

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Konsep *Self Efficacy*

a. Definisi *Self Efficacy*

Self efficacy merupakan penilaian individu tentang kemampuan dalam mengorganisasikan dan melaksanakan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tingkat kinerja tertentu (Abusubhiah et al., 2023). Dalam konteks keperawatan, *self-efficacy* dipandang sebagai kepercayaan mahasiswa terhadap kemampuannya menjalankan fungsi peran keperawatan secara mandiri dan kompeten (Arribas-Marín et al., 2024).

Dari definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa *self efficacy* merupakan keyakinan mahasiswa terhadap kemampuan mengorganisasi dan mengeksekusi tindakan keperawatan, termasuk *first aid* dalam situasi kegawatdaruratan.

b. Dimensi *Self Efficacy*

Bandura (1977) dalam schwarzer et al (2015), menegaskan bahwa penilaian *self-efficacy* yang valid secara psikometrik harus mencakup tiga dimensi struktural. Penggunaan skala satu dimensi yang hanya mengukur kekuatan keyakinan secara global terbukti secara empiris *underestimate* terhadap hubungan *self-efficacy* dengan perilaku domain-spesifik.

1) *Magnitude*

Tingkat kesulitan atau kompleksitas tugas yang diyakini mampu diselesaikan dan mencerminkan ambang kompetensi yang dikuasai. Dalam konteks *first aid*, seorang mahasiswa keperawatan mempunyai keyakinan dan mampu mengelola pasien henti jantung sendirian, dengan alat terbatas, di lingkungan tidak familiar sekalipun (Walsh et al., 2021).

2) *Strength*

Keteguhan keyakinan dalam menghadapi hambatan, kegagalan pertama, atau kondisi tidak ideal dalam menentukan persistensi tindakan. Dalam konteks *first aid*, seorang mahasiswa keperawatan harus mempunyai keyakinan yang tetap dan kokoh untuk melanjutkan prosedur *first aid* meskipun menghadapi kecemasan tinggi, gangguan lingkungan, atau respons awal yang tidak berhasil (Terry et al., 2025).

3) *Generality*

Kemampuan mentransfer keyakinan dari satu situasi kegawatan yang dikuasai ke situasi kegawatan baru yang serupa namun berbeda tempat. Dalam konteks *first aid*, seorang mahasiswa keperawatan harus dalam mengimplementasikan kompetensi dari simulasi dapat ditransfer ke situasi nyata dan ke jenis kegawatan yang beragam (Hustad et al., 2019).

2. Konsep *First aid*

a. Definisi *First aid*

First aid, merupakan serangkaian tindakan segera dan sementara yang diberikan kepada individu yang mengalami cedera atau penyakit mendadak sebelum bantuan medis profesional tiba (Singletary et al., 2015).

World Health Organization (WHO) dalam Ramadhina et al (2024), mendefinisikan pertolongan pertama sebagai penyediaan perawatan awal untuk penyakit atau cedera, yang biasanya dilakukan oleh orang awam, hingga perawatan definitif tersedia.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) menjelaskan bahwa pertolongan pertama adalah tindakan kemanusiaan yang menunjukkan kemauan untuk menyelamatkan nyawa dengan menghormati keragaman dan tanpa diskriminasi (Citaristi, 2022).

b. Dimensi *First aid*

1) Dimensi Kognitif

Dalam situasi ini dilakukan pengenalan dan penilaian awal (*recognition and assessment*).

a) Penilaian Situasi (*Scene Assessment*)

Kemampuan untuk mengenali potensi bahaya di lokasi kejadian, misalnya kebakaran, kabel listrik, lalu lintas. Hal tersebut berguna untuk memastikan keselamatan penolong,

korban, dan orang di sekitar. Ini membutuhkan proses berpikir kritis dan observasi cepat (Singh, 2025).

b) Penilaian Kesadaran Korban (*Primary Assessment*)

Melakukan pemeriksaan respon pasien meliputi *Alert, Voice, Pain, Unresponsive* (AVPU) untuk menentukan tingkat kesadaran secara cepat (Dogjani et al., 2023).

c) Identifikasi Tanda Kehidupan dan Kondisi Darurat

Menilai jalan napas (*airway*), pernapasan (*breathing*), dan sirkulasi (*circulation*). Mahasiswa harus mampu mengenali tanda-tanda henti napas, henti jantung, tersedak, syok, dan perdarahan berat sebagai prioritas pertolongan. Hal ini menuntut pengetahuan klinis yang solid untuk melakukan triase dan menetapkan prioritas tindakan (Husain et al., 2024).

2) Dimensi Afektif

Dalam situasi ini dilakukan pengambilan keputusan dan komunikasi (*decision making and communication*)

a) Aktivasi Sistem Layanan Darurat

Keputusan dan kemampuan untuk segera menghubungi atau meminta bantuan medis profesional, dengan menyampaikan informasi yang jelas dan akurat meliputi lokasi, kronologi singkat, jumlah dan kondisi korban (Khorram-Manesh et al., 2020).

b) Kemauan dan Kepercayaan Diri untuk Bertindak

Aspek psikologis seperti mengatasi keraguan, kecemasan, atau bystander effect sangat krusial. Di sinilah *self-efficacy* berperan penting. Keyakinan akan kemampuan diri sendiri menentukan apakah seorang mahasiswa akan memutuskan untuk bertindak atau justru menghindar dari tanggung jawab (Usher et al., 2023).

c) Dukungan Psikologis Awal

Memberikan ketenangan dan rasa aman kepada korban yang sadar. Komunikasi empatik seperti memperkenalkan diri, menjelaskan maksud pertolongan, dan mendengarkan keluhan korban merupakan bagian integral dari *first aid* yang manusiawi dan holistik (Kus et al., 2019).

3) Dimensi Psikomotorik

Dalam situasi ini dilakukan implementasi tindakan pertolongan (*implementation of first aid skills*)

a) Resusitasi Jantung Paru (RJP) Dasar

Melakukan kompresi dada dan bantuan napas dengan teknik dan rasio yang benar pada korban henti jantung (Fithriany et al., 2025).

b) Penanganan Tersedak (*choking*)

Melakukan *back blows* dan *abdominal thrust* (Heimlich maneuver) pada korban dewasa sadar yang mengalami sumbatan jalan napas total (Mohammed Radi Bodrees et al., 2025).

c) Kontrol Perdarahan

Menerapkan teknik penekanan langsung, elevasi, dan pembalutan luka (*pressure bandage*) untuk menghentikan perdarahan eksternal, serta mengenali tanda-tanda syok hipovolemik (Abdullah Badi Albaqaawi et al., 2025a).

d) Imobilisasi dan Pembidaian

Memfiksasi bagian tubuh yang dicurigai mengalami patah tulang atau dislokasi menggunakan bidai yang sesuai untuk mencegah cedera lebih lanjut (Harrigan, 2021).

e) Perawatan Luka Bakar dan Evakuasi Sederhana

Mendinginkan luka bakar derajat ringan dengan air mengalir dan melakukan teknik evakuasi darurat yang aman jika diperlukan untuk memindahkan korban dari zona bahaya (Kamolova & Djuraev, 2024).

Sementara itu, berdasarkan panduan internasional dalam jurnal Citaristi et al (2022), perilaku *first aid* dalam konteks mahasiswa keperawatan dapat dioperasionalisasikan melalui enam dimensi utama yang membentuk cascade respons sistematis

1) *Scene Safety Assessment*

Penilaian keamanan lingkungan menggunakan protokol DRSCAB sebelum mendekati korban; identifikasi potensi bahaya sekunder bagi penolong. Standar kualitas minimum mensyaratkan penilaian selesai dalam waktu kurang dari atau sama dengan 10 detik tanpa melewatkan potensi bahaya utama. Standar minimumnya adalah

call-for-help dalam waktu kurang dari atau sama dengan 30 detik setelah konfirmasi kegawatan (Taechapeti, 2024).

2) *Emergency Activation*

Ketepatan dan kecepatan mengaktifkan rantai respons darurat: memanggil 119/IGD, meminta AED, memobilisasi bantuan terdekat. Standar minimumnya adalah *call-for-help* dalam waktu kurang dari atau sama dengan 30 detik setelah konfirmasi kegawatan (Kim et al., 2022).

3) *CPR / RJP*

Kualitas kompresi dada, kedalaman 5–6 cm, frekuensi 100–120×/menit, *complete recoil*, rasio 30:2, minimisasi interupsi. Standar minimum mensyaratkan *fraction* tidak terganggu minimal 60% dan kedalaman akurat minimal 70% dari total kompresi (Agostinucci et al., 2021).

4) *Airway & Breathing*

Positioning korban (*recovery position*), *head-tilt chin-lift* / *jaw thrust*, identifikasi kebutuhan *airway* lanjutan, *rescue breathing*. Pembukaan jalan napas harus dicapai dalam kurang dari atau sama dengan 15 detik, dengan ventilasi yang menghasilkan *visible chest rise* (Ferrari, 2020).

5) *Hemorrhage & Shock Control*

Teknik kompresi langsung, tourniquet sementara, elevasi ekstremitas, posisi anti-syok, monitoring tingkat kesadaran dan tanda perfusi korban. Perdarahan harus terkontrol dalam kurang dari atau

sama dengan 2 menit dan posisi syok harus diterapkan dengan tepat (Abdullah Badi Albaqaawi et al., 2025b).

6) *Emergency Communication*

Efektivitas komunikasi klinis menggunakan kerangka SBAR/ISBAR kepada tim medis, delegasi tugas, koordinasi dalam kondisi stres tinggi. SBAR harus disampaikan secara lengkap dan akurat dalam waktu kurang dari atau sama dengan 60 detik (Alyami et al., 2024).

3. Teori Keperawatan yang Relevan Dengan *Self-efficacy* dan *First aid*

a. *Social Cognitive Theory* (Bandura, 1997)

Dalam model ini, *self-efficacy* bukan variabel mediator pasif melainkan variabel aktif yang menentukan pilihan aktivitas dan lingkungan yang dihadapi, besarnya usaha yang dicurahkan, persistensi menghadapi hambatan, dan kualitas pemikiran dan respons emosional dalam situasi penuh tekanan. Seluruhnya relevan untuk perilaku *first aid* dalam kegawatdaruratan (Bandura, 1977).

Social Cognitive Theory mengidentifikasi empat sumber pembentuk *self-efficacy* yang berbeda dalam kekuatannya dan memiliki implikasi yang berbeda bagi intervensi pendidikan

1) *Mastery Experiences* (Pengalaman Keberhasilan)

Sumber ini bekerja melalui mekanisme keberhasilan nyata dalam tugas serupa, membentuk keyakinan melalui bukti kinerja aktual yang tidak dapat disangkal. Dalam pendidikan kegawatdaruratan, manifestasinya adalah keberhasilan melakukan

RJP berkualitas tinggi dalam simulasi *high-fidelity* dengan umpan balik objektif dari CPR meter. Implikasi intervensinya adalah perancangan simulasi bertahap (*progressive mastery*) yang memastikan keberhasilan nyata, bukan sekadar penyelesaian latihan (Koçkaya et al., 2024)

2) *Vicarious Experiences* (Pengalaman Observasional)

Bekerja melalui observasi model, baik rekan maupun instruktur yang berhasil. Efeknya lebih kuat jika model dianggap sebanding (*peer*). Dalam praktiknya, ini berarti menyaksikan mahasiswa senior menangani kasus syok dengan kompeten dalam simulasi atau klinik nyata. Implikasi intervensinya mencakup *peer-teaching* berbasis demonstrasi, video model prosedur, dan observasi terstruktur di IGD (Albar & Findyartini, 2023).

3) *Verbal Persuasion* (Persuasi Sosial)

Bekerja melalui umpan balik positif yang spesifik dari sumber yang dipersepsikan kredibel dan kompeten. Umpan balik yang efektif bersifat spesifik-perilaku. Implikasi intervensinya adalah *debriefing* terstruktur pasca-simulasi dengan umpan balik berbasis perilaku yang konkret dan terukur (Eppich et al., 2015).

4) *Physiological dan Affective States* (Kondisi Fisiologis-Afektif)

Bekerja melalui interpretasi respons fisiologis (denyut jantung meningkat, gemetar) sebagai tanda kesiapan atau tanda ketidakmampuan. Implikasi intervensinya mencakup pelatihan

regulasi emosi, *mindfulness* pra-simulasi, dan reframing kognitif tentang makna arousal dalam situasi darurat (Jamieson et al., 2018).

b. *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 1991)

Theory of Planned Behavior mengajukan bahwa perilaku manusia yang disengaja paling baik diprediksi oleh intensi perilaku (*behavioral intention*), yang ditentukan oleh tiga determinan psikologis yang beroperasi secara simultan.

1) *Attitude toward Behavior* (Sikap terhadap Perilaku)

Merupakan evaluasi positif atau negatif terhadap perilaku *first aid* itu sendiri, yang berfungsi sebagai produk keyakinan tentang konsekuensi dikalikan penilaian terhadap konsekuensi tersebut. Dalam *first aid*, sikap positif tercermin dalam pandangan bahwa melakukan pertolongan pertama adalah tindakan yang benar dan bermakna secara profesional. *Self-efficacy* yang tinggi mendorong sikap lebih positif karena individu mempersepsikan *outcome* yang lebih baik dan konsekuensi kegagalan yang lebih dapat dikelola (Ekaprasetya & Kristanto, 2022).

2) *Subjective Norm* (Norma Subjektif)

Persepsi tentang tekanan sosial dari instruktur, rekan, dan komunitas profesional untuk melakukan atau tidak melakukan tindakan. Dalam konteks keperawatan, norma ini tercermin dalam harapan instruktur dan rekan senior agar mahasiswa berinisiatif dalam situasi darurat. *Self-efficacy* memperkuat resistensi terhadap

bystander effect dan memperkuat pengaruh norma positif dari lingkungan akademik (Wei et al., 2025).

3) *Perceived Behavioral Control* (Kontrol Perilaku yang Dipersepsikan)

Persepsi tentang kemudahan atau kesulitan melaksanakan perilaku, secara konseptual beririsan substansial dengan *self-efficacy* Bandura. Dalam praktiknya, hal ini terwujud dalam keyakinan mahasiswa bahwa dirinya memiliki keterampilan dan kemampuan untuk melaksanakan RJP dengan benar bahkan dalam kondisi tidak ideal (Yuzarion et al., 2017).

4. Landasan Teori Faktor-Faktor yang Memoderasi Hubungan *Self-Efficacy* dengan Perilaku *First Aid*

Hubungan antara *self-efficacy* dengan perilaku *first aid* pada mahasiswa keperawatan dalam situasi kegawatdaruratan tidak selalu bersifat linier, melainkan dipengaruhi oleh berbagai faktor moderasi. Faktor-faktor moderasi tersebut mengubah kekuatan maupun arah hubungan, baik memperkuat (*positive moderator*) maupun memperlemah (*negative moderator*) manifestasi keyakinan diri mahasiswa menjadi tindakan pertolongan di lapangan melalui landasan teori berikut:

a. Pengalaman Pelatihan

Pelatihan kegawatdaruratan terstruktur yang didapatkan mahasiswa bertindak sebagai moderator positif yang menguatkan hubungan antara keyakinan diri dengan kompetensi klinis. Berdasarkan *Experiential Learning Theory* dari Kolb, pengetahuan diperoleh melalui

transformasi pengalaman nyata, yang dalam konteks keperawatan difasilitasi melalui metode simulasi (Kolb, 1984).

Mahasiswa yang memiliki *self-efficacy* tinggi disertai riwayat pelatihan yang cukup melalui pengulangan simulasi (*mastery experience*) akan menunjukkan hubungan yang jauh lebih kuat terhadap ketepatan perilaku *first aid* prosedural dibandingkan mereka yang hanya memiliki efikasi diri teoretis (Kılıç & Şimşek, 2019). Pelatihan berkala menggunakan manekin atau skenario kegawatdaruratan terbukti mematangkan aspek psikomotor mahasiswa, sehingga memicu eksekusi tindakan *bystander CPR* yang lebih cepat dan terstandar (Mao et al., 2021a).

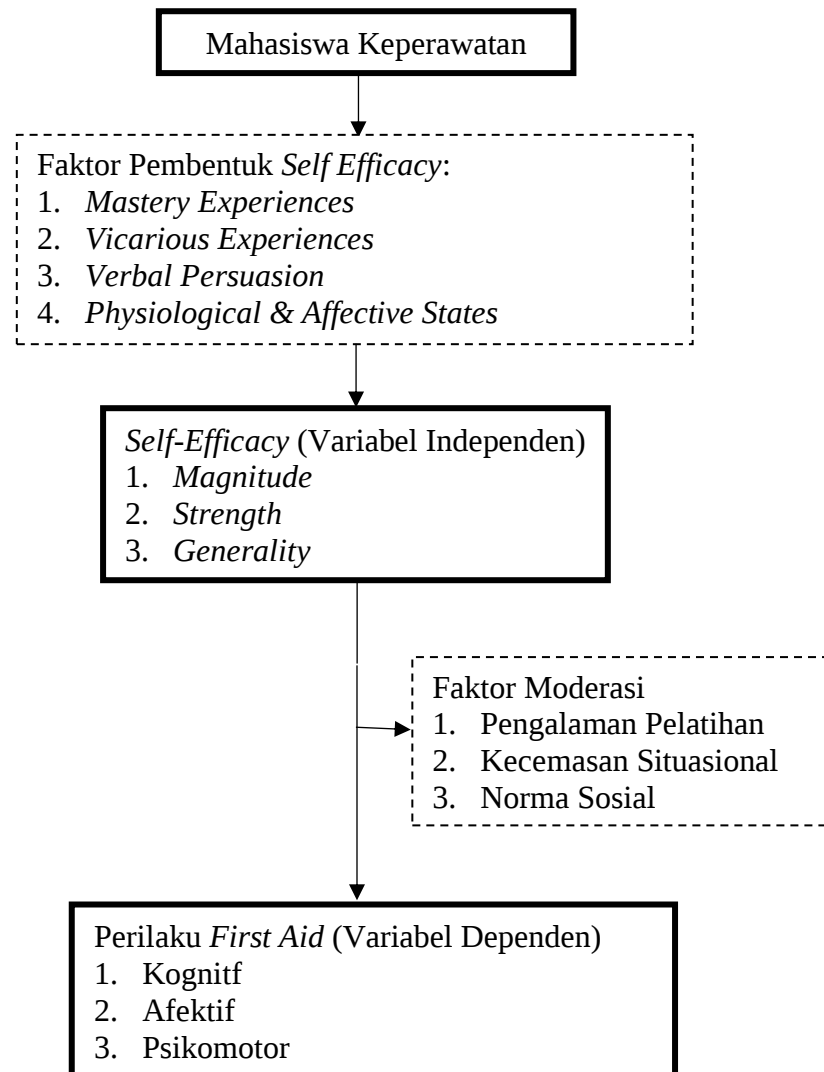
b. Kecemasan Situasional

Kecemasan situasional akibat kondisi lingkungan yang kacau, paparan darah, atau cedera parah di lokasi kejadian merupakan moderator negatif yang dapat menghambat tindakan penolong. Berdasarkan *Yerkes-Dodson Law*, terdapat hubungan berbentuk kurva U-terbalik antara tingkat kecemasan dengan performa perilaku, di mana kecemasan yang ekstrem atau kepanikan akan merusak fungsi kognitif dan koordinasi motorik (Yerkes & Dodson, 1908). Rasa takut berbuat salah (*fear of making mistakes*) atau ketakutan akan memperburuk cedera korban (cedera sekunder) membuat mahasiswa keperawatan mengurungkan niat untuk melakukan pertolongan langsung meskipun mereka memiliki efikasi diri yang tinggi (Bayageldi & Kaloğlu Binici, 2024a).

c. Norma Sosial dan Konteks Lingkungan

Faktor lingkungan dan kehadiran orang lain di sekitar lokasi kejadian memoderasi hubungan efikasi-perilaku melalui konstruksi norma subjektif. Berdasarkan komponen *Subjective Norms*, individu cenderung melakukan suatu tindakan jika mereka mempersepsikan adanya dukungan sosial atau ekspektasi positif dari orang-orang penting di sekitarnya (Ajzen, 1991). Sebaliknya, teori psikologi sosial mengenai *Bystander Effect* menjelaskan bahwa kehadiran orang awam yang banyak dan pasif di lokasi kejadian dapat memicu difusi tanggung jawab, yang berakibat pada melemahnya dorongan mahasiswa keperawatan untuk bertindak karena terpengaruh oleh keraguan kelompok di sekitarnya (Darley & Latane, 1968).

B. Kerangka Teori



Bagan 2. 1 Kerangka Teori

Keterangan:



: diteliti



: tidak diteliti