta didik membaca materi pelajaran yang akan dipelajari (A),
- c. Peserta didik/setiap kelompok mengamati media gambar yang diberikan oleh pengajar dan mendiskusikannya dalam kelompok (V),
- d. Setiap kelompok mendemonstrasikan hasil diskusi kelompoknya di depan peserta didik yang lain sesuai dengan materi yang telah dipelajari (I).

Berdasarkan penjelasan langkah-langkah pembelajaran SAVI diatas, maka tabel 2.2 berikut ini menguraikan tentang bagaimana langkah-langkah pembelajaran dengan pendekatan pembelajaran SAVI sebagai berikut :

No.	Tahapan SAVI	Komponen SAVI	Aktivitas Pengajar	Aktivitas Peserta Didik
1.	Persiapan	Auditori	Membuka kegiatan, menjelaskan rencana pembelajaran dan tujuan pembelajaran dengan jelas.	Peserta didik dengan seksama mendengarkan penjelasan pengajar sehingga mengetahui manfaat dari materi yang dipelajari.

2.	Penyampaian	Somatis dan Visual	<ul style="list-style-type: none"> a. Membagi peserta didik dalam kelompok dan membagi kasus b. Menjelaskan materi secara singkat c. Membimbing peserta didik 	<ul style="list-style-type: none"> a. Menempati kelompok yang telah ditentukan dan menerima kasus b. Mendengarkan penjelasan pengajar c. Mencatat dan memperhatikan
3.	Pelatihan	<p>Intelektual</p> <p>Somatis dan Visual</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Meminta peserta didik mendiskusikan kasus dan memberi kesempatan peserta didik bertanya jika belum paham b. Memberi kesempatan peserta didik bebas bergerak dan menggunakan alat peraga selama mendiskusikan kasus yang diberikan c. Mengawasi jalannya diskusi dan membimbing peserta didik jika mengalami kesulitan 	<ul style="list-style-type: none"> a. Berdiskusi dengan kelompoknya selama mengerjakan kasus dan bertanya apabila belum paham b. Menggunakan alat peraga selama mendiskusikan kasus yang diberikan c. Berdiskusi dengan kelompoknya dan bertanya jika mengalami kesulitan
4.	Penampilan hasil	<p>Somatis dan Intelektual</p> <p>Intelektual</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Meminta kelompok mempresentasikan hasil diskusinya b. Meminta kelompok lainnya untuk memperhatikan, mengomentari dan bertanya hasil diskusi 	<ul style="list-style-type: none"> a. Mempresentasikan hasil diskusi b. Memperhatikan, menanggapi dan mengajukan pertanyaan tentang hasil diskusi kelompok yang presentasi.

(Meier, 2002)

2.4.4 Kelebihan dan Kekurangan Pendekatan Pembelajaran SAVI

Menurut teori dan hasil penelitian Meier (2002), ada beberapa kelebihan dari pembelajaran SAVI sebagai berikut :

1. Membangkitkan kecerdasan terpadu peserta didik secara penuh melalui penggabungan gerak fisik dengan aktivitas intelektual.
2. Memunculkan suasana belajar yang lebih baik, menarik dan efektif.
3. Mampu membangkitkan kreatifitas dan meningkatkan kemampuan psikomotor peserta didik.
4. Memaksimalkan ketajaman konsentrasi peserta didik melalui pembelajaran secara visual, auditori dan intelektual.

Pendekatan SAVI juga memiliki kekurangan, yaitu:

1. Pendekatan ini sangat menuntut adanya pengajar yang sempurna sehingga dapat memadukan keempat komponen dalam SAVI secara utuh.
2. Penerapan pendekatan ini membutuhkan kelengkapan sarana dan prasarana pembelajaran yang menyeluruh dan disesuaikan dengan kebutuhan, sehingga memerlukan biaya yang sangat besar. Terutama untuk pengadaan media pembelajaran yang canggih dan menarik.

Pengajar harus bisa mengatasi kedua kekurangan tersebut dengan memadukan keempat komponen SAVI serta menguasai materi dengan baik. Keempat komponen SAVI harus benar-benar lebih dulu dipahami, agar dalam tindakannya di kelas dapat terealisasi dengan baik dan sesuai dengan materi yang diajarkan. Penerapan pembelajaran SAVI ini diperlukan sarana dan prasarana yang sesuai dengan kebutuhan saat mengajar, meskipun dalam

memenuhi kebutuhan tersebut pengajar tidak harus mengeluarkan banyak biaya. Hal ini bisa dilakukan dengan menggunakan benda-benda yang ada di sekitar, yang sesuai dan dapat digunakan saat mengajar (Meier, 2002).

2.5 Konsep Model Belajar STAD dengan Pendekatan SAVI

Menurut Slavin (2008) model Student Teams Achievement Division (STAD) merupakan salah satu model pembelajaran kooperatif yang paling sederhana. Model ini terdiri dari lima komponen utama, yaitu: presentasi kelas, tim, kuis, skor kemajuan individual, dan rekognisi tim. Pembelajaran kooperatif tipe STAD merupakan salah satu model pembelajaran dengan menggunakan kelompok-kelompok kecil secara heterogen (Trianto, 2007).

Pembelajaran SAVI adalah pembelajaran yang menggabungkan gerakan fisik dengan aktivitas intelektual dan penggunaan semua alat indera yang dimiliki oleh peserta didik. Istilah SAVI sendiri merupakan kependekan dari *Somatic, Auditory, Visual, and Intellectual*. Istilah *somatic* sendiri berarti gerakan tubuh, belajar dengan mengalami dan melakukan, *auditory* bermakna bahwa dalam belajar haruslah dengan mendengarkan, menyimak, berbicara,- presentasi, argumentasi, mengemukakan pendapat, dan menanggapi, Sementara itu *visual* bermakna bahwa dalam belajar diperlukan indera penglihat atau mata melalui mengamati, menggambar, mendemonstrasikan, membaca, menggunakan media dan alat peraga, dan yang terakhir *intellectual* berarti dalam belajar diperlukan konsentrasi pikiran dan berlatih menggunakannya melalui mengidentifikasi,

memecahkan masalah, dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari (Meier,2002).

Pendekatan SAVI menuntut peserta didik untuk bekerja secara mandiri tanpa adanya hubungan sosial, sedangkan model pembelajaran STAD memiliki kelebihan untuk lebih mengutamakan kerjasama dan saling membantu dalam satu tim yang nantinya terdiri dari beberapa peserta didik yang berkemampuan tinggi hingga berkemampuan rendah. Dengan demikian nantinya diharapkan akan terjadi kerjasama dalam tugas kelompok dan mampu mengembangkan sikap saling menghargai antar sesama anggota kelompok. Penerapan model pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI diharapkan dapat membantu peserta didik dalam meningkatkan ketrampilan dalam ranah kognitif, afektif, maupun psikomotor dalam memberikan bantuan hidup dasar pada korban tenggelam. Hal ini dapat terjadi karena semua alat indra peserta didik digunakan secara maksimal. Melalui proses ini peserta didik mampu menemukan konsep secara mandiri yang tentunya akan lebih mudah dipahami dan diingat lebih lama oleh peserta didik. Diharapkan nantinya hasil belajar yang diperoleh akan meningkatkan aspek produk (kognitif), begitu pula dengan aspek proses (psikomotor), dan sikap ilmiah (afektif) peserta didik akan lebih efektif (Wijayanti *et al*, 2013).

2.6 Hasil Belajar Peserta Didik

Hasil belajar merupakan hasil dari suatu interaksi tindak belajar dan tindak mengajar (Dimiyati dan Mudjiono, 2009). Hasil belajar adalah kemampuan dan ketrampilan yang dimiliki peserta didik setelah ia menerima pengalaman belajar.

Gagne (1974) membagi 5 kategori hasil belajar yaitu:

- a. Informasi verbal yaitu kemampuan mengungkapkan pengetahuan dalam bentuk bahasa, baik lisan maupun tertulis.
- b. Keterampilan intelektual yaitu kemampuan menginterpretasikan konsep dan simbol. Kemampuan intelektual terdiri dari kemampuan mengkategorisasi, analitis-sintesis fakta-konsep dan mengembangkan prinsip-prinsip keilmuan.
- c. Strategi kognitif yaitu kemampuan menyalurkan dan mengarahkan aktivitas kognitifnya sendiri. Kemampuan ini meliputi penggunaan konsep dan kaidah dalam memecahkan masalah.
- d. Keterampilan motorik yaitu kemampuan melakukan serangkaian gerak jasmani dalam urusan dan koordinasi, sehingga terwujud otomatisasi gerak gerak jasmani.
- e. Sikap adalah kemampuan menerima atau menolak objek berdasarkan penilaian terhadap objek tersebut.

Menurut Sudjana (1990), bahwa dalam sistem pendidikan nasional rumusan tujuan pendidikan, baik tujuan kurikuler maupun tujuan instruksional, menggunakan klasifikasi hasil belajar dari Benyamin Bloom yang secara garis besar membagi hasil belajar menjadi 3 ranah, yaitu ranah kognitif, afektif dan psikomotor.

- a. Ranah kognitif berhubungan dengan hasil belajar intelektual yang terdiri dari 6 aspek yakni pengetahuan/ingatan, pemahaman, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi.
- b. Ranah afektif berhubungan dengan sikap yang terdiri dari 5 aspek yakni penerimaan, jawaban/reaksi, penilaian, organisasi, dan internalisasi.
- c. Ranah psikomotor berhubungan dengan hasil belajar keterampilan dan kemampuan bertindak. Ada 6 aspek ranah psikomotor yakni (a) gerakan refleks, (b) keterampilan gerakan dasar, (c) kemampuan perseptual, (d) keharmonisan/ketepatan (e) gerakan keterampilan kompleks (f) serta gerakan ekspresif dan interaktif.

Berdasarkan pendapat-pendapat diatas, dapat disimpulkan bahwa hasil belajar adalah perubahan perilaku berupa keterampilan, pengetahuan, sikap, dan nilai yang mencakup kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor. Dalam proses belajar sendiri dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Faktor-faktor tersebut, yaitu:

1. Faktor internal merupakan faktor yang datang dari diri sendiri, seperti keadaan ataupun kondisi tubuh, pemikiran, minat, bakat, motif, dan lain-lain. Pemikiran yang matang mampu meningkatkan hasil belajar. Menurut Papalia *et al* (2008) ketidakdewasaan pemikiran remaja dikarenakan remaja merupakan perkembangan karakter egosentris dengan rentang ketertarikan tidak lebih dari puting susu ibunya menjadi sosok seseorang yang mampu memecahkan masalah abstrak dan membayangkan masyarakat yang ideal. Walaupun demikian, dalam beberapa hal pemikiran remaja masih terlihat kurang matang.

Remaja masih mengalami kesulitan untuk menyusun pikiran tentang apa yang dapat digunakan dalam kehidupan sehari-hari. Papalia *et al* (2008) melihat perkembangan pemikiran kognitif dalam konteks sosial dan membaginya dalam tujuh tahap. Tujuh tahapan ini berkaitan dengan tujuan yang muncul dalam berbagai tahap usia. Tujuan ini bergeser dari penguasaan informasi dan ketrampilan kepada integrasi praktis pengetahuan dan ketrampilan untuk mencari makna dan tujuan. Berikut ini adalah ketujuh tahapan tersebut:

- a. Tahap Pencarian, pada tahap ini merupakan dimana anak dan remaja belajar informasi dan ketrampilan yang bertujuan untuk kepentingan diri mereka sendiri atau sebagai persiapan untuk berpartisipasi dalam masyarakat.
- b. Tahap Pencapaian, tahap ini merupakan tahap dimana pemuda atau dewasa awal menggunakan pengetahuan untuk mencapai kompetensi dan independensi.
- c. Tahap Pertanggungjawaban, pada tahap ini orang-orang paruh baya memberikan perhatian pada target jangka panjang dan masalah yang berkaitan dengan tanggung jawab mereka terhadap orang lain.
- d. Tahap Eksekutif, tahap dimana orang-orang paruh baya bertanggung jawab terhadap sistem sosial.
- e. Tahap Reorganisasional, tahap dimana orang dewasa mulai memasuki masa pensiun dan menata kehidupan mereka bukan dengan aktivitas kerja.

- f. Tahap Reintegratif, merupakan tahap dimana orang dewasa yang lebih tua memfokuskan tenaga mereka yang terbatas pada kegiatan yang bermkana bagi diri sendiri.
- g. Tahap Penciptaan Warisan, merupakan tahap akhir dimana orang yang sudah tua bersiap menghadapi kematian dengan merekam kisah hidup, dan membagi harta warisan.

Penurunan kemampuan kognitif disebabkan perubahan pada otak. Setelah usia 3 tahun otak kehilangan beratnya, pertama-tama sedikit, kemudian menjadi lebih cepat sehingga pada usia 90 tahun otak kehilangan 10 persen dari beratnya. Hal ini disebabkan oleh hilangnya *neuron* pada *cerebral cortex* yang mana merupakan bagian yang melakukan sebagian besar tugas kognitif (Papalia *et al*,2008). Penurunan menyeluruh dari sistem saraf pusat dipercaya sebagai kontributor utama perubahan dalam kemampuan kognitif dan efisiensi dalam pemrosesan informasi. Kemampuan yang digunakan dalam belajar cenderung menurun pada lansia (Craik & Salthouse dalam Papalia *et al* 2008). Walaupun kehilangan kemampuan kognitif, hal tersebut tidak berdampak pada semuanya. Kemampuan tertentu seperti penalaran, kemampuan spasial, dan memori penurunannya tidak secepat penurunan kemampuan kognitif (Verhaeghen & Salthouse dalam Papalia *et al* 2008)

2. Faktor eksternal juga dapat mempengaruhi dalam proses dan hasil belajar, faktor eksternal seperti model dan metode pembelajaran yang digunakan, lingkungan, media pembelajaran, dan lain-lain.

2.7 Retensi Belajar

Gagne (1974) berpendapat bahwa retensi adalah kemampuan menyimpan dan mengingat terhadap apa yang dipelajari dengan menggunakan tes sehari atau lebih setelah berlangsungnya proses belajar mengajar. Menurut Gagne (1974) pemberian keragaman contoh dapat mempertajam ingatan siswa, karena memungkinkan peserta didik memperoleh isyarat-isyarat internal tambahan yang dapat dipergunakan untuk menggali ingatan. Untuk mengetahui retensi hasil belajar peserta didik dengan menggunakan model pembelajaran STAD dan pendekatan SAVI, tes dilakukan dua kali yaitu *pre-test* dan *post-test*. Jarak antara waktu *pre-test* dan *post-test* tidak terlalu jauh yaitu dilakukan dalam waktu kurang lebih satu minggu karena hasil pengukuran banyak dipengaruhi oleh ingatan siswa.

2.8 Konsep Teori Perubahan Perilaku

Perilaku merupakan bentuk respons atau reaksi terhadap rangsangan dari luar organisme, tetapi dalam memberikan respons sangat bergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa meskipun diberikan stimulus yang sama tetapi setiap orang akan memberikan respons yang berbeda (Maulana, 2009). Individu melakukan suatu perilaku berdasarkan pengalaman, persepsi, pemahaman, penafsiran, objek stimulus atau situasi tertentu. Perilaku ini merupakan tindakan sosial yang rasional, yaitu mencapai tujuan dengan menggunakan saran yang paling tepat (Noorkasiani dkk, 2009).

Menurut Maulana (2009) faktor-faktor yang memberikan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut dengan determinan perilaku. Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal merupakan faktor karakteristik dari orang yang bersangkutan yang bersifat bawaan, seperti ras, sifat fisik, sifat kepribadian, bakat, tingkat kecerdasan, dan jenis kelamin. Faktor eksternal meliputi lingkungan fisik, sosial budaya ekonomi dan politik.

Perilaku pada dasarnya dibentuk dan dikembangkan oleh tiga cabang ilmu, yaitu psikologi, sosiologi, dan antropologi. Perilaku terbentuk oleh dua faktor, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Dari beberapa penelitian, faktor eksternal sosial dan budaya memiliki peran paling besar dalam pembentukan perilaku. Faktor sosial yang mempengaruhi meliputi faktor sosial, pranata-pranata sosial, dan permasalahan sosial yang lain. Ilmu yang mempelajari faktor sosial adalah sosiologi. Faktor budaya yang mempengaruhi perilaku termasuk nilai-nilai, adat-istiadat, kepercayaan, kebiasaan masyarakat, dan tradisi. Faktor internal yang mempengaruhi perilaku adalah perhatian, motivasi, persepsi, intelegensi, fantasi, dan sugesti yang tercakup dalam psikologi (Maulana, 2009). Sebagian besar perilaku manusia berupa perilaku yang dibentuk atau dipelajari dengan menciptakan *operant conditioning*, melalui penggunaan penguat berupa hadiah atau *reward* (Maulana, 2009).

Mempelajari motivasi sangatlah penting dilakukan, karena motivasi merupakan kekuatan pendorong untuk menggerakkan diri untuk berperilaku. Dalam konteks ini, motivasi adalah dorongan untuk memenuhi kebutuhan agar

tercapai keseimbangan (Maulana, 2009). Motivasi merupakan suatu kondisi yang mendorong atau menjadi sebab seseorang melakukan kegiatan/tindakan yang berlangsung secara sadar (Nawawi dalam Sanusi, 2012).

Motivasi dapat timbul dari dalam diri individu atau datang dari lingkungan. Motivasi terbaik datang dari dalam diri sendiri. Untuk meningkatkan motivasi berperilaku, dapat menggunakan empat cara (Sunaryo dalam Maulana, 2009), antara lain sebagai berikut:

1. Memberikan *reward* berbentuk hadiah, pujian, piagam, penghargaan, promosi pendidikan, dan jabatan.
2. Kompetisi atau persaingan yang ketat
3. Menjelaskan tujuan atau menciptakan tujuan antara (*pacemaking*).
4. Memberi informasi mengenai keberhasilan kegiatan yang telah dilakukan untuk mendorong keberhasilan lebih.

Menurut Maulana (2009) pembentukan perilaku dapat dilakukan melalui beberapa cara, antara lain:

1. Pembentukan perilaku dengan pengertian

Cara ini didasarkan pada teori kognitif, yaitu belajar dengan disertai dengan pengertian. Hal ini berarti selain dengan pembiasaan, pembentukan perilaku dapat ditempuh dengan pengertian. Contohnya, mahasiswa jangan sampai terlambat karena hal tersebut dapat mengganggu teman yang lain.

2. Penggunaan model

Cara ini didasarkan pada teori belajar sosial. Pada dasarnya pembentukan perilaku dapat ditempuh dengan menggunakan contoh atau model.

Contohnya orang tua merupakan model bagi anak-anaknya atau pengajar merupakan contoh bagi peserta didiknya. Hal ini berarti bahwa perilaku yang terbentuk dalam diri anak-anak, atau peserta didik selalu identik dengan perilaku yang ditampilkan oleh para tokoh atau model tersebut.

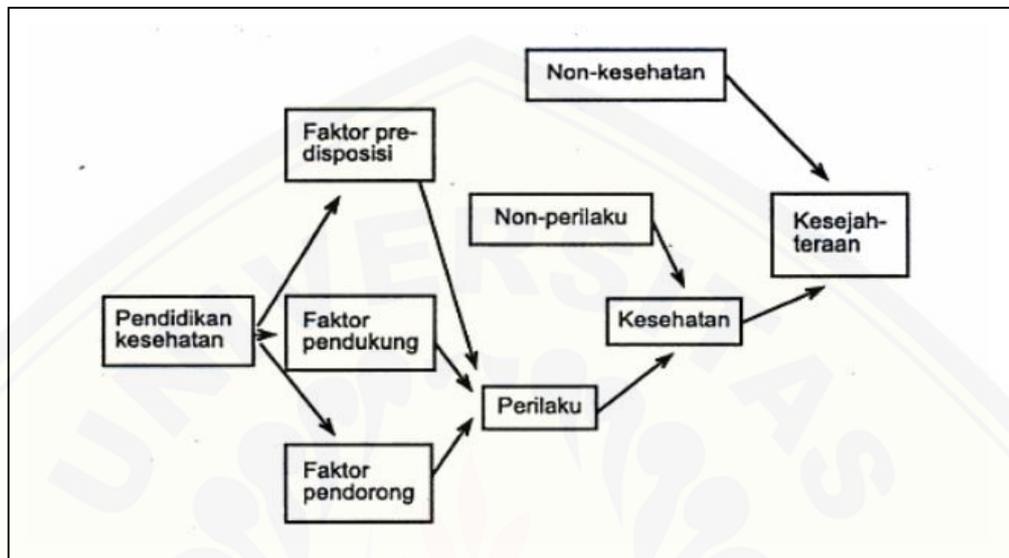
Dalam bidang kesehatan terdapat beberapa teori mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku yang sering digunakan sebagai acuan program-program kesehatan masyarakat (Maulana, 2009), antara lain:

1. Teori perubahan perilaku Lawrence Green

Dalam menganalisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku, konsep umum yang sering digunakan dalam berbagai kepentingan program dan beberapa penelitian yang dilakukan adalah teori yang dikemukakan oleh Green (Maulana, 2009). Teori yang dikembangkan oleh Lawrence Green menyatakan bahwa kesehatan individu/masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku dan faktor non-perilaku. Faktor perilaku sendiri ditentukan oleh tiga faktor, yaitu faktor predisposisi, pendukung, dan pendorong. Faktor predisposisi (*predidposing factors*) mencakup pengetahuan individu, sikap, kepercayaan, tradisi, norma sosial, dan unsur-unsur lain yang terdapat dalam diri individu dan masyarakat. Faktor pendukung (*enabling factors*) adalah tersedianya sarana pelayanan kesehatan dan kemudahan untuk mencapainya, sedangkan faktor pendorong (*reinforcing factors*) merupakan sikap dan perilaku petugas kesehatan. Green menyatakan bahwa pendidikan kesehatan memiliki peranan penting dalam mengubah dan menguatkan ketiga kelompok faktor agar searah dengan tujuan

kegiatan sehingga menimbulkan perilaku positif dari masyarakat terhadap program kesehatan (Noorkasiani, dkk, 2009).

Gambar 2.1 Derajat Kesehatan dan Faktor yang Mempengaruhi



(Sumber Noorkasiani, 2009)

2. Teori Fungsi Snehendu B. Kar

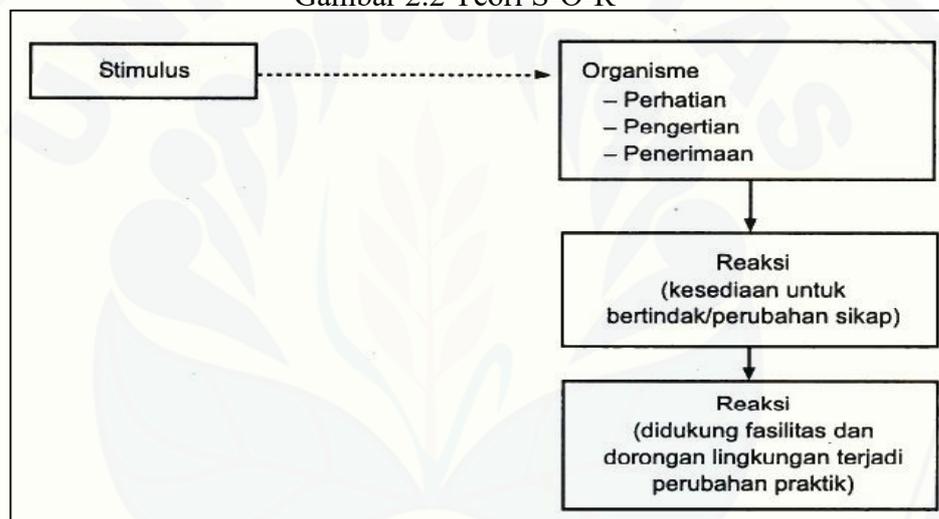
Teori ini berdasarkan anggapan bahwa perubahan perilaku individu terjadi karena adanya kebutuhan. Hal ini berarti bahwa stimulus yang dapat mengakibatkan perubahan perilaku seseorang apabila stimulus tersebut dapat mengerti dalam konteks kebutuhan orang tersebut. Oleh sebab itu stimulus atau obyek perilaku harus sesuai dengan kebutuhan orang (subyek).

- Perilaku merupakan fungsi instrumental (memenuhi kebutuhan subyek).
- Perilaku merupakan pertahanan diri dalam menghadapi lingkungan.
- Perilaku sebagai penerima obyek dan memberikan arti (respons terhadap gejala sosial).
- Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang dalam menjawab situasi.

3. Teori stimulus organisme (S-O-R)

Perubahan perilaku bergantung pada kualitas rangsang yang berkomunikasi dengan organisme. Keberhasilan perubahan perilaku yang terjadi sangat ditentukan kualitas sumber, misalnya gaya bicara, kredibilitas, dan kemimpinan. Perilaku dapat berubah apabila stimulus yang diberikan melebihi stimulus semula atau dapat meyakinkan organisme, sehingga peran faktor pendorong menjadi sangat penting untuk meyakinkan organisme.

Gambar 2.2 Teori S-O-R



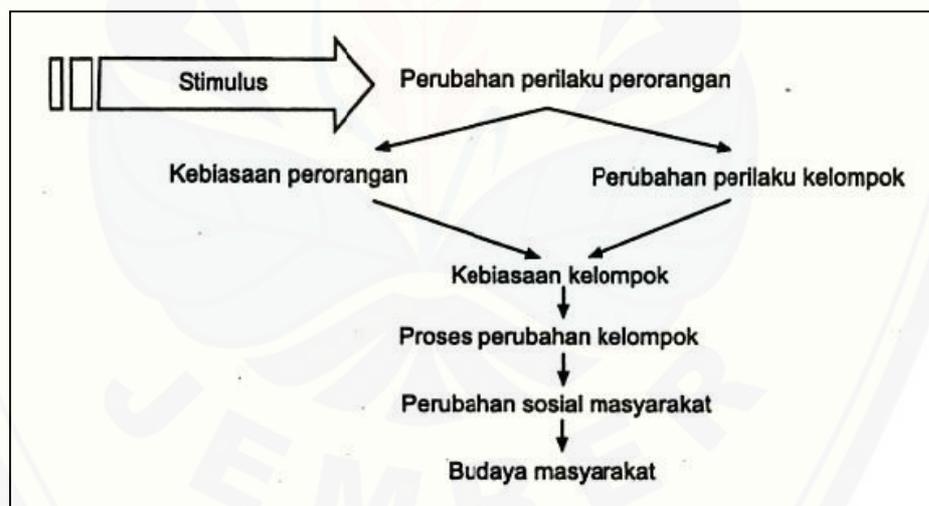
(Sumber Maulana, 2009)

4. Teori *Cognitive dissonance* Festinger

Perilaku seseorang pada saat tertentu karena adanya keseimbangan antara sebab atau alasan dan akibat atau keputusan yang diambil (*consonance*). Apabila terjadi stimulus dari luar yang lebih kuat, maka dalam diri orang tersebut akan terjadi ketidak seimbangan (*dissonance*). Jika stilmulus tersebut direspons positif (menerima dan melakukannya) maka berarti terjadi perilaku baru (hasil perubahan), dan akhirnya kembali terjadi keseimbangan lagi (*consonance*).

Proses perubahan perilaku dapat terjadi dalam jangka waktu pendek atau dalam jangka waktu panjang, bergantung pada faktor-faktor yang mempengaruhinya. Hal yang terpenting untuk dikemukakan adalah bahwa tujuan akhir proses perubahan perilaku adalah perilaku yang berhasil dirubah dalam masyarakat dapat terwujud menjadi budaya, yaitu budaya positif. Budaya positif dapat dilakukan melalui pembiasaan perilaku dalam kehidupan sehari-hari, dan perilaku positif dianggap suatu kebutuhan yang harus dipenuhi dan terpuaskan. Maka dari itu diperlukan sebuah wadah agar kebiasaan dan kebutuhan yang bersifat individual menjadi kebiasaan kelompok, dan pada akhirnya menjadi budaya masyarakat (Maulana, 2009).

Gambar 2.3 Proses Perubahan perilaku



(Sumber: Maulana, 2009)

2.9 Konsep Teori Difusi Inovasi

Teori difusi inovasi menyediakan suatu proses untuk penyebaran dan penerapan inovasi. Teori ini dipandang sebagai teori tingkat komunitas. Teori komunitas dirancang untuk membantu membuat suatu keputusan yang

mempengaruhi populasi besar seperti komunitas dan institusi. Hal ini dapat mencakup pengembangan kebijakan yang mempengaruhi perilaku kesehatan atau pembuatan keputusan dalam pembelian produk atau bahan. Difusi berarti penggabungan, pendistribusian, atau penyebarluasan. Inovasi berarti sesuatu yang baru atau berbeda. Jadi difusi inovasi berarti penggabungan ide-ide, produk, atau program yang inovatif (Bensley, 2008). Difusi inovasi merupakan teori sosial yang menjelaskan bagaimana dan mengapa ide atau gagasan baru meresap melalui budaya. Gagasan, pemikiran, dan budaya tersebar melalui proses adopsi dari satu individu ke individu lain melalui tingkah laku. Adopsi dari ide, pemikiran, dan budaya pada suatu kelompok memerlukan suatu mufakat bersama untuk menentukan ide tersebut diterima ataupun ditolak (Hamid *et al*, 2006).

Menurut Gruendemann dan Fernsebner (2005) proses pengambilan keputusan inovasi dipengaruhi oleh beberapa variabel, yaitu:

1. Tahap Munculnya Pengetahuan (*Knowledge*) ketika seorang individu (atau unit pengambil keputusan lainnya) diarahkan untuk memahami eksistensi dan keuntungan/manfaat dan bagaimana suatu inovasi berfungsi;
2. Tahap Persuasi (*Persuasion*) ketika seorang individu (atau unit pengambil keputusan lainnya) membentuk sikap baik atau tidak baik;
3. Tahap Keputusan (*Decisions*) muncul ketika seorang individu atau unit pengambil keputusan lainnya terlibat dalam aktivitas yang mengarah pada pemilihan adopsi atau penolakan sebuah inovasi;
4. Tahap Implementasi (*Implementation*), ketika seorang individu atau unit pengambil keputusan lainnya menetapkan penggunaan suatu inovasi;

5. Tahap Konfirmasi (*Confirmation*), ketika seorang individu atau unit pengambil keputusan lainnya mencari penguatan terhadap keputusan penerimaan atau penolakan inovasi yang sudah dibuat sebelumnya.

Menurut Bensley (2008) teori difusi inovasi menetapkan kriteria-kriteria dalam memilih suatu inovasi, antara lain:

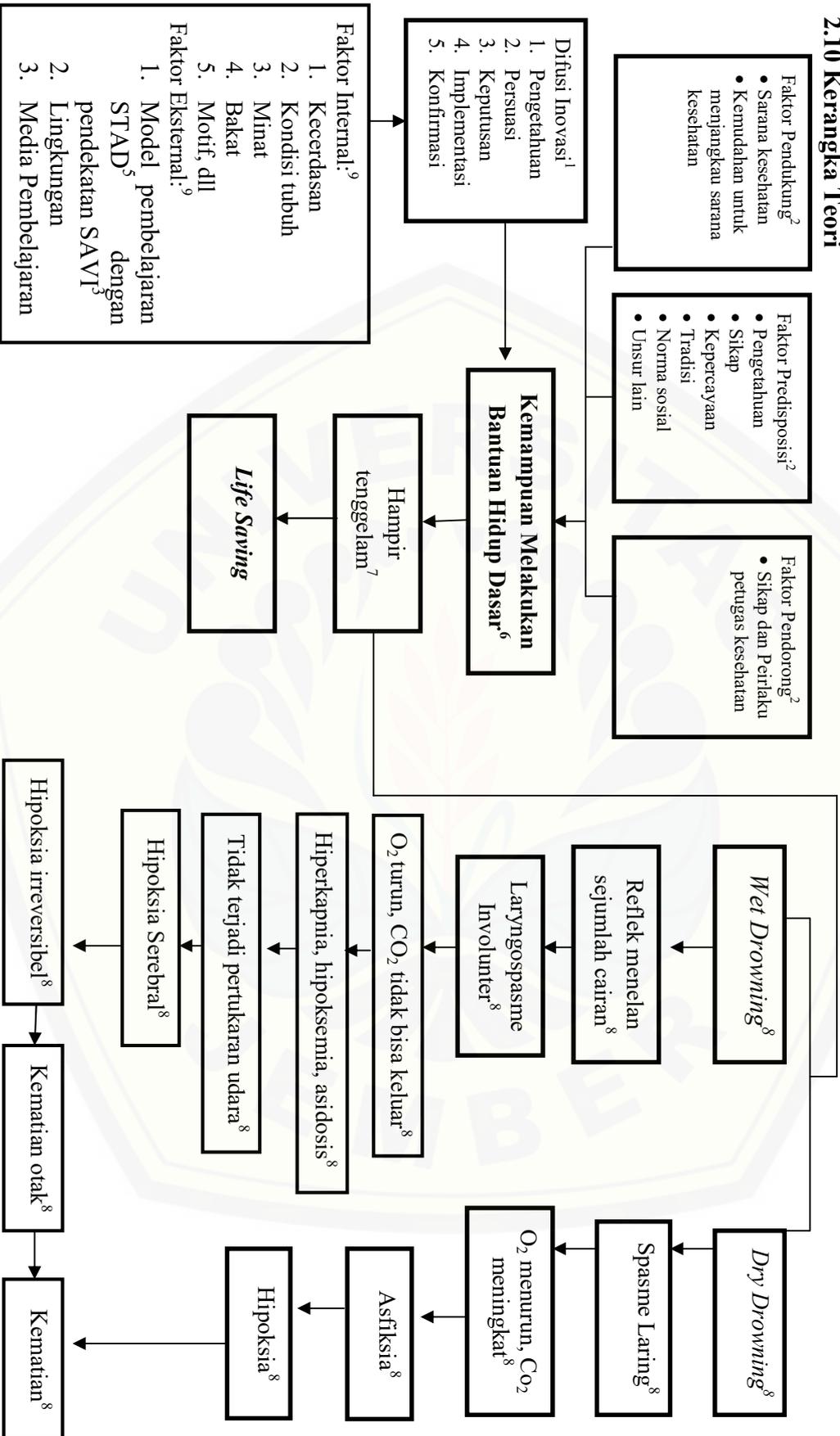
1. Keuntungan relatif. Derajat saat suatu inovasi tampak lebih baik daripada gagasan, praktik, program, maupun produk yang digantikannya.
2. Kompabilitas atau kesesuaian. Seberapa konsisten inovasi tersebut terhadap nilai-nilai, kebiasaan, pengalaman, dan kebutuhan pemakai potensialnya.
3. Kompleksitas yaitu seberapa sulit inovasi tersebut untuk dipahami atau digunakan.
4. Daya kelola adalah sejauh mana inovasi tersebut dapat diujicobakan sebelum kesepakatan untuk menggunakannya dicapai.
5. Daya observasi yaitu sejauh mana inovasi tersebut memberikan hasil yang nyata atau jelas.

Teori difusi inovasi juga menjelaskan kesiapan seseorang untuk menerima suatu inovasi begitu mereka tertarik padanya. Menurut Bensen (2008) individu-individu yang menerima inovasi tersebut adalah adopter dan dapat ditandai dengan karakteristik sebagai berikut:

1. Inovator merupakan orang pertama yang menggunakan
2. Adopter pemula adalah seseorang yang tertarik, tetapi tidak ingin menjadi orang pertama yang menggunakan.
3. Adopter mayoritas pemula merupakan penerima inovasi begitu orang lain yang mereka segani menerimanya.
4. Adopter mayoritas telat merupakan mereka yang skeptis dan telat menggunakan.
5. Adopter telat adalah orang yang terakhir terlibat, jika memang terlibat.

Pemahaman terhadap kesiapan adopter merupakan kunci untuk memilih metode terbaik guna memotivasi individu agar mau menerima gagasan, produk, atau program yang baru. Standar profesional yang menghargai hak-hak individu harus dipertimbangkan ketika menerapkan teori dalam praktik. Pendidik memiliki kekuasaan untuk mempengaruhi sehingga dapat menyebabkan perubahan yang berarti dalam kehidupan manusia. Pemberitahuan dan motivasi masyarakat untuk mengubah perilaku mereka dapat menjadi upaya yang berisiko kecuali dilakukan dengan cara yang etis (Bensen, 2008).

2.10 Kerangka Teori

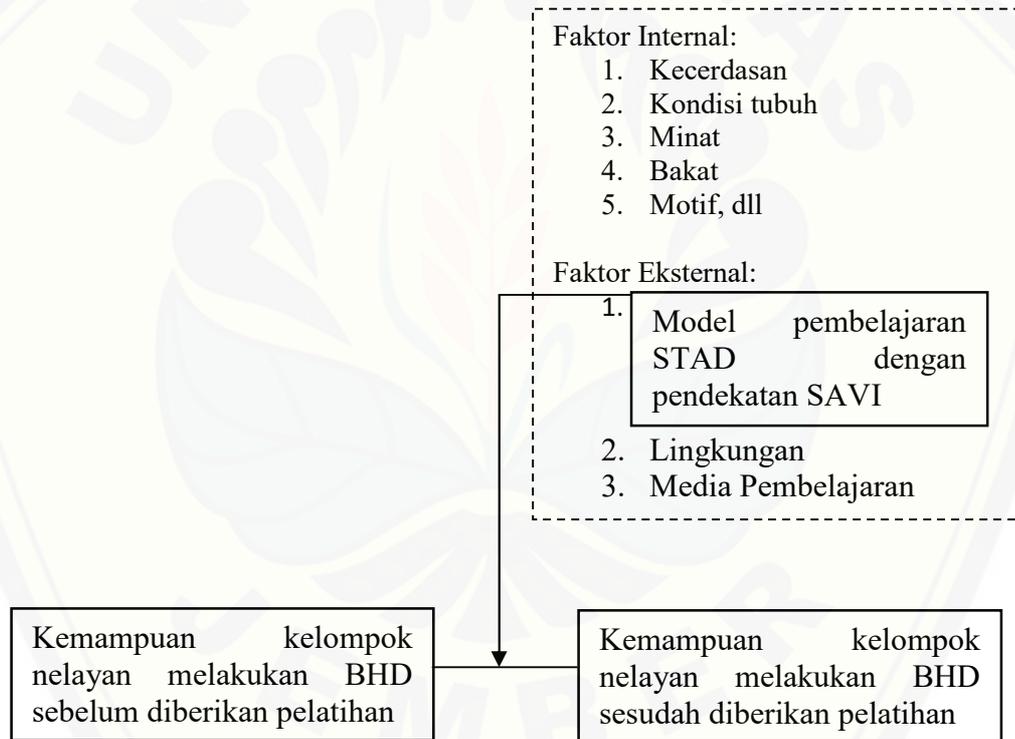


Gambar 2.5 Kerangka Teori (diadopsi dari Gruendemann dan Fernsebner (2005)¹, Noorkasiani, dkk, (2009)², Meier (2002)³, Arovah (2009)⁴, Slaviv (2008)⁵, Weller (2005)⁶, Schwartz (2004)⁷, Santoso (2010)⁸, Papalia *et al* (2008)⁹)

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian pada penelitian yang berjudul “Pengaruh model pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI terhadap kemampuan melakukan bantuan hidup dasar pada nelayan di kecamatan Ambulu kabupaten Jember” dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

———— = diteliti

----- = tidak diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini yaitu hipotesis alternatif terdapat pengaruh model pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI terhadap kemampuan nelayan dalam memberikan pertolongan pertama pada korban hampir tenggelam di dusun Watu Ulo desa Sumberejo kecamatan Ambulu. Hipotesa penelitian diangkat berdasarkan dugaan sementara peneliti dengan nilai alfa (α)= 0,05. Hipotesis alternatif diterima jika nilai $p < 0,05$

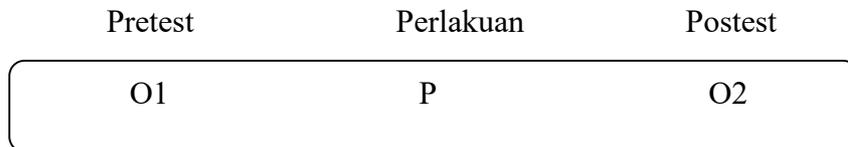
BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *pre-eksperiment* dengan desain *one group pretest and posttest*, sebelum diberikan intervensi, responden dilakukan *pretest* untuk mendapatkan data pembandingan yang nantinya dibandingkan dengan data yang didapatkan setelah dilakukan intervensi, yaitu dengan *posttest*. Data *pretest* dan *posttest* ini dibandingkan untuk mengetahui hasil intervensi.

Tujuan peneliti memilih desain penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pelatihan bantuan hidup dasar menggunakan model pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI terhadap kemampuan kelompok nelayan memberikan pertolongan pertama pada korban hampir tenggelam. Data *pretest* didapatkan melalui kuesioner yang dibagikan sebelum dilakukan intervensi. Data *posttest* didapatkan dari hasil penilaian kuesioner setelah dilakukan intervensi oleh peneliti. Hasil dari *pretest* dan *posttest* dibandingkan sehingga diketahui pengaruh pelatihan menggunakan model pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI terhadap kemampuan nelayan dalam memberikan pertolongan pertama pada korban tenggelam.

Rancangan penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut.



Gambar 4.1 Rancangan *one group pretest and posttest* (Notoatmodjo, 2010)

Keterangan:

P : intervensi Pendekatan SAVI dengan Model STAD;

O1 : *pretest* (kemampuan BHD nelayan sebelum intervensi)

O2 : *posttest* (kemampuan BHD nelayan sesudah intervensi).

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek yang akan dilakukan penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Sastroasmoro dan Ismael (2011) membagi populasi menjadi dua jenis yaitu populasi target (*target population*) dan populasi terjangkau (*accessible population*). Populasi target pada penelitian ini adalah semua masyarakat yang ada di sekitar pesisir pantai. Populasi terjangkau pada penelitian ini yaitu anggota kelompok nelayan Karang Indah pantai Payangan dusun Watu Ulo Desa Sumberejo Kecamatan Ambulu yang berjumlah 84 orang.

4.2.2 Sampel penelitian

Sampel merupakan bagian dari populasi yang dipilih peneliti dengan menggunakan cara tertentu sehingga dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro

dan Ismael, 2011). Menurut Sugiono (2007) penelitian eksperimen dapat menggunakan 10-20 sampel. Pada penelitian ini digunakan 15 orang sebagai sampel. Sampel dalam penelitian ini adalah anggota kelompok nelayan Karang Indah pantai Payangan dusun Watu ulo desa Sumberejo yang sesuai dengan kriteria inklusi.

4.2.3 Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah dengan *probability sampling*. Jenis *probability sampling* yang digunakan adalah *simple random sampling*. Jenis *simple random sampling* memungkinkan populasi masyarakat dapat mewakili penelitian pengaruh pelatihan menggunakan model pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI terhadap kemampuan kelompok nelayan dalam memberikan pertolongan pertama pada korban tenggelam sebagai sampel penelitian dengan syarat memenuhi kriteria yang ditentukan oleh peneliti.

Simple random sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan melakukan pengundian pada anggota kelompok nelayan yang sesuai dengan kriteria. Hasil pendataan ulang jumlah anggota kelompok nelayan yang ada di dusun Watu Ulo desa Sumberejo kecamatan ambulu sebanyak 84 orang, akan tetapi 5 orang dari jumlah tersebut tidak termasuk dalam kriteria dikarenakan bertempat tinggal diluar dusun Watu Ulo, sedangkan 21 orang dari jumlah tersebut tidak tamat sekolah dasar sehingga didapatkan orang sejumlah 58 orang yang memnuhi kriteria inklusi. Pengundian dilakukan untuk mendapatkan jumlah sampel yang akan digunakan untuk penelitian yaitu sebanyak 15 orang.

4.2.4 Kriteria subyek penelitian

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan bagian dari populasi terjangkau yang akan diteliti.

Sampel pada penelitian ini harus memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut.

- a. Tinggal di dusun Watu Ulo desa Sumberejo kecamatan Ambulu;
- b. Anggota kelompok nelayan Karang Indah;
- c. Usia dewasa awal (17-45 tahun);
- d. Pendidikan minimal SD;
- e. Tidak mempunyai penyakit yang mengharuskan untuk istirahat.
- f. Bersedia menjadi responden penelitian;

4.3 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di Dusun Watu Ulo Desa Sumberejo Kecamatan Ambulu-Jember.

4.4 Waktu Penelitian

Penyusunan skripsi dimulai pada Bulan Januari 2017 setelah pembuatan proposal, dilanjutkan dengan penyusunan laporan hasil penelitian. Sidang hasil dilakukan pada bulan Juni 2017, dan dilanjutkan dengan revisi sidang hasil hingga pembuatan artikel ilmiah.

4.5 Definisi Operasional

Tujuan peneliti membuat definisi operasional penelitian adalah untuk menghindari adanya makna ganda dari variable penelitian. Definisi operasional penelitian ini dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 4.2 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
1.	Variabel Bebas: Pelatihan BHD menggunakan model pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI	Pelatihan pertolongan pertama yang dilakukan jika ada korban dengan henti nafas dan jantung untuk mempertahankan jalan nafas, memberikan bantuan nafas, dan sirkulasi tanpa penggunaan alat bantu. Kegiatan dalam pelatihan peserta didik dibagi dalam beberapa kelompok. Kelompok-kelompok tersebut dibagikan kasus yang nantinya didiskusikan dan dipresentasikan. Kegiatan belajar mengajar mengharuskan peserta didik menggunakan semua alat indera atau anggota tubuhnya. Pelatihan ini dilakukan dalam waktu 1 x 210 menit yang dibagi dalam 6 sesi, yaitu 1. Penyampaian tujuan pembelajaran, 2. Penyampaian informasi/materi, 3. Pengelompokan peserta didik dalam kelompok-kelompok belajar, 4. Membimbing kelompok belajar, 5. Evaluasi, 6. Pemberian penghargaan.	<ul style="list-style-type: none"> • Persiapan • Penyampaian • Pelatihan • Penyampaian Hasil 	-	-	-

<p>2. Variabel Terikat: Kemampuan kelompok nelayan melakukan bantuan hidup dasar</p>	<p>Kemampuan nelayan dalam melakukan pertolongan pertama untuk mempertahankan jalan nafas, memberikan bantuan nafas, dan sirkulasi tanpa penggunaan alat bantu. Tahapan pemeriksaan ABC, yaitu <i>airway</i>, <i>breathing</i>, and <i>circulation</i> yang diukur 2x yaitu <i>pretest</i> dan <i>posttest</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitif • Afektif • Psikomotor 	<p>Kuesioner</p>	<p>Rasio</p>	<p>penilaian menggunakan lembar kuesioner dan lembar observasi yang digunakan untuk mengukur kognitif, afektif, dan psikomotor. Hasil skor total terendah adalah 32 dan hasil skor total tertinggi 100</p>
--	--	---	------------------	--------------	--

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber data

Jenis data berdasarkan sumbernya dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis yaitu data primer dan data sekunder.

1. Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh dari individu secara langsung melalui wawancara atau pengisian kuesioner yang dilakukan peneliti (Setyadi, 2007). Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari wawancara langsung pada responden. Data yang didapatkan yaitu identitas responden seperti usia, pendidikan terakhir, agama, suku bangsa, pendapatan per bulan, dan kemampuan melakukan BHD.

2. Data sekunder

Data sekunder penelitian ini didapatkan melalui wawancara dengan 10 responden dan didukung oleh data jumlah korban meninggal yang diperoleh dari wawancara dengan perangkat desa. Data sekunder penelitian ini yaitu pendidikan terakhir masyarakat dan jumlah korban meninggal yang disebabkan tenggelam pada tahun 2014 di dusun Watu Ulo desa Sumberejo kecamatan Ambulu.

4.6.2 Teknik pengumpulan data

Pengambilan data dilakukan untuk mengetahui sebaran data dan cara memperoleh data tersebut dari subyek penelitian, dengan cara peneliti memberikan kuesioner kepada responden yang telah ditentukan di Dusun Watu

Ulo Desa Sumpersari Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember. Penelitian ini dilakukan dengan teknik pengambilan data sebagai berikut:

1. Langkah Persiapan

- a. Sebelum penelitian dilakukan, peneliti mengurus ijin penelitian dari pihak Program Studi Ilmu Keperawatan, Lembaga Penelitian Universitas, Badan Kesatuan Bangsa dan Politik, dan Kepala Desa Sumberejo kecamatan Ambulu Jember;
- b. Menentukan responden penelitian sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan dengan menggunakan *simple random sampling*, penentuan sampel dilakukan berdasarkan data yang didapatkan dari ketua nelayan, kemudian dilakukan metode acak untuk mendapat 15 orang;
- c. Melakukan kunjungan rumah pada responden yang telah memenuhi kriteria untuk menjelaskan mekanisme penelitian;
- d. Meminta persetujuan kepada responden untuk menjadi sampel penelitian dan menandatangani lembar *informed consent* bagi responden yang bersedia;

2. Langkah Pelaksanaan

- a. Mempersiapkan lembar kuesioner yang dibagikan kepada responden sebagai *pretest*;
- b. Pengambilan data *pretest* yang dilakukan dirumah masing-masing responden. Kuesioner diberikan dan kemudian peneliti menjelaskan cara mengisi kuesioner. Kuesioner (*pretest*) yang diberikan kepada responden

berisi tentang hal-hal yang dilakukan apabila ada korban tenggelam.

Kuesioner diisi sendiri oleh responden atas pengawasan dari peneliti;

- c. Peneliti meminta kembali kuesioner yang telah dibagikan dan telah diisi oleh responden;
- d. Peneliti melakukan melakukan kontrak waktu dan tempat kepada responden untuk melakukan pelatihan BHD;
- e. Peneliti melakukan kontrak waktu dan tempat ulang dengan ketua kelompok nelayan terkait waktu penelitian, dikarenakan waktu penelitian yang telah ditetapkan sebelumnya bertepatan dengan hari besar nasional dan hari besar agama;
- f. Pelaksanaan pelatihan BHD pada korban tenggelam. Pelatihan BHD dilakukan oleh orang bersertifikat BHD. Pelatihan dilakukan satu kali dalam waktu 210 menit. Jalannya pelaksanaan pelatihan bantuan hidup dasar, yaitu:
 - 1) Pemateri pelatihan menjelaskan tujuan pelatihan dan manfaat bantuan hidup dasar bagi kehidupan sehari-hari;
 - 2) Pemateri menjelaskan materi bantuan hidup dasar yang diantaranya: pengertian bantuan hidup dasar dan langkah-langkah melakukan bantuan hidup dasar;
 - 3) Peserta pelatihan diputarkan video mengenai bantuan hidup dasar;
 - 4) Peserta pelatihan dibagi dalam tiga kelompok, masing-masing kelompok diberikan kasus seputar korban tenggelam;

- 5) Peserta pelatihan yang telah dibagi kedalam tiga kelompok diberikan kesempatan berdiskusi tentang kasus yang telah diberikan untuk menentukan penanganannya;
 - 6) Masing-masing kelompok diberikan waktu dan kesempatan untuk mempresentasikan hasil diskusi kelompok;
 - 7) Pemateri menjelaskan kekurangan dan kelebihan presentasi dari masing-masing kelompok;
 - 8) Pemateri mengumumkan kelompok yang mendapatkan nilai tertinggi dari hasil diskusi dan presentasi kelompok;
 - 9) Pemateri memberikan hadiah pada kelompok yang meraih nilai tertinggi;
 - 10) Pemateri melakukan evaluasi pelatihan mengenai manfaat pelatihan dan hal baru yang telah didapatkan;
 - 11) Pemateri menutup kegiatan pelatihan.
- g. Responden yang mengikuti pelatihan diberikan kembali kuesioner (*posttest*) untuk menilai kemampuan responden setelah diberikan pelatihan. Berdasarkan teori Gagne (1974) bahwa retensi adalah kemampuan menyimpan dan mengingat terhadap apa yang dipelajari dengan menggunakan tes sehari atau lebih setelah berlangsungnya proses belajar mengajar. Maka pengambilan data *posttest* akan dilakukan H+1 setelah pelatihan untuk mengetahui kemampuan nelayan setelah diberikan pelatihan. peneliti mendatangi rumah responden satu persatu untuk

mendapatkan nilai *pretest* dan *posttest* peneliti mendatangi rumah responden satu persatu untuk mendapatkan data *posttest*.

4.6.3 Alat pengumpulan data

Alat pengumpul data *pretest* dan *posttest* pada penelitian ini adalah lembar kuesioner dan lembar observasi. Kuesioner BHD yang digunakan peneliti merupakan kuesioner yang diadopsi dari Berg *et al* (2010) yang berisi tentang hal-hal yang berkaitan mengenai bantuan hidup dasar. Kuesioner BHD digunakan untuk mengukur kemampuan kognitif dan afektif kelompok nelayan dalam melakukan bantuan hidup dasar. Semua item-item pertanyaan dalam kuesioner mengandung pertanyaan *favourable* dan *unfavourable*. Kuesioner terdiri dari 50 item pertanyaan, dimana kuesioner ini dibagi menjadi dua domain, yaitu kognitif dan afektif. Lembar observasi yang digunakan diambil dari Wantiyah dkk., (2011). Lembar observasi ini digunakan untuk menilai kemampuan psikomotor. Distribusi kuesioner dapat dilihat dalam tabel berikut

Tabel 4.3 Distribusi Pertanyaan Kuesioner

NO	Komponen	Nomor Item yang Mewakili	
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>
1	Kognitif	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 34, 35	6, 9, 11, 13, 17, 26, 27, 28, 33
2	Afektif	1, 2, 3, 4, 5, 16	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

Setiap item pertanyaan kuesioner kognitif mengandung penilaian salah yang bernilai (1) dan benar yang bernilai (2), dan item pertanyaan afektif mengandung penilaian sangat tidak setuju yang bernilai (1), tidak setuju (2), ragu-ragu (3), setuju (4), dan sangat setuju (5). Penilaian kuesioner kognitif dengan

pertanyaan negatif mengandung penilaian salah (2) dan benar (1), dan item pertanyaan negative kuesioner afektif mengandung penilaian sangat tidak setuju yang bernilai (5), tidak setuju (4), ragu-ragu (3), setuju (2), dan sangat setuju (1). Penilaian lembar psikomotor mengandung nilai (1) tidak dilakukan sama sekali, (2) dilakukan tapi tidak sempurna (3) dilakukan dengan bantuan (pengajar, teman), (4) dilakukan mendekati sempurna, dan (5) dilakukan dengan sempurna. Penilaian lembar observasi mengandung nilai (1) tidak dilakukan sama sekali, (2) dilakukan tapi tidak sempurna, (3) dilakukan dengan bantuan (pengajar, teman), (4) dilakukan mendekati sempurna, (5) dilakukan dengan sempurna.

Penilaian ketiga domain tersebut menggunakan rumus sebagai berikut:

$$HB = \frac{(4N_1 + 3N_2 + 3N_3)}{10}$$

Keterangan:

HB = Hasil belajar peserta didik

N_1 = skor aspek kognitif

N_2 = skor aspek psikomotor

N_3 = skor aspek afektif

(Sumber: Firmaniar, 2013)

4.6.3.1 Uji Validitas

Uji validitas adalah suatu ukuran yang menentukan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen (Arikunto, 2010; 211). Menurut Ranguti (2009), uji validitas dilakukan terhadap minimal 30 orang responden yang memiliki kriteria inklusi yang sesuai dengan sampel penelitian. Uji validitas menggunakan uji *product moment pearson* program bantuan SPSS v. 16.

Kuesioner dikatakan valid jika r hitung $>$ r tabel. Uji validitas dilakukan di dusun Kabat Mantren desa Wringin Putih Kecamatan Muncar kabupaten Banyuwangi dengan $n= 30$ dengan nilai r tabel = 0,361, maka kuesioner dikatakan valid jika r hitung $>$ 0,361. Uji validitas dilakukan pada 30 responden yang berada di dusun Kabat Mantren desa Wringin Putih Kecamatan Muncar Kabupaten Banyuwangi yang mana di dapatkan hasil sebanyak 35 pernyataan komponen kognitif terdapat lima pernyataan yang tidak valid, sedangkan dari 16 pernyataan komponen afektif terdapat 6 pernyataan yang tidak valid. Pernyataan yang tidak valid tersebut oleh peneliti dihapus, karena pernyataan yang tidak valid tersebut sudah terwakili oleh pernyataan lain.

Distribusi pernyataan kuesioner setelah dilakukan uji validitas sebagai berikut:

Tabel 4.4 Distribusi Kuesioner setelah uji validitas

NO	Komponen	Sebelum	Jumlah	Setelah	Jumlah
		Validitas Nomor Item		Validitas Nomor Item	
	Kognitif	<i>Favourable</i> 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 34, 35	35	<i>Favourable</i> 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 34, 35	30
		<i>Unfavourable</i> 6, 9, 11, 13, 17, 26, 27, 28, 33		<i>Unfavourable</i> 6, 11, 13, 17, 27, 28, 33	

Afektif	<i>Favourable</i> 1, 2, 3, 4, 5, 16		<i>Favourable</i> 1, 2, 5, 16	
	<i>Unfavourable</i> 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	16	<i>Unfavourable</i> 6, 7, 8, 9, 10, 14,	10
Jumlah Total Pertanyaan		51	40	

4.6.3.2 Uji Realibilitas

Menurut Umar (2002), uji realibilitas adalah suatu nilai yang menunjukkan konsistensi suatu alat ukur di dalam mengukur gejala yang sama. Uji realibilitas menggunakan program bantuan SPSS v. 16. Dalam penelitian ini item pertanyaan pada kuesioner yang sudah valid di uji dengan rumus *Alpa Cronbach*, dasar pengambilan keputusan adalah reliabel jika nilai *alpha* > 0,6 (Bahri dan Zamzam, 2014). Hasil uji realibilitas didapatkan hasil nilai *alpha* 0,905 untuk kuesioner kognitif dan 0,748 untuk kuesioner afektif. Hal ini menunjukkan bahwa *alpha* > 0,6 yang artinya item pertanyaan kuesioner reliabel.

4.6.3.3 Uji SOP

Standar operasional prosedur (SOP) bantuan hidup dasar menggunakan SOP yang disusun oleh Wantiyah *et al* (2011). Lembar penilaian psikomotor menggunakan SOP bantuan hidup dasar yang telah digunakan pada praktikum di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 Editing

Proses *editing* dalam penelitian ini dilakukan dengan memeriksa kembali daftar pertanyaan dengan cara memeriksa kelengkapan jawaban, dan kejelasan penulisan. Kuesioner yang telah terkumpul melewati proses *editing* nama, tingkat pendidikan, dan lain-lain.

4.7.2 Coding

Coding merupakan proses memberikan kode pada data penelitian yang bertujuan untuk memudahkan peneliti dalam mengolah data.

a. Tingkat Pendidikan

1. SD = 1
2. SMP = 2
3. SMA = 3
4. Lain-lain = 4

b. Usia

1. 18-39 = 1
2. 40-65 = 2

c. Penghasilan

1. >1.000.000 = 1
2. 500.000-1.000.000 = 2
3. <500.000 = 3

4.7.3 Entry

Entry merupakan proses memasukkan data penelitian ke dalam media elektronik seperti computer. Proses *entry* data pada penelitian ini menggunakan program SPSS dengan mengukur hasil *pretest* dan *posttest* dan perbedaan hasil *pretest* dan *posttest*.

4.7.4 Cleaning

Data yang telah dimasukkan ke program SPSS diperiksa kembali seperti kelengkapan jumlah sampel penelitian dan kemungkinan adanya data yang belum dimasukkan, memeriksa data yang benar-benar dibutuhkan oleh peneliti dan menghapus data-data yang tidak dibutuhkan pada setiap variabel. Semua data yang diperoleh peneliti merupakan data yang digunakan dan diolah untuk dianalisa.

4.8 Analisis Data

4.8.1 Analisis Deskriptif

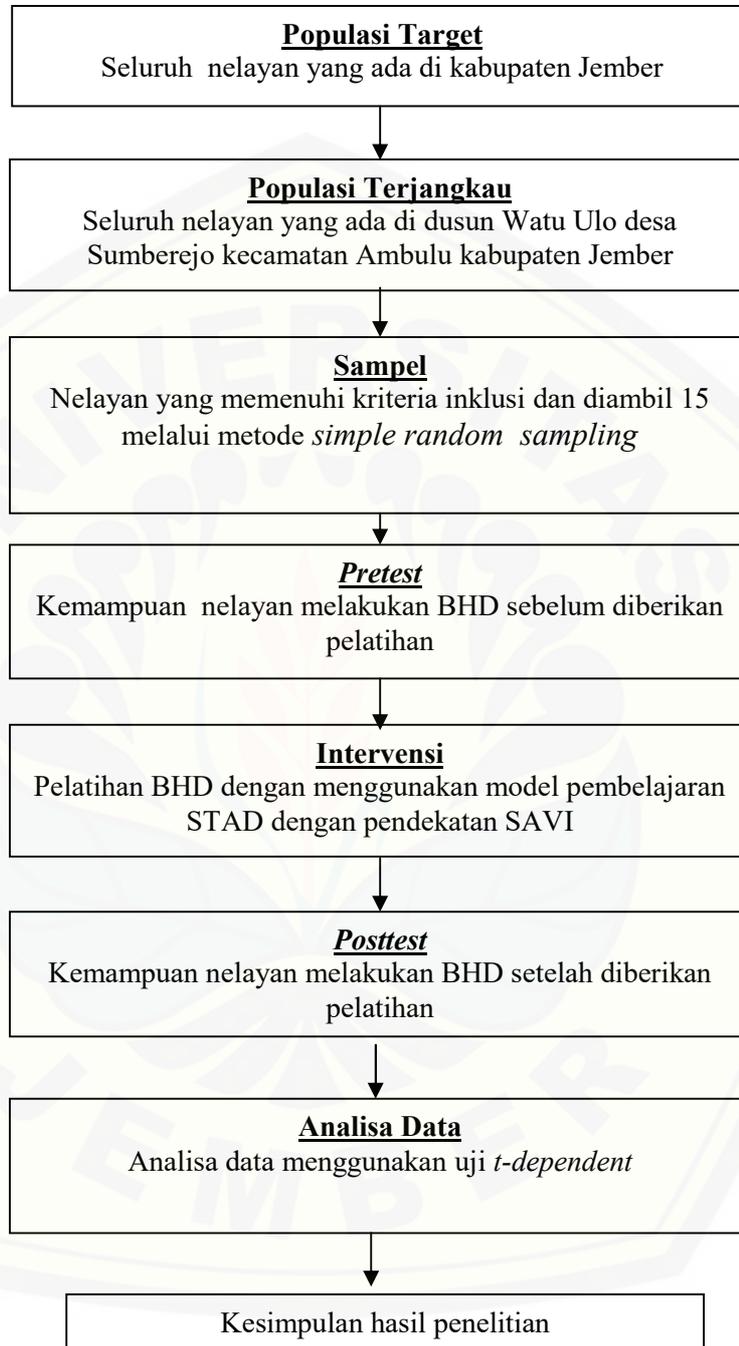
Analisa deskriptif digunakan untuk menjelaskan karakteristik variabel penelitian. Analisis deskriptif pada penelitian ini dilakukan untuk menganalisis data yang berbentuk kategorik seperti pendidikan terakhir yang digunakan disajikan dalam bentuk proporsi. Data yang berbentuk numerik seperti umur dan variabel penelitian, yaitu kemampuan melakukan BHD disajikan dalam *mean*, *median*, modus, standar deviasi, dan *range*.

4.8.2 Analisis Inferensial

Analisis statistik dilakukan untuk membandingkan antara dua variabel. Analisis bivariat pada penelitian ini adalah membandingkan kemampuan kelompok nelayan dalam memberikan pertolongan pertama pada korban hampir tenggelam sebelum dan sesudah diberikan pelatihan menggunakan model pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI terhadap kemampuan nelayan melakukan bantuan hidup dasar pada korban tenggelam. Sebelum dilakukan uji statistik dilakukan uji normalitas. Menurut Sugiono (2011), dalam statistik parametrik mensyaratkan bahwa setiap variabel yang akan dianalisis harus berdistribusi normal maka sebelum pengujian hipotesis dilakukan terlebih dahulu pengujian normalitas data. Dalam penelitian ini menggunakan uji normalitas *saphiro wilk* karena sampel yang digunakan kurang dari 50 orang. Data berdistribusi normal jika Sig. (Signifikansi) atau nilai probabilitas $> 0,05$. Hasil uji normalitas didapatkan hasil nilai sig. (signifikansi) adalah 0.712, hal ini menunjukkan bahwa data berdistribusi normal karena nilai sig. $0,712 > 0,05$.

Uji statistik yang digunakan adalah uji *t-dependent* untuk mengetahui perbedaan kemampuan masyarakat sebelum dan setelah intervensi. Nilai α yang digunakan adalah 0,05. H_0 diterima apabila hasil yang diperoleh *p-value* $< \alpha$, tetapi jika *p-value* $\geq \alpha$ maka H_0 gagal diterima.

4.9 Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka Operasional

4.10 Etika Penelitian

Dalam pelaksanaan sebuah penelitian, haruslah memperhatikan etika dan sopan santun. Prinsip etika penelitian yang harus digunakan sebagai pedoman dalam melakukan penelitian menurut Notoatmodjo (2010) adalah sebagai berikut:

1. Menghormati harkat dan martabat manusia.

Setiap manusia memiliki hak dan kewajiban masing-masing. Begitu juga dengan subjek penelitian memiliki hak-hak yang harus mereka dapatkan ketika terlibat dalam penelitian. Tugas peneliti harus mampu memenuhi dan menjaga hak-hak subjek penelitian tersebut. Untuk dapat menanggulangi hal tersebut, peneliti menyediakan lembar *informed consent* yang menyatakan kesediaan responden mengikuti jalannya penelitian dan peraturan-peraturan yang berlaku selama penelitian berlangsung.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian.

Subjek penelitian memberikan informasi-informasi yang berguna untuk hasil penelitian. Peneliti harus mampu menjaga privasi dan kerahasiaan subjek penelitian dengan cara tidak menampilkan identitas dari subjek penelitian. Peneliti menuliskan nama inisial responden dan menyamarkan wajah responden pada laporan hasil penelitian.

3. Keadilan dan keterbukaan.

Peneliti harus menjaga asas keterbukaan dari penelitiannya yaitu dengan menjelaskan jalannya penelitian kepada subjek penelitian sehingga subjek penelitian dapat menentukan untuk mengikuti atau tidak mengikuti penelitian. Setelah itu peneliti meminta subjek penelitian menandatangani lembar *inform*

consent yang merupakan tanda persetujuan bahwa subjek mau menjadi responden peneliti. Peneliti harus memperlakukan semua subjek penelitian dengan adil tanpa mempertimbangkan agama, ras, dan suku sehingga semua subjek penelitian mendapatkan manfaat dan kerugian yang sama.

4. Memperhitungkan kembali manfaat penelitian.

Setiap penelitian pasti memiliki manfaat dan kerugian masing-masing. Penelitian yang baik adalah penelitian yang mampu memberikan manfaat yang sebanyak-banyaknya. Manfaat dari penelitian ini adalah setelah diberikan pendidikan kesehatan dan pelatihan menggunakan model pembelajaran STAD dan pendekatan SAVI diharapkan anggota kelompok nelayan mampu memberikan bantuan hidup dasar pada korban tenggelam, sehingga dapat meningkatkan harapan hidup bagi korban tenggelam.

BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini berisi simpulan dan saran pada penelitian yang berjudul pengaruh model belajar STAD dengan pendekatan SAVI terhadap kemampuan melakukan bantuan hidup dasar pada nelayan di kecamatan Ambulu kabupaten Jember.

6.1 Simpulan

- a. Karakteristik responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan sekolah dasar (SD), semua responden beragama islam dan bersuku bangsa Madura. Sebagian besar responden berusia 37-45 tahun dengan prosentase 73.33%, sedangkan responden dengan rentang usia 27-36 tahun berjumlah 4 orang dengan prosentase 26.67%. sebagian besar responden berpenghasilan perbulan <500.000 sebanyak 12 orang, sedangkan responden dengan penghasilan perbulan 500.000-1.000.000 sebanyak 3 orang.
- b. Nilai rata-rata kemampuan melakukan bantuan hidup dasar reponden sebelum dilakukan pelatihan 55,28.
- c. Nilai rata-rata kemampuan melakukan bantuan hidup dasar reponden setelah dilakukan pelatihan 67,69.
- d. Ada pengaruh model belajar STAD dengan pendekatan SAVI terhadap kemampuan melakukan bantuan hidup dasar pada nelayan di kecamatan Ambulu kabupaten Jember.

6.2 Saran

6.2.1 Instansi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar bagi instansi pendidikan keperawatan. Instansi pendidikan keperawatan dapat mempersiapkan mahasiswanya untuk melakukan praktik belajar lapangan (PBL) komunitas di masyarakat dengan memberikan pemahaman mengenai pentingnya masyarakat memiliki kemampuan bantuan hidup dasar dan memberikan pelatihan bantuan hidup dasar pada masyarakat khususnya masyarakat di daerah rawan bencana. Diharapkan nantinya mahasiswa ilmu keperawatan mampu mengaplikasikan model belajar STAD dengan pendekatan SAVI guna meningkatkan pemahaman peserta penyuluhan ataupun peserta pelatihan.

6.2.2 Instansi Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi kepada tenaga kesehatan khususnya perawat mengenai kebutuhan masyarakat akan pentingnya memiliki kemampuan bantuan hidup dasar. Perawat komunitas diharapkan dapat memberikan pelatihan bantuan hidup dasar pada masyarakat. Masyarakat yang memiliki kemampuan bantuan hidup dasar nantinya juga akan membantu pekerjaan perawat jika ada korban yang mengalami henti nafas dan henti jantung masyarakat dapat memberikan pertolongan terlebih dahulu sebelum petugas kesehatan datang.

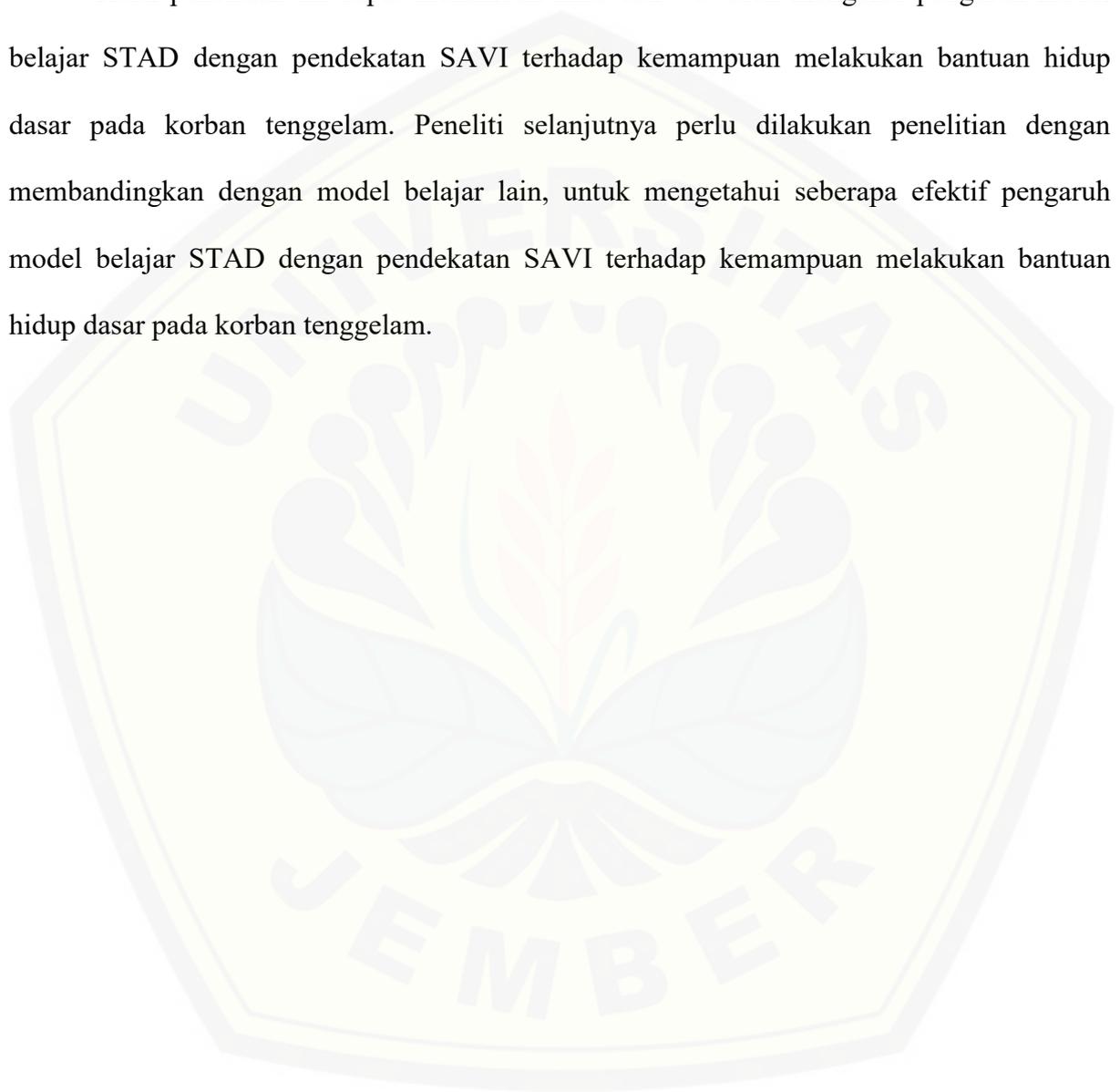
6.2.3 Masyarakat

Hasil penelitian dapat menjadi tolak ukur kemampuan masyarakat khususnya dalam penelitian ini yaitu nelayan di dusun Watu Ulo desa Sumberejo kecamatan Ambulu dalam melakukan bantuan hidup dasar, sehingga diharapkan jika ada korban tenggelam atau

keadaan gawat darurat nelayan mampu memberikan bantuan hidup dasar sesuai dengan kemampuannya.

6.2.4 Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat menambah ilmu dan wawasan mengenai pengaruh model belajar STAD dengan pendekatan SAVI terhadap kemampuan melakukan bantuan hidup dasar pada korban tenggelam. Peneliti selanjutnya perlu dilakukan penelitian dengan membandingkan dengan model belajar lain, untuk mengetahui seberapa efektif pengaruh model belajar STAD dengan pendekatan SAVI terhadap kemampuan melakukan bantuan hidup dasar pada korban tenggelam.



DAFTAR PUSTAKA

- Anas, M. 2014. *Mengenal Metode Pembelajaran*. Pasuruan: Pustaka Hulwa.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arovah, N. I. 2009. *Pemateri Tema Penanganan Korban Pasca Tenggelam (Kondisi Henti Jantung dan Napas) dalam Kegiatan Pelatihan Korban Pasca Tenggelam pada Life Guard*. Yogyakarta: Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Yogyakarta. [http://staff.uny.ac.id/sites/default/files/tmp/3.%20Pembicara%20Pelatihan%20Lifeguard%20Penanganan%20KOrban%20Paska%20Tenggelam%20\(Kondisi%20Henti%20Jantung%20Paru\)_0.pdf](http://staff.uny.ac.id/sites/default/files/tmp/3.%20Pembicara%20Pelatihan%20Lifeguard%20Penanganan%20KOrban%20Paska%20Tenggelam%20(Kondisi%20Henti%20Jantung%20Paru)_0.pdf) (diakses tanggal 11 Desember 2014)
- Bahri S. Dan Zamzam F. 2014. *Model Kuantitatif Berbasis SEM-Amos*. Yogyakarta: Deepublish
- Bastable, Susan, B. 2002. *Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip Pengajaran*. Jakarta: EGC.
- Bastian, Indra. 2005. *Akuntansi Sektor Publik: Suatu Pengantar*. Jakarta: Erlangga
- Bensley, Robert J. 2008. *Metode Pendidikan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Berg, R A., et al. 2010. *American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science Part 5: Adult Basic Life Support*. (Circulation. 2010;122[suppl]S685-S705). 2010 American Heart Association http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S829.full?sid=cf731bf5-677a-4a5d-8c81-4797907a0451 (diakses tanggal 7 Januari 2015)
- Berhman, R. E. et al. 1999. *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: EGC
- BKKBN. 2012. *Presentase Penduduk 15 Tahun ke atas Menurut Ijazah yang Ditamatkan Nasional*. [Online] http://www.bkkbn.go.id/kependudukan/Pages/DataLainlain/Statistik_Kesejahteraan_Rakyat/Pendidikan/Persentase_Penduduk_15tahun_keatas_menurut_ijasah_ditamatkan/Nasional.aspx (Diakses tanggal 29 Agustus 2014).

Brooker, C. 2008. *Ensiklopedia Keperawatan*. Jakarta: EGC.

CirculationAHA. 2005. *American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care part: 10.3:Drowning*. (Circulation. 2005;112:IV-113-IV135.). 2005 American Heart Association http://circ.ahajournals.org/content/112/24_suppl/IV133.full.pdf+html?sid=31ad8f84-5737-408e-8e8a-9311d64b9bee (diakses pada tanggal 25 Mei 2015)

Dahlan, S., et al. 2014. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) Terhadap Tingkat Pengetahuan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Wori Kecamatan Wori Kabupaten Minahasa Utara*. Manado :Ejournal Keperawatan (e-Kp) Volume 2. <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=147008&val=5798> (Diakses tanggal 29 Agustus 2014).

Davey, P. 2005. *At a Glance Medicine*. Jakarta: Erlangga.

Detty, Regina dkk. 2008. *Evaluasi Ke-Efektifan Program Pelatihan "Know Your Customer & Money Laundering" Di Bank X Bandung*. Bandung: Fakultas Ekonomi Universitas Katolik Parahyangan [http://asp.trunojoyo.ac.id/wp-content/uploads/2014/03/EVALUASI-KE-EFEKTIFAN-PROGRAM-PELATIHAN.. Regina-Dety-dkk.pdf](http://asp.trunojoyo.ac.id/wp-content/uploads/2014/03/EVALUASI-KE-EFEKTIFAN-PROGRAM-PELATIHAN..Regina-Dety-dkk.pdf) (diakses pada 9 September 2016)

Diane E. Papalia, et al. 2008. *Human Development:Psikologi Perkembangan*. Jakarta:Kencana

Dimiyati dan Mudjiono. 2009. *Belajar dan Pembelajaran*. Jakarta: Rineka Cipta.

Firmaniar A. 2013. *Penerapan Model Pembelajaran Inquiry Training pada Pembelajaran IPA Fisika di MTS*. Tidak Diterbitkan. Skripsi. Jember. Program Studi Pendidikan Fisika FKIP Universitas Jember

Gagne. 1974. *Prinsip-Prinsip Belajar Untuk Pengajaran*. Surabaya: Usaha Nasional.

Gobel, A. M., et al. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Penanganan Pertama Korban Tenggelam Air Laut Terhadap Peningkatan Pengetahuan Masyarakat Nelayan di Desa Bolang Itang Ii Kabupaten Bolaang Mongondow Utara*. Manado:Universitas Sam Ratulagi. <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/5259> (Diakses pada tanggal 16 Januari 2015)

- Gruendemann, B. J. dan Fernsebner B. 2005. *Keperawatan Perioperatif*. Jakarta:EGC
- Hamid, M. A. A. *et al.* 2006. *Reka Cipta dan Inovasi dalam Perspektif Kreativiti*. Malaysia:Universiti teknologi Malaysia
- Hariandja, M.T. Efendi. 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia: Pengadaan, Pengembangan, Pengkompensasian, dan Peningkatan Produktivitas Pegawai*. Jakarta: Grasindo
- Hoek Terry L. Vanden, *et al.* 2010. *American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Part 12: Cardiac Arrest in Special Situations*. (*Circulation*. 2010;122[suppl]S829-S861). 2010 American Heart Association http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S829.full?sid=cf731bf5-677a-4a5d-8c81-4797907a0451#sec-109 (diakses tanggal 7 Januari 2015)
- Mananoma, Stifly R. 2015. *Peran Media Elektronik dalam Pendidikan Politik Masyarakat yang ada di Kelurahan Ondong Kecamatan Siau Barat kabupaten Sitaro*. Manado: Ilmu Pemerintahan FISIP Universitas Sam Ratulangi <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/politico/article/download/8319/7882> (diakses pada 9 September 2016)
- Mathar, Fadhilah. 2015. *Penggunaan Teknologi Informasi Untuk Memperoleh Informasi Yang Reliabel Seberapa Besar Efek Alienasi Individu Dalam Masyarakat*. Jakarta:Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/31563> (diakses pada 8 September 2016)
- Maulana, H.D.J. 2007. *Promosi Kesehatan*. Jakarta:EGC
- Meier, D. *The Accelerated Learning Handbook*. Terjemahan oleh Astuti, R. 2002. Bandung: Kaifa.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, *et al.* 2009. *Penerapan Pembelajaran Kooperatif Tipe STAD Berorientasi Ketrampilan Proses*. Semarang: FKIP Fisika UNNES. <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=135364&val=5648&title=PENERAPAN%20PEMBELAJARAN%20KOOPERATIF%20TIPE%20STAD%20BERORIENTASI%20KETERAMPILAN%20PROSES> (diakses pada 16 November 2015)

- Nurchayati, Sofiana, dkk. 2006. *Upaya Peningkatan Pengetahuan Dan Keterampilan Masyarakat Dalam Memberikan Bantuan Hidup Dasar Pada Kejadian Gawat Darurat Kelautan Di Kelurahan Cilacap Kecamatan Cilacap Selatan Kabupaten Cilacap Tahun 2006*. Cilacap <https://skripsistikes.files.wordpress.com/2009/08/28.pdf> (diakses pada 1 Juni 2015)
- Nursalam dan Efendi. 2008. *Pendidikan dalam Keperawatan*. Jakarta:Salemba Medika
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan ed. 2*. Jakarta: Medika Salemba
- Noorkasiani, et al. 2009. *Sosiologi Keperawatan*. Jakarta:EGC
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia. 2015. Standar Nasional Pendidikan No. 13 pasal 1. Jakarta: Presiden Republik Indonesia <http://sindiker.dikti.go.id/dok/PP/PP%2015%202015%20standard%20nasional%20pendidikan%20tinggi.pdf> (diakses pada 8 November 2015)
- Prawerdana, G. H. K., dan Suarjaya, P. P. 2013. *Bantuan Hidup Dasar pada Near Drowning di Tempat Kejadian*. Denpasar: FK Udayana. <http://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/viewFile/5345/4094> (Diakses tanggal 29 Agustus 2014).
- Purwoko, S. 2006. *Pertolongan Pertama dan RJP pada Anak, ed. 4*. Jakarta:Arcan.
- Rangkuti, Freddy. 2002. *The Power Of Brands: Teknik Mengelola Brand Equity dan Strategi Pengembangan + Analisis Kasus dengan SPSS*. Jakarta:Gramedia Pustaka Utama
- Rozalena, Agustin dan Dewi, S. Komala. 2016. *Panduan Prakti Menyusun Pengembangan Karier dan Pelatihan Karyawan*. Jakarta: Penebar Swadaya Grup
- Santoso, B. 2010. *Perbedaan Kadar Magnesium Serum antara Tikus Putih yang Mati Tenggelam di Air Tawar dengan di Air laut*. Tidak Diterbitkan. Skripsi. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret <http://eprints.uns.ac.id/7774/1/126690308201007391.pdf> (diakses pada tanggal 24 Februari 2015)
- Sanusi, Azwar. 2012. *Pengaruh Motivasi Kerja dan Iklim Komunikasi Organisasi terhadap komitmen Keorganisasian Pegawai Arsip Nasional Republik Indonesia*. Jakarta: Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas

- Indonesia <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20313832-T%2031750-Pengaruh%20motivasi-full%20text.pdf> (diakses pada tanggal 24 Februari 2015)
- Sastroasmoro S., dan Ismael S. 2011. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta:Sagung Seto
- Scwartz, M. W. 2004. *Pedoman Klinis Pediatri*. Jakarta:EGC
- Setyadi. 2007. *Riset Keperawatan*. Surabaya:Graha Ilmu
- Slavin, R. E. 2008. *Cooperative learning: Teori, Riset, dan Praktik*. Bandung:Nusa Media.
- Sudjana, N. 1990. *Penilaian Proses Hasil Belajar Mengajar*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Sugiono. 2007. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung:Alfa Beta.
- Suryawati, Juju dan Maryati, Kun. 2006. *Sosiologi*. Jakarta:Erlangga
- Suyanto dan Jihad, Asep. 2013. *Menjadi Guru Profesional: Strategi Meningkatkan Kualifikasi dan Kualitas Guru Era Global*. Jakarta: Erlangga
- Syarifudin. 2016. *Analisis tentang Aktivitas Buruh Tani dalam Memenuhi Kebutuhan Pokok di Kelurahan Bukuan Kecamatan Palaran kota Samarinda*. Samarinda: FISIP Universitas Mulawarman [http://ejournal.sos.fisip-unmul.ac.id/site/wp-content/uploads/2016/08/Jurnal%20Syarif%20\(08-23-16-02-34-12\).pdf](http://ejournal.sos.fisip-unmul.ac.id/site/wp-content/uploads/2016/08/Jurnal%20Syarif%20(08-23-16-02-34-12).pdf) (diakses pada 13 Juni 2017)
- Tarigan, Robinson. 2006. Pengaruh Tingkat Pendidikan terhadap Tingkat Pendapatan Perbandingan antara Empat Hasil Penelitian. Medan: FE USU [http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/16004/1/was-feb2006-%20\(3\).pdf](http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/16004/1/was-feb2006-%20(3).pdf) (Diakse pada 8 November 2015)
- Tim Pengembangan Ilmu Pendidikan FIP-UPI. 2007. *Ilmu dan Aplikasi Pendidikan*. Bandung:PT Imperial Bhakti Utama
- Tipton F. St C. Golden M.J dan Scott R.C. 1997. *Immersion, Near Drowning and Drowning*. British journal of Anaesthesia 1997; 79: 214-225
- Trianto. 2007. *Model-Model Pembelajaran Inovatif Berorientasi Kontruktivistik*. Jakarta: Presentasi Pustaka.

- Umar Husein. 2002. *Metode Riset Bisnis*. Jakarta:Gramedia Pustaka Utama
- Wantiyah *et al.* 2011. *Buku Petunjuk Praktikum Ilmu Keperawatan Klinik 1A*. Jember. Tidak Diterbitkan. Laboratorium Keperawatan Medikal Bedah dan Kritis Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Wilianto, W. 2012. *Pemeriksaan Diatom pada Korban Diduga Tenggelam (Review)*. Surabaya:*Jurnal Kedokteran Forensik Indonesia, Vol. 14 No. 3*. http://journal.unair.ac.id/filerPDF/5%20DIATOM%20_fiish_.pdf (Diakses tanggal 29 Agustus 2014).
- Wijayanti, T. F., *et al.* 2013. Pengaruh Pendekatan SAVI Melalui Model Pembelajaran Kooperatif Tipe STAD Terhadap Hasil Belajar Pada Siswa Kelas Vii Smp Negeri 14 Surakarta. Semarang:Universitas Sebelas Maret <http://eprints.uns.ac.id/14405/1/1433-3183-1-SM.pdf> (Diakses tanggal 14 November 2014).
- Wulur, R. A., dkk. 2013. *Gambaran Temuan Autopsi Kasus Tenggelam di BLU RSU Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Januari 2007-Desember 2011*. Manado:Universitas Sam Ratulagi. <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=107469&val=1001> (Diakses tanggal 29 Agustus 2014).

Lampiran A. Rencana Pelaksanaan Pembelajaran**Rencana Pelaksanaan Pembelajaran****(RPP)**

- Materi : Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada Korban Tenggelam
- Alokasi Waktu : 1x 150 menit
- Tempat : Balai Dusun Watu Ulo Desa Sumberejo
- Standar Kompetensi : Memahami Konsep Bantuan Hidup Dasar pada Korban Tenggelam
- Kompetensi Dasar : Mensimulasikan Konsep Bantuan Hidup Dasar dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari jika ada korban tenggelam
- Indikator : 1. Mengidentifikasi Keadaan Korban
2. Melakukan Algoritma A-B-C
3. Menentukan Intervensi yang akan dilakukan

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah kegiatan pembelajaran selesai, diharapkan peserta didik mampu:

1. Mengetahui konsep Bantuan Hidup Dasar (BHD);
2. mensimulasikan konsep BHD pada korban tenggelam.

B. Materi Pembelajaran

Konsep Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada Korban Tenggelam

Definisi Bantuan Hidup Dasar (BHD)

Bantuan Hidup Dasar (BHD) merupakan upaya yang dilakukan untuk mempertahankan bersihan jalan nafas, memberikan pernafasan secara mulut ke mulut dan masase jantung eksternal sebagai pertolongan pertama tanpa penggunaan alat bantu. Hal-hal yang telah dijelaskan diatas merupakan bagian dari resusitasi jantung paru (Brooker, 2008). Bantuan hidup dasar menekankan empat aspek fundamental, meliputi mengenali dengan segera korban yang mengalami henti jantung, segera meminta bantuan gawat darurat, segera dilakukan resusitasi jantung paru (RJP), dan segera dilakukan defibrilasi jantung menggunakan **AED** (*Automatic External Defibrillator*) (Berg *et al* 2010).

Tahapan Bantuan Hidup Dasar (BHD) pada Korban Tenggelam

Tenggelam menyebabkan hipoksia, oleh karena itu oksigenasi, ventilasi, dan sirkulasi harus dikembalikan segera mungkin. Pedoman AHA 2010 untuk resusitasi jantung paru dimulai dengan kompresi dada dengan urutan C-A-B. Namun, pada korban tenggelam tetap menggunakan pedoman yang lama yaitu penanganan jalan nafas terlebih dahulu, dengan urutan A-B-C mengingat korban tenggelam mengalami hipoksia. Korban yang hanya mengalami henti nafas biasanya dapat segera merespon setelah diberikan bantuan nafas (Hoek *et al*, 2010).

Sebelum melakukan resusitasi jantung paru (RJP), penolong harus segera menilai segala sesuatu yang dapat membahayakan korban dan penolong itu sendiri. Setelah itu menilai kesadaran korban dengan cara mengoyang-goyangkan tubuh korban atau memanggil korban (Colquhoun MC, *et al* dalam Prawedana dan Suarjaya, 2013). Aktivasi sistem kegawat-daruratan penting untuk dilakukan, terutama bagi penolong awam yang belum terlatih dengan tujuan agar resusitasi yang akan dilakukan lebih efektif. Hal ini dilakukan dengan cara menghubungi nomor telepon gawat darurat lokal yang tersedia (Berg *et al* dalam Prawedana dan Suarjaya, 2013).

Manajemen yang dilakukan diawali dengan mempertahankan jalan nafas (A=*airway*) dengan menggunakan teknik *head tilt-chin lift*. Apabila dicurigai korban mengalami cedera servikal, maka dianjurkan menggunakan teknik *jaw thrust* (Prawedana dan Suarjaya, 2013). Pemberian nafas bantuan (B=*breathing*) dilakukan sebanyak dua kali selama masing-masing satu detik, baik dengan teknik *mouth-to-mouth* ataupun *mouth-to-nose*. Teknik *mouth-to-mouth* dilakukan dengan caramencubit hidung korban dan melingkarkan mulut penolong di mulut korban. Sedangkan teknik *mouth-to-nose* dilakukan ketika penolong mengalami kesulitan mencubit hidung korban, atau korban berada dalam air. Kompresi dada (C=*Chest compression*) segera dilakukan setelah pemberian bantuan nafas. Tindakan ini dilakukan di area bawah tulang dada sekitar 2-3 jari di atas ujung tulang dada (Prawedana dan Suarjaya, 2013). Frekuensi kompresi yang dilakukan setidaknya 100 kali per menit dengan kedalaman 5 cm. Rasio kompresi ventilasi yang digunakan pada orang dewasa adalah 30:2 (Colquhoun MC, *et al* (2004),

Berg *et al* (2010), American Heart Association (2005) dalam Prawedana dan Suarjaya, 2013).

Menurut Prawedana dan Suarjaya (2013) indikasi penghentian bantuan hidup dasar pada korban yaitu saat ditemukan tanda-tanda sebagai berikut:

1. Korban sadar atau dapat bernafas spontan;
2. Korban meninggal, atau ditemukan tanda-tanda kematian batang otak, yaitu pupil melebar, nadi karotid tidak ada, dan tubuh korban kaku;
3. Penolong mengalami kelelahan;
4. Ada penolong lain.

Posisi pemulihan (*recovery position*) digunakan pada korban yang tidak berespon tetapi pernafasan dan sirkulasi korban efektif. Posisi ini bertujuan untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas, mengurangi resiko obstruksi jalan nafas dan aspirasi. Posisi harus stabil, dan tanpa adanya penekanan pada dada (Berg *et al* 2010).

Hal-hal yang Perlu Diperhatikan

Menurut Hoek *et al*, (2010) beberapa hal penting yang perlu diperhatikan terkait bantuan hidup dasar pada korban tenggelam, yaitu:

1. Menyelamatkan Korban dari Air

Hal pertama yang dapat dilakukan apabila menemukan kejadian tenggelam adalah segera mungkin menyelamatkan korban dari air. Untuk menyelamatkan korban tenggelam, penolong harus dapat mencapai korban segera mungkin (Hoek *et al*, 2010). Untuk menyelamatkan korban dapat menggunakan alat angkut seperti perahu, rakit, papan selancar, atau alat bantu apung lainnya. Setidaknya

diperlukan dua orang dewasa untuk mengangkat korban dari dalam air ke perahu penyelamatan. Untuk menghindari terjadinya *post-immersion collapse*, sebaiknya korban diangkat dari dalam air dengan posisi telungkup. Selain itu, penolong juga harus memperhatikan keselamatan dirinya sendiri (Colqohoun MC, et al dalam Prawedana dan Suarjaya, 2013).

Penelitian terakhir menunjukkan bahwa stabilisasi tulang leher tidak perlu dilakukan, kecuali terdapat keadaan yang menyebabkan tenggelam menunjukkan adanya kemungkinan terjadi trauma. Keadaan ini termasuk riwayat menyelam, adanya tanda-tanda cedera atau tanda-tanda intoksikasi alkohol. Dengan tidak adanya indikasi tersebut, kemungkinan cedera tulang belakang tidak terjadi. Stabilisasi tulang leher secara manual dan alat stabilisasi mungkin dapat menghambat pembukaan jalan nafas yang adekuat, mempersulit dan mungkin dapat memperlambat penghantaran nafas bantuan (Vanden Hoek TL, et al dalam Prawedana dan Suarjaya, 2013). Korban tenggelam yang mengalami sumbatan jalan nafas, berupa air, kotoran, dan lain-lain, perlu segera diberikan bantuan hidup dasar, yaitu pernafasan buatan untuk mengembalikan fungsi pernafasan pada korban tenggelam tersebut. Pada prinsipnya pernafasan buatan harus diberikan sesegera mungkin, sebelum jantung berhenti berdenyut dan sebelum jaringan otak rusak akibat kurangnya suplai oksigen ke otak (Prawedana dan Suarjaya, 2013).

2. Bantuan Pernafasan

Pertolongan pertama yang paling penting pada korban tenggelam yaitu pemberian ventilasi langsung. Pemberian bantuan pernafasan meningkatkan

kesempatan korban untuk bertahan hidup. Bantuan pernafasan biasanya dilakukan saat korban tidak berespon. Pemberian bantuan nafas mulut ke hidung dapat digunakan sebagai alternatif apabila ventilasi mulut ke mulut sulit untuk dilakukan (Hoek *et al*, 2010).

Pengelolaan jalan nafas pada korban tenggelam sama dengan yang dilakukan pada korban henti jantung. Dalam beberapa kasus korban tenggelam, tidak ditemukan adanya aspirasi cairan karena korban mengalami laringospasme (Modell & Davis (1969), dan Modell (1993) dalam Hoek *et al*, 2010) Bahkan apabila terdapat aspirasi cairan, cairan tersebut akan diserap oleh sirkulasi pusat. Upaya untuk mengeluarkan cairan dari saluran pernafasan seperti *heimlich maneuver* tidak dianjurkan dan berpotensi bahaya (Modell dalam Hoek *et al*, 2010).

3. Kompresi Dada

Begitu korban tidak berespon, penolong harus segera membuka jalan nafas, memeriksa pernafasan, dan jika tidak ada pernafasan, berikan dua kali bantuan nafas. Setelah pemberian dua kali bantuan nafas efektif, periksa nadi, apabila nadi tidak terasa, penolong harus segera memberikan kompresi dada dan bantuan pernafasan (Hoek *et al*, 2010).

4. Muntah Selama Resusitasi

Korban dimungkinkan muntah ketika penolong melakukan kompresi dada atau bantuan pernafasan. Jika terjadi muntah miringkan kepala korban kesamping dan hapus muntahan korban menggunakan jari, atau kain (Hoek *et al*, 2010).

C. Model Pembelajaran

Model pembelajaran kooperatif tipe *Student Teams-Achievement Divisions (STAD)* dengan pendekatan *Somatic, Auditory, Visualization, and Intellectually (SAVI)*.

D. Media

1. Viewer
2. Laptop

E. Langkah-Langkah Pembelajaran

Langkah Pembelajaran		Kegiatan Pengajar	Kegiatan Peserta Didik	Alokasi Waktu
<i>SAVI</i>	<i>STAD</i>			
Tahap persiapan (<i>auditory</i>)	Menyampaikan tujuan dan memotivasi peserta didik	<p>Membuka kegiatan pembelajaran dengan salam</p> <p>Mengkomunikasikan tujuan pembelajaran, yaitu konsep BHD pada peserta didik</p> <p>Menginformasikan tentang prinsip model pembelajaran <i>STAD</i> dengan pendekatan <i>SAVI</i></p> <p>Menyampaikan apersepsi mengenai konsep BHD</p>	<p>Menjawab salam</p> <p>Memperhatikan penjelasan mengenai tujuan pembelajaran</p> <p>Memperhatikan informasi dari pengajar tentang prinsip model pembelajaran <i>STAD</i> pendekatan <i>SAVI</i></p> <p>Memperhatikan pengajar</p>	1x15 menit
Tahap penyampaian (<i>somatic, auditory, visual</i>)	Menyampaikan Informasi	<p>Membagikan Materi</p> <p>Menjelaskan dan mempratikkan materi mengenai konsep BHD, dengan memutarakan video BHD</p>	<p>Menerima Materi</p> <p>Memperhatikan penjelasan dari pengajar mengenai materi yang disampaikan</p>	1x50 menit

		Memberi kesempatan pada peserta didik untuk bertanya mengenai materi yang telah disampaikan bila ada yang belum jelas	Menanyakan tentang materi pada pengajar bila ada yang belum jelas	
Tahap pelatihan (<i>somatic, intellectual</i>)	Mengorganisasi peserta didik ke dalam kelompok belajar Membimbing kelompok belajar	Membagi peserta didik ke dalam Beberapa kelompok Membagikan kasus pada kelompok-kelompok yang telah ditentukan Membimbing peserta didik untuk mendiskusikan kasus yang telah dibagikan dengan kelompoknya Memberi kesempatan peserta didik bebas bergerak dan menggunakan alat peraga selama mendiskusikan kasus yang diberikan Memantau jalannya diskusi kelompok dan membimbing kelompok jika ada yang mengalami kesulitan	Berkumpul sesuai dengan kelompoknya Menerima kasus yang diberikan dan mendiskusikan dengan kelompok Berdiskusi dengan kelompoknya dan bertanya jika mengalami kesulitan Menggunakan alat peraga selama mendiskusikan kasus yang diberikan Berdiskusi dengan kelompoknya dan bertanya jika mengalami kesulitan	1x.30 menit
Penampilan Hasil (<i>somatic, auditory, visualization, intellectual</i>)	Evaluasi	Meminta kelompok mempresentasikan hasil diskusinya Meminta kelompok lainnya untuk memperhatikan, mengomentari dan bertanya hasil	Mempresentasikan hasil diskusi Memperhatikan, menanggapi dan mengajukan pertanyaan tentang hasil diskusi	1x30 menit

		diskusi temannya Mengevaluasi hasil diskusi kelompok tentang materi/kasus yang telah diberikan setelah masing-masing kelompok mempresentasikan hasil diskusi kelompok	kelompok yang presentasi. Mendengarkan hasil evaluasi dan bertanya atau memberi sanggahan jika ada yang belum jelas	
	Memberikan penghargaan	Memberikan penghargaan pada individu ataupun kelompok atas hasil diskusi yang telah dilakukan. Merangking kelompok dengan kategori 1. Baik, 2. Sangat Baik, dan 3. Super	Menerima penghargaan	1x10 menit
Penutup		Membimbing peserta menyimpulkan materi Menutup kegiatan pembelajaran dengan salam	Menyimpulkan materi yang telah didiskusikan Menjawab salam	1x15 menit

F. Referensi

Brooker, C. 2008. *Ensiklopedia Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Berg, R A., et al. 2010. *American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science Part 5: Adult Basic Life Support*. (*Circulation*. 2010;122[suppl]S685-S705). 2010 American Heart Association http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S829.full?sid=cf731bf5-677a-4a5d-8c81-4797907a0451 (diakses tanggal 7 Januari 2015)

Hoek Terry L. Vanden, et al. 2010. *American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Part 12: Cardiac Arrest in Special Situations*. (*Circulation*. 2010;122[suppl]S829-S861). 2010 American Heart Association http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S829.full?sid=cf731bf5-677a-4a5d-8c81-4797907a0451#sec-109 (diakses tanggal 7 Januari 2015)

Prawerdana, G. H. K., dan Suarjaya, P. P. 2013. *Bantuan Hidup Dasar pada Near Drowning di Tempat Kejadian*. Denpasar: FK Udayana. <http://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/viewFile/5345/4094> (Diakses tanggal 29 Agustus 2014).



LAMPIRAN B. LEMBAR *INFORMED CONSENT*

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada:

Calon Responden

Dengan hormat,

Bersama surat ini saya sampaikan bahwa saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Agil Bagus Triprastyo
NIM : 102310101094
Pekerjaan : Mahasiswa PSIK Universitas Jember
Alamat : Dsn. Krajan II RT/RW 004/001 Ds. Tegalsari Kec.
Tegalsari, Banyuwangi

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Pengaruh Model Pembelajaran STAD dengan Pendekatan SAVI terhadap Kemampuan Melakukan Bantuan Hidup Dasar pada Nelayan di Kabupaten Jember”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang dapat merugikan bagi Saudara sebagai responden. Kerahasiaan seluruh informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian dan jika saudara bersedia menjadi responden, maka saya memohon kesediaan Saudara untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden, peneliti ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Agil Bagus Triprastyo
NIM. 102310101094

LAMPIRAN C. PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Kode Responden :

Setelah saya membaca dan memahami isi dan penjelasan pada lembar permohonan menjadi responden, maka saya bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yaitu:

Nama : Agil Bagus Triprastyo
NIM : 102310101094
Pekerjaan : Mahasiswa PSIK Universitas Jember
Alamat : Dsn. Krajan II RT/RW 004/001 Ds. Tegalsari Kec. Tegalsari, Banyuwangi

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan saya, sehingga saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Saya bebas untuk menarik persetujuan ini dan menghentikan partisipasi saya dalam penelitian setiap saat.

Jember,2015

(.....)

Nama terang dan tanda tangan

LAMPIRAN D. PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

Petunjuk pengisian kuesioner:

Sebelum mengisi pertanyaan berikut, saya mohon kesediaan Saudara untuk membaca petunjuk pengisian kuesioner ini.

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan teliti.
2. Jawablah pertanyaan dengan jujur sesuai dengan yang Saudara lakukan.
3. Jawaban Saudara akan dijamin kerahasiaannya.
4. Pilihlah 1 (satu) dari jawaban- jawaban yang telah tersedia dengan memberi tanda (√) pada kolom yang tersedia.
5. Apabila terdapat pertanyaan yang tidak dipahami dapat ditanyakan kepada peneliti.
6. Periksa kembali jawaban Saudara. Diharapkan seluruh pertanyaan telah dijawab.
7. Terima kasih atas kerja sama dan kesediaan untuk mengisi kuesioner ini.

LAMPIRAN E. Kuesioner Kognitif

No. Responden:

Identitas responden

Nama Inisial :

Usia :

Pendidikan Terakhir :

No	Pertanyaan	Salah (1)	Benar (2)
1	Bantuan hidup dasar adalah pertolongan pertama yang harus diberikan pada korban hampir tenggelam		
2	Jika korban didalam air, setidaknya diperlukan 2 orang untuk mengangkat korban dari dalam air		
3	Penolong juga harus memperhatikan keselamatan dirinya sendiri		
4	Stabilisasi tulang leher perlu dilakukan jika diketahui korban mengalami trauma pada tulang leher		
5	Jika korban di dalam air, diperlukan perahu atau rakit untuk mengangkat dan memindahkan korban		
6	Bantuan hidup dasar hanya bisa dilakukan oleh petugas kesehatan		
7	Bantuan hidup dasar diberikan hanya kepada korban henti nafas		
8	Sebelum memberikan bantuan hidup dasar penolong harus meminta pertolongan terlebih dahulu		
9	Pastikan kondisi aman bagi penolong dan korban sebelum melakukan bantuan hidup dasar		
10	Untuk mengetahui kesadaran korban cukup dengan memanggil korban		
11	Bantuan pernafasan dapat dilakukan melalui mulut korban		

		Salah (1)	Benar (2)
12	Menghubungi petugas kesehatan dilakukan setelah melakukan bantuan hidup dasar		
13	Waktu maksimal yang digunakan untuk memeriksa nadi korban adalah 10 detik		
14	Kompresi jantung hanya dilakukan jika ditemukan tanda-tanda adanya henti jantung		
15	Pemeriksaan tanda-tanda kesadaran dilakukan setiap 2 siklus resusitasi		
16	Penolong harus memindahkan korban ketempat yang aman sebelum menolong korban		
17	Kompresi dada dilakukan sebanyak 30 kali dalam satu siklus		
18	Sebelum menolong korban mintalah bantuan dengan menghubungi petugas kesehatan		
19	Mencubit korban adalah salah satu cara untuk memeriksa kesadaran korban		
20	Mendongakkan kepala kebelakang dan mengangkat dagu korban bukan merupakan cara yang dilakukan untuk memeriksa jalan nafas		
21	Pada saat melakukan kompresi dada perlu memperhatikan dada korban kembali dengan sempurna		
22	Melihat detak nadi di leher korban adalah hal yang paling mudah untuk mengetahui bahwa korban mengalami henti jantung		
23	Pemeriksaan nadi dilakukan paling lama 1 menit		
24	Banyaknya kompresi dada yang dilakukan dalam satu siklus adalah 15 kali		
25	Letak tangan ketika melakukan kompresi jantung di dada bagian tengah diantara puting susu		

		Salah (1)	Benar (2)
26	Kedalaman kompresi jantung adalah sekitar 5 cm		
27	Setiap satu siklus kompresi dada diikuti 2 kali bantuan nafas		
28	Penolong harus terus melakukan kompresi dada walaupun tubuh korban kaku		
29	Ketika memberikan nafas buatan, perlu memencet hidung korban		
30	Jika korban menunjukkan tanda-tanda kesadaran, penolong memberikan posisi miring pada korban		

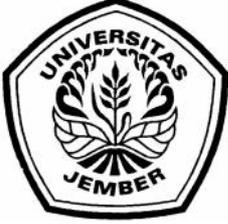


LAMPIRAN F. Kuisisioner Kemampuan Afektif**Keterangan :**

1. STS :Sangat Tidak Setuju
2. TS :Tidak Setuju
3. RR :Ragu-ragu
4. S : Setuju
5. SS :Sangat Setuju

No	Pertanyaan	STS (1)	TS (2)	RR (3)	S (4)	SS (5)
1	Ketika ada korban tenggelam, saya akan segera menolong korban tersebut					
2	Saya merasakan kepuasan ketika dapat menolong korban tenggelam					
3	Saya akan meminta bantuan ketika menemukan korban tenggelam					
4	Saya menolong korban tenggelam agar saya dipuji oleh orang-orang					
5	Saya tidak akan memberikan kompresi dada jika korban tenggelam yang ditemukan adalah seorang perempuan					
6	saya akan berenang ke tengah laut untuk menolong korban tenggelam					
7	Saya akan segera membawakan korban ke pelayanan kesehatan					
8	Untuk korban perempuan saya akan meminta penolong lain saat akan memberikan bantuan nafas					
9	Saya merasa takut tulang korban patah jika korban tenggelam harus diberikan kompresi dada					
10	Saya akan berhenti menolong korban jika ada penolong yang lebih berpengalaman					

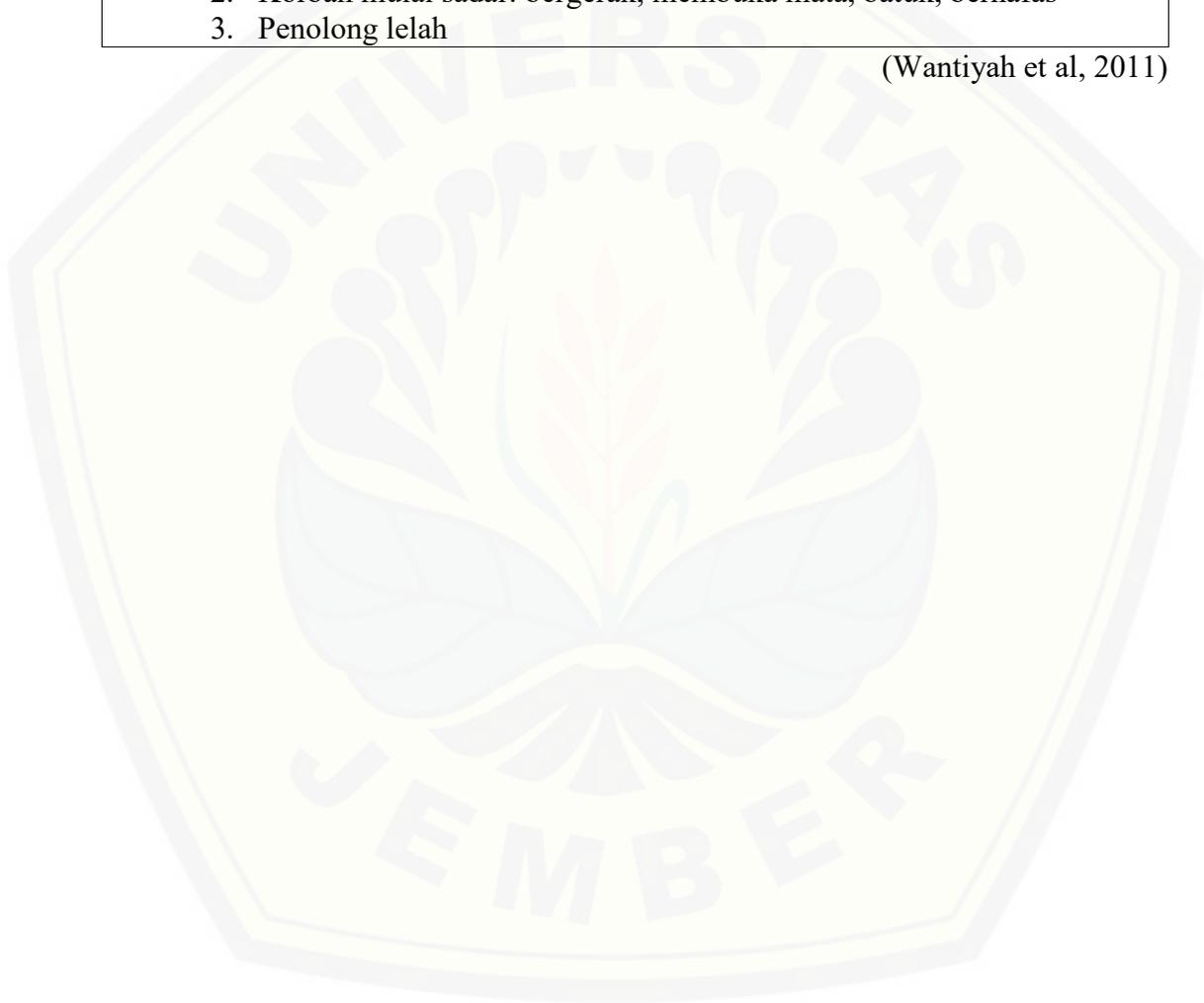
LAMPIRAN G. SOP Resusitasi Jantung Paru

 <p style="text-align: center;">PSIK UNIVERSITAS JEMBER</p>	JUDUL SOP: Resusitasi Jantung Paru		
PROSEDUR TETAP	NO. DOKUMEN:	NO REVISI: II	HALAMAN
	TANGGAL TERBIT: 3 Maret 2011	DITETAPKAN OLEH: Ketua PSIK Universitas Jember	
1. PENGERTIAN	Suatu prosedur untuk memberikan pertolongan kepada klien/korban dengan kegagalan pernafasan dan/atau jantung		
2. TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan bantuan sirkulasi 2. Memberikan bantuan pernafasan 3. Mencegah mortalitas 4. Mencegah morbiditas 		
3. INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien/korban henti nafas 2. Klien/korban henti jantung 		
4. KONTRAINDIKASI	-		
5. PERSIAPAN PASIEN	-		
6. PERSIAPAN ALAT	1. Sarung tangan (jika perlu)		
7. CARA BEKERJA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya bahaya bagi penolong ataupun korban 2. Tepuk bahu korban, dan panggil "PAK/BU" 3. Jika korban berespon <ol style="list-style-type: none"> a. Biarkan korban tetap pada posisi semula b. Kaji masalah yang ada pada korban c. Kaji kondisi korban secara berkala 4. Jika korban tidak berespon: <ol style="list-style-type: none"> a. Hubungi petugas kesehatan (aktifkan EMS) b. Berikan posisi supinasi/terlentang 5. Kaji jalan nafas dan pernafasan korban <ol style="list-style-type: none"> a. Hilangkan sumbatan yang mungkin tampak dari dalam mulut korban. Gunakan jari tangan untuk mengait dan mengeluarkan benda dari dalam mulut korban b. Dongakkan kepala korban dan angkat dagu dengan menggunakan 		

- satu tangan pada bagian dahi korban serta memiringkan kepala ke belakang, pada saat yang sama letakkan kedua jari tangan pada ujung dagu korban dan mengangkatnya
- c. Letakkan telinga di depan mulut dan hidung korban, sembari melihat pergerakan dada rasakan hembusan nafas korban
 - d. Jika ragu-ragu anggap tidak ada nafas
6. Jika tidak ada nafas segera berikan pernafasan buatan
 7. Jika korban bernafas secara normal:
 - a. Berikan *recovery position*
 - b. Kaji pernafasan secara berkala
 - c. Rujuk atau cari bantuan
 8. Periksa nadi karotis (di bagian leher korban)
 - a. Letakkan jari tengah dan telunjuk di leher korban sejajar dengan dagu
 - b. Geser kira-kira 5 cm ke arah kanan/kiri
 - c. Tekan dan rasakan denyut nadi maksimal dalam 10 detik
 9. Jika ada nadi:
 - a. Beri nafas buatan tiap 5-6 detik
 - b. Kaji ulang nadi tiap 2 menit
 10. Jika nadi tidak ditemukan atau penolong ragu-ragu anggap tidak ada nadi dan lakukan pijat jantung:
 - a. Berlututlah disamping korban
 - b. Tempatkan telapak tangan dominan di tengah dada diantara puting susu
 - c. Tempatkan tangan satunya diatas punggung telapak tangan dominan dan kaitkan jari-jari, luruskan lengan dan kunci sendi siku
 - d. Condongkan badan penolong ke depan dengan bertumpu pada dada korban sehingga lengan penolong tegak lurus dengan dada korban
 - e. Lakukan pijat jantung dengan menekan dada korban menggunakan berat tubuh penolong dengan kedalaman minimal 5 cm maksimal 6 cm dengan kecepatan minimal 100x/menit dan maksimal 120x/menit
 - f. Pasikan dada korban kembali dengan sempurna setelah penekanan
 - g. Lakukan pijat jantung 30 kali
 11. Berikan nafas buatan 2 kali:
 - a. Buka jalan nafas
 - b. Ambil nafas biasa
 - c. Pencet hidung korban dan tutup mulut korban dengan mulut penolong secara rapat
 - d. Tiup selama 1 detik sampai dada korban terkembang
 - e. Ulangi setelah 5 detik
 - f. Jika nafas buatan tidak bisa mengembungkan dada pastikan bahwa pembukaan jalan nafas sudah tepat dan periksa adanya benda asing di jalan nafas
 12. Lakukan pijat jantung dan nafas buatan dengan perbandingan 30 : 2

13. Kaji kembali pernafasan dan nadi korban setelah dua siklus pijat jantung dan nafas buatan
14. Jika korban sadar berikan <i>recovery position</i>
8. Evaluasi <ol style="list-style-type: none">1. Adanya gerakan2. Adanya gerakan membuka mata3. Adanya batuk4. Adanya nafas5. Perlunya tindakan lebih lanjut
9. Hal-hal yang perlu diperhatikan <p>Jangan menghentikan resusitasi jantung paru kecuali:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ada penolong yang lebih ahli2. Korban mulai sadar: bergerak, membuka mata, batuk, bernafas3. Penolong lelah

(Wantiyah et al, 2011)



LAMPIRAN H. Lembar Penilaian Praktik

No :
 Nama Responden :
 Usia :
 Pekerjaan :

Judul : Resusitasi Jantung Paru

Aspek yang dinilai	Nilai)*					Nilai
	1	2	3	4	5	
<p>Cara Bekerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya bahaya bagi penolong ataupun korban 2. Tepuk bahu korban, dan panggil “PAK/BU” 3. Jika korban berespon <ol style="list-style-type: none"> a. Biarkan korban tetap pada posisi semula b. Kaji masalah yang ada pada korban c. Kaji kondisi korban secara berkala 4. Jika korban tidak berespon: <ol style="list-style-type: none"> a. Hubungi petugas kesehatan, beri tahu jenis kelamin dan keadaan korban b. Berikan posisi supinasi/terlentang 5. Bebaskan jalan nafas korban 6. <i>Look, listen, and feel</i> (maksimal 10 detik) <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Look</i>: pengembangan dada b. <i>Listen</i>: suara nafas dari mulut korban c. <i>Feel</i>: hembusan nafas di pipi penolong d. jika ragu-ragu anggap tidak ada nafas 7. jika korban bernafas normal: <ol style="list-style-type: none"> a. berikan <i>recovery</i> posisi b. kaji pernafasan secara berkala c. rujuk atau cari bantuan 8. jika korban tidak bernafas periksa nadi karotis (maksimal 10 detik) <ol style="list-style-type: none"> a. meletakkan dua jari atau lebih di tengah leher b. kemudian geser ke tepi sambil sedikit ditekan untuk meraba adanya nadi karotis c. tekan dan rasakan denyut nadi maksimal dalam 10 						

<p>detik</p> <p>9. jika ada nadi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. beri nafas buatan tiap 5-6 detik b. periksa ulang nadi tiap 2 menit <p>10. jika nadi tidak ditemukan atau penolong ragu-ragu anggap tidak ada nadi dan lakukan pijat/kompresi jantung:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. duduk di samping korban b. letakan dua telapak tangan saling menumpu di tengah-tengah dada korban (kurang lebih 2 jari diatas <i>prosesus sipoideus</i>)/diantara puting susu c. letakkan tangan satunya diatas punggung tangan dominandan kaitkan jari-jari, luruskan lengan dan kunci sendi siku. d. Condongkan badan penolong ke depan dengan bertumpu pada dada korban e. Lakukan pijat jantung dengan kedalaman minimal 5 cm (maksimal 6 cm) dengan kecepatan minimal 100x/ menit (maksimal 12x/menit) f. Pastikan dada kembali dengan sempurna setelah penekanan g. Lakukan pijat jantung sebanyak 30 kali <p>11. Berikan nafas buatan 2 kali:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Buka jalan nafas b. Ambil nafas biasa c. Pencet hidung dan tutup mulut korban dengan mulut penolong dengan rapat d. Tiup selam satu detik sampai dada korban terkembang e. Jika nafas buatan tidak bisa mengembangkan dada pastikan bahwa pembukaan jalan nafas sudah tepat dan periksa adanya sumbatan benda asing di jalan nafas <p>12. Lakukan pijat jantung dan nafas buatan dengan rasio 30:2</p>						
--	--	--	--	--	--	--

Hasil :						
JUMLAH						

* Keterangan :

- 1 : tidak dilakukan sama sekali
- 2 : dilakukan tapi tidak sempurna
- 3 : dilakukan dengan bantuan (pengajar, teman)
- 4 : dilakukan mendekati sempurna
- 5 : dilakukan dengan sempurna



Lampiran J. Nilai Afektif

a. Afektif Sebelum Penelitian

No	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	SKOR	NILAI
1	5	3	4	2	2	3	2	1	2	3	27	54
2	5	5	4	3	4	2	2	1	1	3	30	60
3	5	4	3	4	5	2	1	3	3	4	34	68
4	5	4	2	1	3	3	3	4	5	4	34	68
5	5	4	3	3	3	3	3	1	1	3	29	58
6	5	4	4	1	2	3	1	2	1	2	25	50
7	5	3	4	1	2	3	3	4	1	3	29	58
8	4	3	4	2	2	4	3	1	2	3	28	56
9	5	4	3	3	3	4	3	1	3	4	33	66
10	5	5	4	1	1	2	3	3	2	4	30	60
11	5	5	4	2	3	4	2	3	3	4	35	70
12	5	4	4	2	4	4	4	2	3	4	36	72
13	5	5	4	2	2	4	3	1	3	5	34	68
14	5	4	5	2	3	4	2	2	3	4	34	68
15	5	5	5	1	3	5	4	2	3	4	37	74

NB: Nilai = Skor/(Skor maksimal) × 100

b. Afektif Sesudah Penelitian

No	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	SKOR	NILAI
1	5	3	4	4	1	2	3	4	5	5	36	72
2	4	3	3	3	1	1	4	3	3	4	29	58
3	4	4	3	4	2	1	5	3	5	5	36	72

No	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	SKOR	NILAI
4	3	4	3	3	3	4	5	5	5	5	40	80
5	5	5	4	5	5	1	3	4	5	4	41	82
6	5	5	5	1	3	3	5	3	3	4	37	74
7	4	5	3	4	2	3	3	4	5	4	37	74
8	3	4	2	5	2	2	2	4	5	5	34	68
9	3	3	3	2	1	3	4	4	4	4	31	62
10	4	5	2	1	1	1	3	3	5	4	29	58
11	4	4	3	3	1	2	4	5	3	5	34	68
12	3	3	4	2	2	2	4	4	3	4	31	62
13	5	4	5	3	3	2	1	3	3	4	33	66
14	4	3	3	4	4	2	1	1	3	3	28	56
15	5	4	4	3	3	3	4	4	5	4	39	78

NB: Nilai = Skor/(Skor maksimal) × 100

Lampiran K. Nilai Psikomotor

a. Psikomotor sebelum penelitian

No	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	SKOR	NILAI
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	20.00
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	20.00
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	20.00
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	20.00
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	20.00
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	20.00
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	20.00
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	20.00
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	20.00
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	20.00
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	20.00
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	20.00
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	20.00
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	20.00
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	20.00

NB: Nilai = Skor/(Skor maksimal) × 100

Ket:

- 1 : tidak dilakukan sama sekali
- 2 : dilakukan tapi tidak sempurna
- 3 : dilakukan dengan bantuan (pengajar, teman)
- 4 : dilakukan mendekati sempurna
- 5 : dilakukan dengan sempurna

b. Psikomotor sesudah penelitian

No	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	SKOR	NILAI
1	2	4	2	2	4	3	2	3	1	2	2	3	30	50.00
2	1	4	1	2	3	3	3	2	1	2	2	3	27	45.00
3	4	4	2	3	3	3	2	2	1	2	3	3	32	53.33
4	1	4	1	3	3	3	1	2	1	2	2	2	25	41.67
5	3	4	1	1	2	3	2	3	1	2	2	2	26	43.33
6	2	4	1	3	3	3	3	3	1	2	3	3	31	51.67
7	1	3	1	2	4	3	2	2	1	3	3	3	28	46.67
8	2	4	1	3	2	2	3	2	1	3	2	3	28	46.67
9	4	4	2	4	1	3	2	3	1	3	3	3	33	55.00
10	1	4	1	3	2	3	3	3	1	3	3	3	30	50.00
11	3	4	2	2	3	4	2	3	1	3	2	3	32	53.33
12	3	4	2	2	3	3	2	3	1	3	3	2	31	51.67
13	2	4	2	2	3	3	3	3	1	3	2	3	31	51.67
14	1	4	2	2	2	3	2	3	1	3	2	2	27	45.00
15	3	4	2	3	4	3	2	3	1	3	2	2	32	53.33

NB: Nilai = Skor/(Skor maksimal) × 100

Ket:

- 6 : tidak dilakukan sama sekali
- 7 : dilakukan tapi tidak sempurna
- 8 : dilakukan dengan bantuan (pengajar, teman)
- 9 : dilakukan mendekati sempurna
- 10 : dilakukan dengan sempurna

Lampiran L. Hasil Belajar

a. Pretest

NO	KOGNITIF	AFEKTIF	PSIKOMOTOR	HB
1	73.33	54.00	20.00	51.53
2	70.00	60.00	20.00	52.00
3	76.77	68.00	20.00	57.11
4	78.33	68.00	20.00	57.73
5	70.77	58.00	20.00	51.71
6	81.67	50.00	20.00	53.67
7	75.00	58.00	20.00	53.40
8	83.00	56.00	20.00	56.00
9	76.67	66.00	20.00	56.47
10	81.67	60.00	20.00	56.67
11	73.33	70.00	20.00	56.33
12	73.33	72.00	20.00	56.93
13	73.33	68.00	20.00	55.73
14	73.33	68.00	20.00	55.73
15	75.00	74.00	20.00	58.20
Rata-Rata	75.70	63.33	20.00	55.28

Keterangan:

$$HB = \frac{(4N_1 + 3N_2 + 3N_3)}{10}$$

N1 : Nilai Kognitif

N2 : Nilai Afektif

N3 : Nilai Psikomotor

b. Posttest

No	KOGNITIF	AFEKTIF	PSIKOMOTOR	HB
1	81.67	72.00	50.00	69.27
2	76.67	58.00	45.00	61.57
3	75.00	72.00	53.33	67.60
4	78.33	80.00	41.67	67.83
5	81.67	82.00	43.33	70.27
6	71.67	74.00	51.67	66.37
7	80.80	74.00	46.67	68.52
8	81.67	68.00	46.67	67.07
9	78.33	62.00	55.00	66.43
10	85.00	58.00	50.00	66.40
11	90.00	68.00	53.33	72.40
12	80.00	62.00	51.67	66.10
13	83.00	66.00	51.67	68.50
14	81.67	56.00	45.00	62.97
15	86.67	78.00	53.33	74.07
Rata-rata	80.81	68.67	49.22	67.69

Keterangan:

$$HB = \frac{(4N_1 + 3N_2 + 3N_3)}{10}$$

N1 : Nilai Kognitif

N2 : Nilai Afektif

N3 : Nilai Psikomotor

LAMPIRAN M. ANALISIS HASIL BELAJAR MENGGUNAKAN UJI T

Tabel F.1 Daftar Nilai *Pretest dan Post-test*

NO	PRETEST	POSTEST
1	51.53	69.27
2	52.00	61.57
3	57.11	67.60
4	57.73	67.83
5	51.71	70.27
6	53.67	66.37
7	53.40	68.52
8	56.00	67.07
9	56.47	66.43
10	56.67	66.40
11	56.33	72.40
12	56.93	66.10
13	55.73	68.50
14	55.73	62.97
15	58.20	74.07
Rata-rata	55.28	67.69

Uji normalitas dan uji T dilakukan dengan menggunakan *soft-ware SPSS 16* dengan menggunakan Uji *Shapiro-Wilk* dan *Independent Samples T Test* dengan prosedur sebagai berikut :

1. Membuka lembar kerja **Variable View** pada SPSS 16, kemudian membuat dua variable data pada lembar kerja tersebut.
 - a. Variabel pertama : *Pretest*
Tipe data : Numeric, width 8, decimal places 2
 - b. Variabel kedua : *Posttest*
 - c. Tipe data : Numeric, width 8, decimal places 2
2. Memasukkan semua data pada **Data view**
3. Dari baris menu
Uji Normalitas :
 - a. Pilih menu **Analyze**, pilih sub menu **descriptive statistik**.

- b. Pilih explore, klik variable nilai pindah kan ke **Dependent List**, klik variable kelas pindahkan ke **Factor List**
- c. Selanjutnya klik **Plots**
- d. Pada Boxplot, pilihannya none
- e. Pada deskriptive, pilihan semua dikosongkan.
- f. Klik pilihan **Normality Plots with Test**
- g. Lalu **Continue, Ok**

Uji T

- a. Pilih menu **Analyze**, pilih submenu **Compare Means**
- b. Pilih menu **Paired Samples T Test**, kemudian masukkan *variable pretest* dan *posttest* padakolom *paired variable*.
- c. Selanjutnya klik **OK**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pretest	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%
Posttest	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Pretest	Mean	55.2807	.57597
	95% Confidence Interval for Lower Bound		54.0453
	Mean	Upper Bound	56.5160
	5% Trimmed Mean		55.3269
	Median		56.0000
	Variance		4.976
	Std. Deviation		2.23074

	Minimum	51.53	
	Maximum	58.20	
	Range	6.67	
	Interquartile Range	3.53	
	Skewness	-.655	.580
	Kurtosis	-.973	1.121
Posttest	Mean	67.6913	.81956
	95% Confidence Interval for Lower Bound	65.9335	
	Mean Upper Bound	69.4491	
	5% Trimmed Mean	67.6770	
	Median	67.6000	
	Variance	10.075	
	Std. Deviation	3.17415	
	Minimum	61.57	
	Maximum	74.07	
	Range	12.50	
	Interquartile Range	2.90	
	Skewness	.105	.580
	Kurtosis	.685	1.121

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pretest	.246	15	.015	.887	15	.060
Posttest	.175	15	.200*	.961	15	.712

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Untuk table **Test of Normality Shapiro-Wilk**, nilai Sig. atau *p-value* untuk *Pretest* sebesar 0,060 dan untuk *Posttest* sebesar 0,712. Nilai Sig. yang dihasilkan adalah lebih besar dari $\alpha = 0,05$. Sehingga dapat disimpulkan kelompok data tersebut berdistribusi normal. Setelah diketahui bahwa kelompok data

berdistribusi normal, maka pengolahan data yang digunakan adalah *statistic parametric* dengan menggunakan *Paired sample t test*.

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Pretest	55.2807	15	2.23074	.57597
Posttest	67.6913	15	3.17415	.81956

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Pretest & Posttest	15	.213	.446

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Pretest - Posttest	-1.24107	3.46875	.89563	-14.33160	-10.48974	-13.857	14	.000

Interpretasi output bagian paired sample statistics

Pada output diperlihatkan ringkasan *statistic*, yaitu nilai rata-rata *pretest* sebesar 55,28, sedangkan nilai rata-rata *posttest* sebesar 67,69 dengan jumlah responden sebanyak 15

Interpretasi output bagian *paired sample t test*

Berdasarkan output diatas, diketahui nilai Sig. (*2-tailed*) sebesar $0.000 < 0.05$, karena nilai sig (*2-tailed*) lebih kecil dari 0,05 maka dapat disimpulkan bahwa H_a diterima dan H_o ditolak.

LAMPIRAN N. Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Kegiatan pengambilan data *pretest* di rumah responden dusun watu Ulo desa Sumberejo kecamatan Ambulu oleh Agil Bagus Triprastyo Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember



Gambar 2. Kegiatan pelatihan bantuan hidup dasar di dusun watu Ulo desa Sumberejo kecamatan Ambulu oleh Ns. Nur Afifah, S.kep dan Agil Bagus Triprastyo Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember



Gambar 3. Kegiatan pelatihan bantuan hidup dasar di dusun watu Ulo desa Sumberejo kecamatan Ambulu oleh Ns. Nur Afifah, S.kep dan Agil Bagus Triprastyo Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember



Gambar 4. Kegiatan pengambilan data *posttest* di rumah responden dusun watu Ulo desa Sumberejo kecamatan Ambulu oleh Agil Bagus Triprastyo Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

LAMPIRAN O. Contoh Kasus Bantuan Hidup Dasar

Contoh Kasus Pelatihan Bantuan Hidup Dasar

1. Saat berjalan di pantai pada sore hari, Pak Muksin menemukan seseorang tergeletak di tepi pantai, ketika dihampiri orang tersebut tidak sadarkan diri. Setelah diperiksa diketahui pernafasan tidak diketemukan dan nadi 30x/menit. Apa yang harus dilakukan untuk memberikan pertolongan pertama pada orang tersebut?
2. Pak Budi pergi ke laut dengan awak kapalnya, di tengah perjalanan pak budi menemukan perahu kecil milik nelayan yang terbalik, setelah diperhatikan ada orang yang mengambang di laut dekat dengan perahu yang terbalik. Pak Budi bersama rekannya segera menolong orang tersebut. Setelah diperiksa diketahui pernafasan tidak diketemukan dan nadi 40x/menit. Apa yang harus segera dilakukan untuk menolong orang tersebut?
3. Warga digegerkan dengan penemuan orang yang tergeletak di bibir pantai setelah diperiksa diketahui nadi orang tersebut sangatlah lemah dan hampir tidak bisa dirasakan, pernafasan sebanyak 20x/menit. Apa yang harus dilakukan untuk menolong orang tersebut?

LAMPIRAN O. Surat Penelitian**Lembar Hasil Studi Pendahuluan**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mukhsin
Alamat : Dsn. Watu Ulo desa Sumberejo kecamatan Ambulu
Pekerjaan : Nelayan

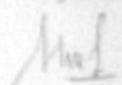
Menyatakan bahwa saya sebagai perwakilan kelompok nelayan di dusun Watu Ulo desa Sumberejo menyatakan telah dilakukan studi pendahuluan dari :

Nama : Agil Bagus Triprastyo
NIM : 102310101094
Fakultas : Ilmu Keperawatan

Dengan judul penelitian “Pengaruh Model Pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI terhadap Kemampuan Melakukan Bantuan Hidup Dasar Kelompok Nelayan Kecamatan Ambulu”. Dengan hasil studi pendahuluan sebagai berikut:

1. Jumlah kelompok nelayan 73 orang;
2. Sering ditemukan korban tenggelam;
3. Jarak lokasi dengan pelayan kesehatan pertama (puskesmas) kurang lebih empat kilometer;
4. Pendidikan terakhir dari 10 orang kelompok nelayan, yaitu 7 dari 10 orang nelayan lulusan SD, 2 orang lulusan SMP, dan sisanya lulusan SMK;
5. Belum pernah diadakan pelatihan bantuan hidup dasar.

Yang menyatakan



Mukhsin
(.....)

Lembar Hasil Studi Pendahuluan

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Riono Hadi
Alamat : Dusun Krajan Lor desa Sumberejo Kec. Ambulu
Pekerjaan : Kepala Desa Sumberejo

Menyatakan bahwa telah dilakukan studi pendahuluan dari :

Nama : Agil Bagus Triprastyo
NIM : 102310101094
Fakultas : Ilmu Keperawatan

Dengan judul penelitian “Pengaruh Model Pembelajaran STAD dengan pendekatan SAVI terhadap Kemampuan Melakukan Bantuan Hidup Dasar Kelompok Nelayan Kecamatan Ambulu”. Dengan hasil studi pendahuluan sebagai berikut:

1. Jumlah kelompok nelayan yang terdaftar 73 orang;
2. Jumlah korban tenggelam pada tahun 2014 sebanyak 8 orang;
3. Masyarakat di dusun Watu Ulo desa Sumberejo kecamatan Ambulu usia 30-50 tahun mayoritas hanya tamatan SD, usia 20-30 tahun mayoritas lulusan SMA;
4. Dalam beberapa waktu terakhir belum pernah diadakan pelatihan bantuan hidup dasar, hanya pelatihan kesiapsiagaan saat terjadi bencana (tsunami).

Kepala Desa Sumberejo



Riono Hadi



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
KECAMATAN MUNCAR
DESA WRINGINPUTIH
Jl. Kh. Askandar No. 02 Telp. (0333) 592870
WRINGINPUTIH

SURAT KETERANGAN

Nomor : 470/ 1922 /429.511.07/2015

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Desa Wringinputih Kecamatan Muncar Kabupaten Banyuwangi dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Lengkap : AGIL BAGUS TRIPRASTYO
Nim : 102310101094
Unit : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Telah selesai melaksanakan uji validitas di Dsn Kabatmantren Desa Wringinputih tanggal 08 Juli s/d 13 Juli 2015.

Demikian untuk menjadi periksa dan maklum adanya.



Wringinputih, 14 Juli 2015

Kepala Desa Wringinputih

MOHAMAD NURHADIS.HI



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
KECAMATAN AMBULU DESA SUMBEREJO
Alamat : Jalan payangan no.09 Telepon (0336) 881681

Nomor : 072/122/35.09.12.2003/X/2015
Sifat : Penting
Perihal : Pemberitahuan

Kepada :
Yth, Sdr, Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan Unifersitas
Jember
Di -
JEMBER

Berdasarkan surat ijin Nomor, 072/1160/314/2015 Tgl 30 Juli 2015 Perihal tugas

Penelitian kepada :

Nama : AGIL BAGUS T
NIM : 102310101094
Inst/Falkultas : Fakultas Ilmu Keperawatan

Benar-benar sudah melaksanakan tugas penelitian sesuai Program di Dusun Watu Ulo
Desa Sumberejo Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember.

Demikian Pemberitahuan ini untuk menjadikan periksa dan terima kasih.

Sumberejo, 07 Oktober 2015

Kepala Desa Sumberejo

RIONO HADI



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS JEMBER**

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kalimantan III/3 Kampus Tegalboto Kotak Pos 162 Telp./Fax
(0331) 323450 Jember 68121

LEMBAR KONSULTASI PENYUSUNAN SKRIPSI

Nama : Agil Bagus Triprastyo
 NIM : 102310101094
 Jurusan/Program : PSIK / PSIK
 Judul Seminar : *Pengaruh Model Pembelajaran STAD dengan Pendekatan SAVI terhadap Kemampuan Bantuan Hidup Dasar pada Nelayan di Kabupaten Jember*
 Pembimbing I : **Ns. Rondhianto, M.Kep.**

KEGIATAN KONSULTASI

No	Tanggal	Materi Konsultasi	T.T Pembimbing
1	23 Februari 2016	Penyusunan Bab 5	
2	17 Maret 2016	Revisi Bab 5: Masukkan hasil analisis uji t	
3	18 Mei 2016	Revisi Bab 5: Tambahkan dalam tabel mean, median, modus	
4	26 September 2016	Tambahkan kemampuan responden sebelum intervensi	
5	9 November 2016	Buat Abstrak dan Ringkasan	
6	15 Desember 2016	Revisi Abstrak dan Ringkasan	
7			

CATATAN :

1. Lembar ini harus dibawa dan diisi setiap melakukan konsultasi
2. Lembar ini harus dibawa sewaktu Seminar Proposal Skripsi dan Ujian Skripsi



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS JEMBER**

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kalimantan III/3 Kampus Tegalboto Kotak Pos 162 Telp./Fax
(0331) 334998 Jember 68121

LEMBAR KONSULTASI PENYUSUNAN SKRIPSI

Nama : Agil Bagus Triprastyo
 NIM : 102310101094
 Jurusan/Program : PSIK / PSIK
 Judul Seminar : *Pengaruh Model Pembelajaran STAD dengan Pendekatan SAVI terhadap Kemampuan Bantuan Hidup Dasar pada Nelayan di Kabupaten Jember*
 Pembimbing II : **Ns. Nur Widayati, S.Kep, M.N.**

KEGIATAN KONSULTASI

No	Tanggal	Materi Konsultasi	T.T Pembimbing
1	24 Maret 2016	Revisi Bab 5: Tata tulis dan tambahkan beberapa referensi	
2	28 Mei 2016	Revisi Bab 5: Tambahkan referensi pada bab pembahasan	
3	25 Oktober 2016	Sesuaikan kesimpulan dengan Tujuan	
4	18 November 2016	Translate Abstrak	
5	16 Desember 2016	Revisi Abstrak dan Ringkasan	
6			
7			

CATATAN :

1. Lembar ini harus dibawa dan diisi setiap melakukan konsultasi
2. Lembar ini harus dibawa sewaktu Seminar Proposal Skripsi dan Ujian Skripsi