

# PENANGANAN HENTI JANTUNG

## PERAN DAN INTENSI MASYARAKAT



Eka Yulia Fitri, S. Kep., Ners, M. Kep.  
Dhona Andhini, S. Kep., Ners, M. Kep.

# **PENANGANAN HENTI JANTUNG: PERAN DAN INTENSI MASYARAKAT**

## **Penulis:**

Eka Yulia Fitri, S. Kep., Ners, M. Kep.

Dhona Andhini, S. Kep., Ners, M. Kep.



# **PENANGANAN HENTI JANTUNG: PERAN DAN INTENSI MASYARAKAT**

**Penulis:** Eka Yulia Fitri, S. Kep., Ners, M. Kep.  
Dhona Andhini, S. Kep., Ners, M. Kep.

**Desain Sampul:** Ivan Zumarano  
**Penata Letak:** Achmad Faisal

**ISBN:** 978-634-7139-32-0

**Cetakan Pertama:** Februari, 2025

Hak Cipta © 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

**Copyright © 2025**

**by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

*All Right Reserved*

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website : [www.nuansafajarcemerlang.com](http://www.nuansafajarcemerlang.com)

Instagram : @bimbel.optimal



Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang  
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F  
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah  
Jakarta Barat, 11480  
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

## **Perpustakaan Nasional RI : Katalog Dalam Terbitan (KDT)**

JUDUL DAN PENANGGUNG JAWAB	Penanganan henti jantung : peran dan intensi masyarakat / penulis, Eka Yulia Fitri, S.Kep., Ners, M.Kep., Dhona Andhini, S. Kep., Ners, M.Kep.
EDISI	Cetakan pertama
PUBLIKASI	Jakarta Barat : PT Nuansa Fajar Cemerlang, 2025
DESKRIPSI FISIK	98 halaman ; 30 cm
IDENTIFIKASI	ISBN 978-634-7139-32-0
SUBJEK	Jantung - Kesehatan
KLASIFIKASI	616.12 [23]
PERPUSTAKAAN ID	<a href="https://isbn.perpusnas.go.id/bo-penerbit/penerbit/isbn/data/view-">https://isbn.perpusnas.go.id/bo-penerbit/penerbit/isbn/data/view-</a>

# Prakata

Alhamdulilah, puji syukur kepada Allah *Subhanallahu wa ta'ala* yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan Buku Penanganan Henti Jantung: Peran dan Intensi Masyarakat ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini disusun untuk memudahkan pembaca mengetahui informasi mengenai peran masyarakat dalam pemberian pertolongan pada kasus henti jantung di luar rumah sakit dan intensi masyarakat terhadap tindakan resusitasi jantung paru sebagai upaya untuk meningkatkan kelangsungan hidup korban henti jantung.

Buku ini mengangkat kasus mengenai henti jantung di luar rumah sakit (*out-of-hospital cardiac arrest*) yang kerap terjadi di masyarakat. Henti jantung di luar rumah sakit merupakan permasalahan serius yang dihadapi oleh berbagai negara, termasuk Indonesia. Henti jantung yang terjadi di luar rumah sakit merupakan masalah kesehatan yang mengancam nyawa dan korban dengan henti jantung di luar rumah sakit sangat membutuhkan pertolongan dari orang yang berada di sekitarnya. Namun, kesiapsiagaan masyarakat terhadap pertolongan pertama pada korban yang mengalami henti jantung masih menemui berbagai kendala sehingga strategi dan pendekatan keilmuan diperlukan untuk mengatasi permasalahan kesehatan ini. Perawat memiliki peran yang penting baik sebagai pemberi perawatan, pemberi pendidikan kesehatan, kolaborasi, dan peran lainnya dalam mengatasi permasalahan tersebut.

Semoga buku ini dapat bermanfaat sebagai rujukan dalam pengembangan ilmu keperawatan di Indonesia. Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini.

## Penulis

# Daftar Isi

<b>Prakata .....</b>	<b>iii</b>
<b>Daftar Isi .....</b>	<b>iv</b>
<b>BAB 1 Pendahuluan .....</b>	<b>1</b>
<b>BAB 2 Tinjauan Anatomi dan Fisiologi: Sistem Kardiovaskular dan Sistem Respirasi.....</b>	<b>4</b>
A. Sistem Kardiovaskular.....	4
B. Sistem Respirasi .....	8
<b>BAB 3 Penyakit Jantung Koroner .....</b>	<b>14</b>
A. Penyakit Arteri Koroner.....	14
B. Sindroma Koroner Akut.....	15
C. Henti Jantung Mendadak.....	17
D. Henti Napas .....	20
<b>BAB 4 Bantuan Hidup Dasar .....</b>	<b>23</b>
A. Bantuan Hidup Dasar.....	24
B. Resusitasi Jantung Paru .....	27
<b>BAB 5 Perilaku dan Intensi.....</b>	<b>33</b>
A. Perilaku .....	33
B. Teori Perilaku.....	34
C. Intensi.....	40
<b>BAB 6 Peran dan Tanggung Jawab Perawat .....</b>	<b>44</b>
A. Sejarah Singkat Perkembangan Keperawatan di Dunia .....	44
B. Standar Praktik Keperawatan .....	47
C. Peran dan Tanggung Jawab Perawat.....	52

<b>BAB 7 Peran dan Intensi Masyarakat Terhadap Tindakan Resusitasi Jantung Paru .....</b>	<b>54</b>
A. Peran Masyarakat dalam Penanganan Korban Henti Jantung .....	54
B. Intensi Masyarakat terhadap Tindakan Resusitasi Jantung Paru....	55
C. Faktor yang Memengaruhi Intensi Masyarakat terhadap Tindakan Resusitasi Jantung Paru .....	63
D. Promosi dan Edukasi Tindakan Resusitasi Jantung Paru pada Masyarakat.....	65
E. Peran Perawat dalam Upaya Peningkatan Intensi Masyarakat terhadap Tindakan Resusitasi Jantung Paru.....	69
<b>BAB 8 Penutup .....</b>	<b>73</b>
<b>Daftar Pustaka.....</b>	<b>75</b>
<b>Glosarium.....</b>	<b>84</b>
<b>Profil Penulis .....</b>	<b>89</b>



# BAB 1

## Pendahuluan

Henti jantung masih menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada hampir seluruh negara di dunia. Kejadian henti jantung berdampak luas pada individu berbagai usia, jenis kelamin, ras, geografi, dan status sosial ekonomi. Henti jantung yang terjadi di rumah sakit (*In-Hospital Cardiac Arrest/ IHCA*) diperkirakan terjadi pada 9,7 per 1000 kejadian henti jantung pada orang dewasa dan 2,7 kejadian pada anak per 1000 rawat inap di Amerika Serikat. Sementara itu, layanan medis darurat di Amerika Serikat setidaknya merespons lebih dari 347.000 orang dewasa dan lebih dari 7.000 anak-anak berusia kurang dari 18 tahun yang mengalami kejadian henti jantung di luar rumah sakit.

Henti jantung yang terjadi di luar rumah sakit atau *Out-of-Hospital Cardiac Arrest* (OHCA) adalah salah satu masalah kesehatan masyarakat global dengan tingkat mortalitas sebanyak jutaan orang setiap tahunnya. Laporan dari *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) pada tahun 2020 menyebutkan bahwa kejadian OHCA yang ditangani oleh sistem pelayanan gawat darurat di dunia berkisar antara 30,0 hingga 97,1 per 100.000 populasi dengan *survival rate* bervariasi antara 3,1% sampai dengan 20,4%. Insiden henti jantung di luar rumah sakit pun menjadi masalah kesehatan di kawasan Asia dengan kematian akibat penyakit jantung kini telah menjadi penyebab utama kematian. Insiden OHCA di Jepang antara tahun 2005 hingga 2012 terjadi pada lebih dari 900.000 penduduk. Sementara itu, prevalensi kejadian henti jantung di luar rumah sakit di Indonesia belum terdata secara survei nasional. Namun, data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan tren peningkatan penyakit jantung menjadi 1,5% dan menjadi penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Penyakit jantung adalah salah satu faktor risiko terjadinya henti jantung.

Sejak penggunaan pedoman penanganan henti jantung yang terstandar pada hampir seluruh dunia pada tahun 2004, hasilnya menunjukkan terjadi peningkatan keberhasilan penanganan henti jantung diantara kasus IHCA pada orang dewasa dan anak-anak, namun peningkatan serupa tidak terlihat pada kasus OHCA. Proporsi kembalinya sirkulasi spontan (*return of spontaneous circulation/ ROSC*) yang merupakan penanda keberhasilan pemberian pertolongan kepada korban setelah mengalami OHCA pada dasarnya tetap tidak berubah sejak tahun 2012. Sebagian besar variasi dalam tingkat kelangsungan hidup diperkirakan disebabkan oleh kekuatan rantai kelangsungan hidup (*Chain of Survival*) yaitu serangkaian tindakan penting secara berurutan yang dilakukan dalam waktu cepat untuk memaksimalkan peluang kelangsungan hidup akibat henti jantung.

Tindakan yang paling penting dalam penanganan penderita OHCA adalah pengenalan awal kondisi henti jantung oleh orang yang pertama kali menemukan penderita dan diikuti dengan tindakan resusitasi jantung paru (RJP) dengan tepat, dengan tanpa atau disertai pemberian defibrilasi portabel (*automated external defibrillator/AED*). Suatu penelitian yang dilakukan selama periode tahun 2010 hingga 2011 di Pristina, Kosovo menemukan bahwa 90% penderita henti jantung mengalami kejadian fatal setelah serangan dan hanya 10% yang dapat bertahan hidup. Korban yang selamat dari henti jantung ternyata telah menerima bantuan medis berupa tindakan RJP dalam waktu 10 menit setelah serangan henti jantung terjadi. Beberapa penelitian lainnya juga menunjukkan pentingnya tindakan segera bagi korban henti jantung di awal serangan.

Angka kelangsungan hidup pada korban yang mengalami henti jantung yang mendapatkan tindakan RJP secara signifikan jauh lebih tinggi dibandingkan dengan korban yang tidak dilakukan RJP. Korban henti jantung yang menerima RJP yang tepat mempunyai prognosis lebih baik dan 25,5% penyintas dapat bertahan hidup. Persentase pemberian tindakan RJP sebagai upaya pertolongan segera pada korban henti jantung yang dilakukan oleh orang yang pertama kali menemukan korban (*first responder*) masih sangat rendah pada beberapa negara. Studi-studi yang dilakukan di berbagai negara termasuk di Indonesia menunjukkan bahwa niat (intensi) dalam melakukan tindakan RJP pada korban henti jantung di luar rumah sakit masih rendah, baik oleh kelompok kesehatan maupun masyarakat.

Uraian di atas mengilhami penulis untuk mengulas secara mendalam mengenai OHCA, seberapa penting peran dan intensi masyarakat terhadap tindakan RJP terhadap peluang hidup korban, faktor-faktor yang memengaruhinya, dan peran dan tanggung jawab perawat dalam upaya meningkatkan intensi masyarakat terhadap tindakan RJP bagi korban henti jantung di luar rumah sakit.

Pada bab selanjutnya, akan diuraikan berbagai pendekatan teori dan penelitian-penelitian yang terkait untuk memperkuat justifikasi terhadap pentingnya peran dan intensi masyarakat bagi kelangsungan hidup korban henti jantung di luar rumah sakit.

# BAB 2

## Tinjauan Anatomi dan Fisiologi: Sistem Kardiovaskular dan Sistem Respirasi

### A. Sistem Kardiovaskular

Sistem kardiovaskular merupakan sistem di dalam tubuh yang mencakup jantung, pembuluh darah, dan darah. Sistem kardiovaskular bekerja secara kompleks untuk menyediakan aliran darah yang memadai ke seluruh organ tubuh. Pengaturan sistem kardiovaskular terjadi melalui berbagai stimulus, termasuk perubahan volume darah, hormon, elektrolit, osmolaritas, kelenjar adrenal, organ ginjal, sistem saraf parasimpatis dan simpatik, serta efek dari penggunaan obat-obatan tertentu.

Jantung adalah organ yang bertugas untuk memompa darah dan mengalirkan darah langsung ke dalam pembuluh darah arteri, khususnya aorta atau arteri pulmonalis. Jantung terdiri dari empat ruang, yaitu atrium kanan (*atrium dextrum*), atrium kiri (*atrium sinistrum*), ventrikel kanan (*ventriculus dexter*), dan ventrikel kiri (*ventriculus sinister*). Jantung juga memiliki sejumlah katup untuk memisahkan atrium dan ventrikel, yang terdiri dari katup atrioventrikularis (*valva atrioventricularis*), katup aorta (*valva aortae*), dan katup semilunaris (*valva semilunaris*).

Sel otot jantung saling menyambung untuk membentuk serat bercabang yang ujungnya saling berkaitan dengan struktur khusus yang disebut *diskusi interkalatus*. *Diskus interkalatus* tampak sebagai area gelap yang menyilangi serabut otot jantung. *Diskus interkalatus* terdiri dari dua membran *junction* yaitu *desmosome* dan *gap junction*. *Desmosome* merupakan jenis *junction* yang melekat dan mempertahankan sambungan sel bersama secara mekanis, terutama pada jaringan jantung yang harus bertahan terhadap stres mekanis. Sementara itu, struktur dari *gap junction* mempertahankan hubungan antarsel dan mempunyai tekanan listrik yang amat rendah, sehingga potensial aksi antar sel dapat dengan mudah berjalan tanpa suatu tahanan yang berarti. Sel miokardium membentuk suatu sinsitium fungsional, jika salah satu sel terangsang maka potensial aksi akan menyebar ke seluruh sel dalam sinsitium tersebut.

Pembuluh darah sangat penting karena mengontrol jumlah aliran darah ke bagian tubuh tertentu. Pembuluh darah meliputi arteri, kapiler, dan vena. Arteri membawa darah menjauh dari jantung, terbagi menjadi arteri besar dan kecil. Arteri besar memiliki karakteristik lebih tebal dan lebih elastis karena menerima tekanan aliran darah tertinggi dari jantung. Arteri yang lebih kecil, seperti arteriol, memiliki lebih banyak otot polos, yang berkontraksi atau berrelaksasi untuk mengatur aliran darah ke bagian tubuh tertentu. Arteriol bersifat lebih kaku karena tekanan darah yang diterima lebih rendah dan menyumbang sebagian besar resistensi dalam sirkulasi paru. Selanjutnya, kapiler yang bercabang dari arteriol dan merupakan lapisan sel tunggal. Lapisan tipis ini menukar nutrien, gas, dan sisa metabolisme di dalam jaringan dan organ. Pembuluh darah vena mengangkut darah yang rendah oksigen kembali ke jantung. Vena memiliki katup yang berfungsi untuk mencegah aliran balik darah.

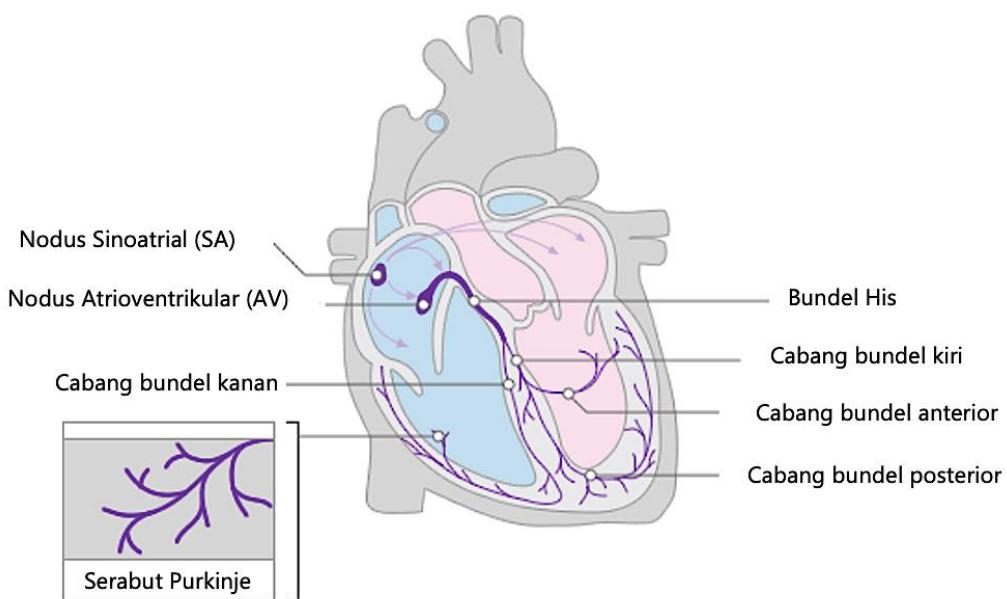
Seluruh organ dalam sistem tubuh sangat tergantung pada proses homeostasis agar dapat melakukan fungsinya dengan adekuat. Homeostasis sistem kardiopulmonal terletak pada hubungan antara organ paru, jantung, dan sistem vaskular dengan tujuan pertukaran gas demi berlangsungnya metabolisme sel atau jaringan tubuh. Hal ini dikarenakan metabolisme tubuh sangat tergantung dari difusi gas yang terus-menerus yaitu suplai oksigen dan pengeluaran karbondioksida. Terdapat dua sistem pembuluh kapiler sebagai tempat pertukaran gas (*gas exchange*) yaitu pembuluh darah kapiler sistemik dan kapiler pulmonal.

1. Pembuluh kapiler sistemik, disebut juga sirkulasi mikro, terdiri atas pembuluh darah antara sistem arteri dan vena. Pembuluh darah kapiler sistemik berfungsi sebagai sarana transportasi pertukaran gas dan memasok nutrien ke sel-sel tubuh.

2. Kapiler pulmonal, terdiri atas pembuluh darah antara arteri pulmonalis dan vena pulmonalis, yang berperan sebagai sarana pertukaran gas di dalam alveoli paru antara darah dengan lingkungan luar melalui paru.

### Sistem Konduksi Jantung

Sistem konduksi jantung meliputi sel-sel otot jantung dan serabut konduksi yang bertugas untuk memulai impuls listrik dan menghantarkannya melalui jantung (lihat gambar 2.1). Sistem konduksi jantung terdiri dari nodus sinoatrial (*SA node*), nodus atrioventrikular (*AV node*), bundel His (*Bundle of His*) dan percabangannya, dan serabut-serabut Purkinje. Dengan adanya sistem konduksi membuat ruang-ruang jantung berkontraksi. Impuls listrik dimulai oleh nodus sinoatrial sehingga menyebabkan kedua atrium berkontraksi secara bersamaan dan selanjutnya impuls dialirkan menuju nodus atrioventrikular dan menyebar ke bundel His dan percabangannya, serta serabut-serabut Purkinje yang berada di sekitar ventrikel dan menyebabkan kedua ventrikel berkontraksi.



**Gambar 2.1 Komponen dalam Sistem Konduksi Jantung**

Sumber: diterjemahkan dari Moran (2006)

### Sirkulasi Peredaran darah

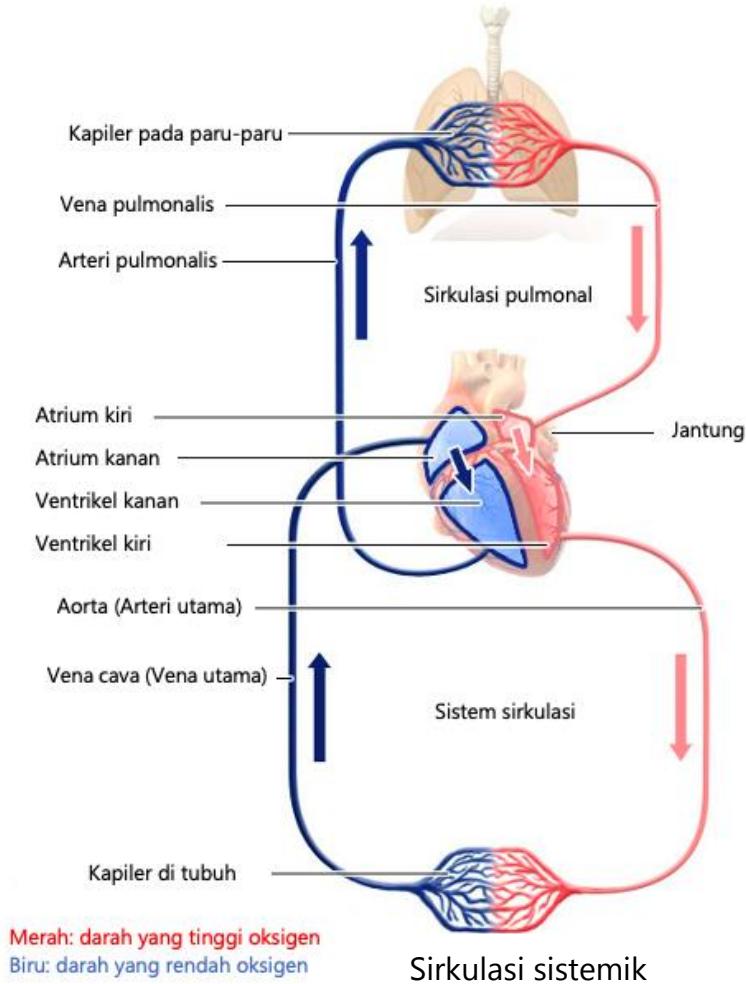
Sistem kardiovaskular bertugas untuk menyalurkan berbagai nutrien dan oksigen ke seluruh sel tubuh. Darah yang berasal dari jantung disalurkan ke seluruh tubuh melalui arteri dan kembali lagi ke jantung melalui vena. Peredaran darah di dalam tubuh manusia terdiri dari sirkulasi sistemik dan sirkulasi pulmonal. Sirkulasi sistemik menyediakan darah yang membawa oksigen dan nutrien penting bagi seluruh organ,

jaringan, dan sel. Sementara sirkulasi pulmonal merupakan sistem pembuluh darah di paru-paru yang menyediakan tempat pertukaran antara oksigen dan karbondioksida.

Sirkulasi sistemik dimulai ketika jantung yang berfungsi sebagai pompa memompakan darah secara bertahap dan mendistribusikan darah secara serial. Darah dengan kandungan oksigen tinggi yang dibawa oleh vena pulmonalis masuk ke dalam atrium kiri menuju ventrikel kiri. Kemudian dengan tekanan tinggi darah dialirkan ke aorta dan diedarkan ke seluruh jaringan tubuh melalui arteri yang lebih besar dan lebih kecil (arteriol) lalu masuk ke dalam jaringan kapiler. Di dalam jaringan kapiler darah melepaskan nutrien dan oksigen. Lalu pembuluh darah vena yang lebih kecil (venula) dan vena yang lebih besar mengangkut darah dengan kandungan karbondioksida dan sisa metabolisme hingga menuju vena cava. Selanjutnya melalui vena cava darah dengan kandungan oksigen yang rendah masuk kembali ke atrium kanan. Atrium kanan mendorong darah masuk ke dalam ventrikel kanan, lalu mendorong darah dengan tekanan yang rendah masuk ke dalam arteri pulmonalis, menandakan dimulainya sirkulasi pulmonal. Arteri pulmonalis bercabang menjadi arteri yang lebih kecil dan kapiler yang membentuk jaringan halus di sekitar vesikel paru. Di vesikel paru, karbondioksida yang dibawa oleh darah dilepaskan ke udara dan sekaligus darah menerima oksigen melalui proses bernapas. Selanjutnya darah dengan kandungan oksigen yang tinggi mengalir melalui vena pulmonalis menuju atrium kiri dan ventrikel kiri (lihat gambar 2.2). Sirkulasi ini terjadi terus-menerus membentuk suatu siklus jantung.

Siklus jantung terdiri dari dua fase yaitu fase diastolik dan fase sistolik. Fase diastolik merupakan fase saat otot jantung berrelaksasi. Selama fase diastolik, darah yang berasal dari atrium akan mengisi ventrikel. Fase sistolik merupakan fase ketika otot jantung berkontraksi dan memompakan darah dari ventrikel ke pembuluh darah. Pada fase sistolik, darah di ventrikel kanan dipompakan ke dalam arteri pulmonalis menuju kapiler paru untuk proses oksigenasi. Sementara itu, darah dari ventrikel kiri dipompakan dan didistribusikan ke seluruh tubuh untuk membantu metabolisme jaringan.

Dalam kondisi normal, homeostasis sistem sirkulasi darah terjaga dengan adekuat, pertukaran jumlah karbondioksida di dalam kapiler pulmonal sama dengan pertukaran dari kapiler sistemik atau seluruh tubuh. Namun, terdapat sejumlah faktor yang memengaruhi pengangkutan oksigen ke seluruh tubuh, antara lain fraksi oksigen dan tekanan oksigen di dalam udara inspirasi, fungsi sistem pernapasan, hemoglobin yang mengikat oksigen, fungsi sistem sirkulasi dan curah jantung (*cardiac output*), serta kemampuan jaringan mengambil dan menggunakan oksigen.

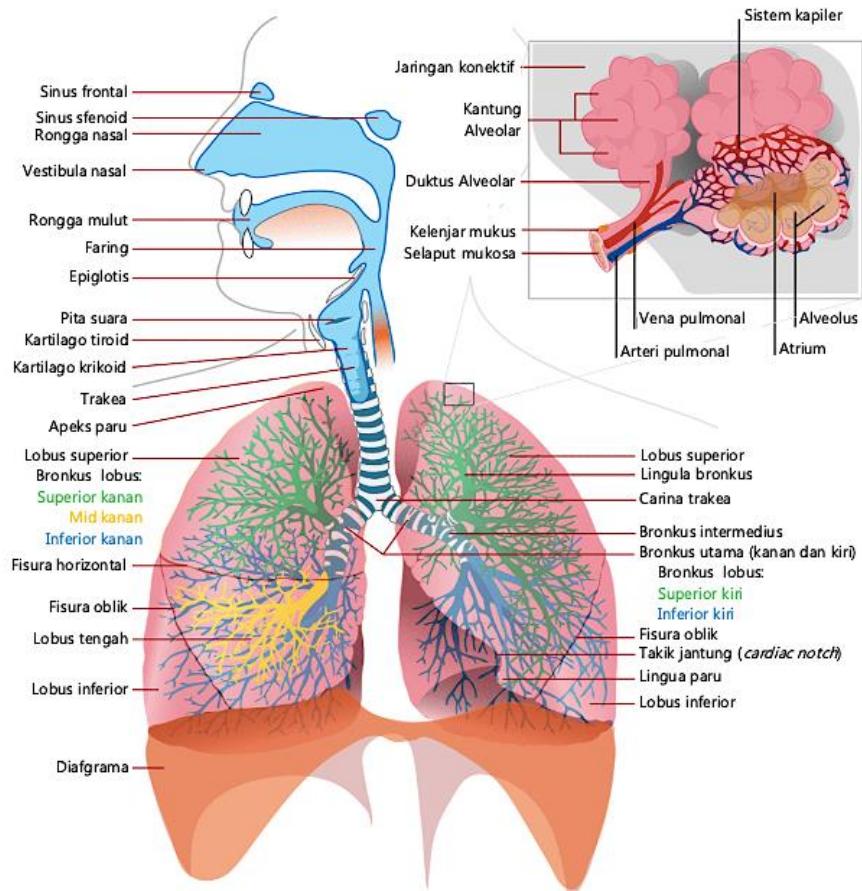


**Gambar 2.2 Sistem Sirkulasi Darah**

Sumber: diterjemahkan dari InformedHealth.org (2006)

## B. Sistem Respirasi

Sistem respirasi, yang juga disebut sistem pernapasan, terdiri dari beberapa organ yang berfungsi sebagai satu kesatuan untuk mengoksidasi tubuh melalui proses pernapasan. Proses ini melibatkan menghirup udara dan menyalurkannya ke paru-paru tempat terjadinya pertukaran gas, di mana oksigen diekstraksi dari udara, dan karbon dioksida dikeluarkan dari tubuh.



**Gambar 2.3 Sistem Respirasi**

Sumber: diterjemahkan dari Belleza (2024)

Istilah respirasi memiliki tiga makna: (1) ventilasi paru-paru (pernapasan), (2) pertukaran gas antara udara dan darah serta antara darah dan cairan jaringan, dan (3) penggunaan oksigen dalam metabolisme sel. Hidung, faring, laring, trachea, bronkus, dan paru-paru adalah bagian penting dari sistem respirasi (gambar 2.3). Organ-organ ini berfungsi untuk menerima udara segar, bertukar gas dengan darah, dan mengeluarkan udara yang telah dimodifikasi. Di dalam paru-paru, oksigen diambil dan diserap oleh darah, sementara karbondioksida dibuang ke udara saat kita bernapas. Udara yang masuk berhenti di alveoli (jutaan kantung udara mikroskopis berdinding tipis di paru-paru), bertukar gas dengan aliran darah melintasi dinding alveolus, dan kemudian mengalir kembali keluar. Sistem pernapasan manusia sangat penting untuk menjaga keseimbangan gas dalam tubuh dan mendukung fungsi organ-organ lainnya.

Paru-paru adalah sepasang organ yang dapat mengembang yang menempati rongga toraks. Meskipun berpasangan, keduanya berbeda secara morfologis. Perbedaan morfologis antara paru-paru kiri dan kanan tercermin dalam berat organ; paru-paru kiri lebih ringan daripada paru-paru kanan. Paru-

paru juga cenderung lebih berat pada pria daripada pada wanita meskipun ciri ini bergantung pada tinggi individu. Pada orang dewasa organ ini memiliki tampilan yang gelap dan berbintik-bintik yang mencerminkan penyaringan gugus berbasis karbon dari saluran napas, sedangkan paru-paru bayi yang baru lahir, yang berwarna merah muda terang.

Paru-paru dibungkus oleh membran serosa yang disebut pleura. Membran ini terdiri dari lapisan viseral yang melekat pada paru-paru, dan lapisan parietal yang melekat pada dinding toraks bagian dalam, vertebra serviks bagian bawah, area kostovertebral, mediastinum, dan diafragma. Ruang potensial antara lapisan parietal dan viseral dikenal sebagai rongga pleura, berisi cairan serosa yang memungkinkan lapisan parietal dan visceral meluncur bebas satu sama lain selama bernapas sehingga dapat mengurangi hambatan pada mekanisme pernapasan yang akan timbul dari gaya gesekan yang diberikan di antara permukaan.

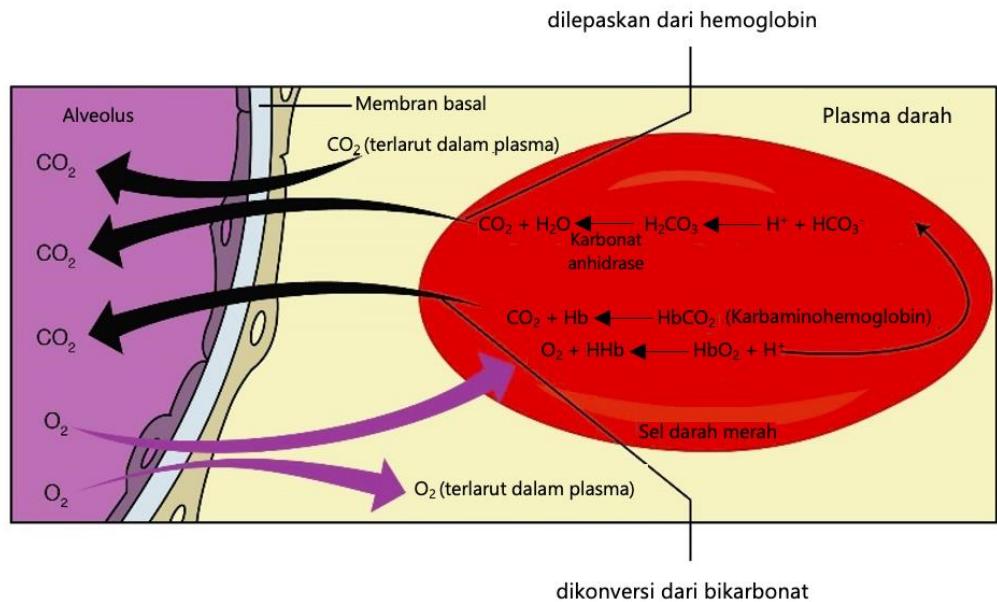
Paru-paru terdiri dari beberapa bagian, antara lain trachea, bronkus primer, bronkiolus, dan alveoli. Pada paru-paru, sebagian besar terdiri atas gelembung-gelembung (alveoli) yang terdiri atas sel-sel epitel dan endotel. Paru-paru bagian kiri memiliki dua buah lobus, sedangkan bagian kanan memiliki tiga buah lobus yang menjadi unit fungsional sebagai tempat pertukaran udara dalam sistem respirasi. Sistem respirasi memiliki beberapa fungsi penting bagi tubuh manusia, yaitu:

1. *Oxygen supplier*

Fungsi utama sistem pernapasan adalah menjaga tubuh tetap mendapat pasokan oksigen dengan cara mengambil oksigen dari udara untuk diserap oleh darah dan didistribusikan ke seluruh tubuh. Tubuh manusia membutuhkan oksigen untuk proses pembakaran makanan yang terjadi di dalam sel untuk menghasilkan energi.

2. *Gas exchange*

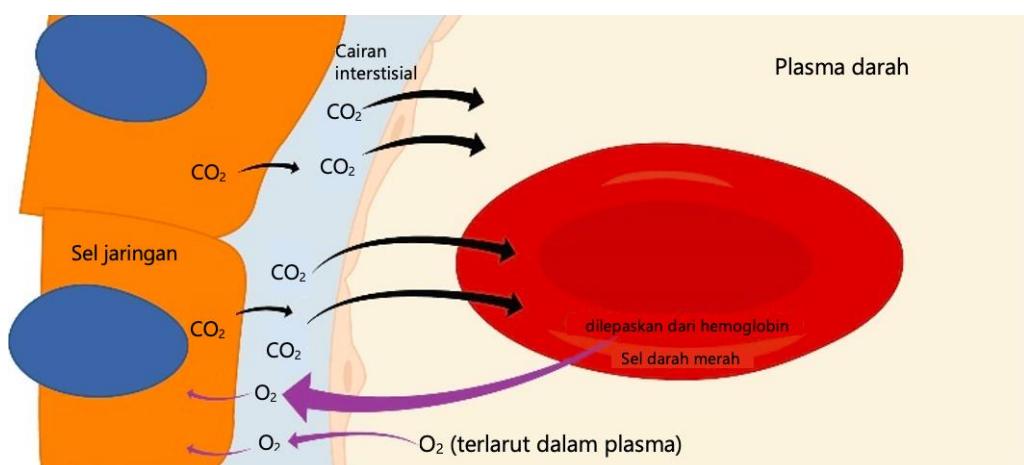
Fungsi lain dari sistem respirasi adalah sebagai pertukaran gas. Pertukaran gas terjadi di dua tempat dalam tubuh yaitu di paru-paru (tempat oksigen diambil dan karbondioksida dilepaskan di membran pernapasan) dan di dalam jaringan (tempat oksigen dilepaskan dan karbondioksida diambil). Respirasi eksternal adalah pertukaran gas dengan lingkungan eksternal, dan terjadi di dalam alveoli (lihat gambar 2.4).



**Gambar 2.4 Mekanisme respirasi eksternal**

Sumber: diterjemahkan dari Biga, *et al.* (2019)

Respirasi internal adalah pertukaran gas dengan lingkungan internal, dan terjadi di jaringan. Pertukaran gas di alveoli berlangsung melalui proses difusi, yaitu pergerakan molekul dari konsentrasi tinggi ke konsentrasi rendah. Alveoli memiliki kadar oksigen yang lebih tinggi dibandingkan dengan kapiler sekitarnya, yang membawa darah dari seluruh tubuh yang kaya akan karbon dioksida. Akibatnya, oksigen masuk ke dalam darah dari alveoli, sementara karbon dioksida masuk ke dalam darah dari alveoli untuk dihembuskan keluar selama bernapas (lihat gambar 2.5).



**Gambar 2.5 Mekanisme respirasi internal**

Sumber: diterjemahkan dari Biga, *et al.* (2019)

### 3. *Elimination*

Karbondioksida yang merupakan gas buangan yang dihasilkan dari pembakaran makanan di dalam sel dikeluarkan dari tubuh melalui fungsi eliminasi sistem respirasi. Karbondioksida diangkut oleh darah ke paru-paru untuk selanjutnya dikeluarkan melalui proses bernapas.

### 4. *Humidifier*

Sistem pernapasan juga berfungsi untuk menjaga kelembaban saluran pernapasan. Udara yang masuk ke dalam tubuh biasanya kering, sehingga saluran pernapasan perlu menghasilkan lendir untuk menjaga kelembaban dan menjaga saluran pernapasan agar tidak terlalu kering atau terlalu basah.

Tiga tahap utama dalam proses respirasi yaitu ventilasi, difusi, dan perfusi. Ventilasi adalah proses masuk dan keluarnya udara ke dalam paru-paru. Difusi merupakan perpindahan oksigen ( $O_2$ ) dari alveoli ke dalam darah dan diikat oleh hemoglobin (Hb) menjadi senyawa oksi-Hb. Pada difusi juga terjadi pelepasan karbondioksida ( $CO_2$ ) dari ikatan karbaminohemoglobin untuk selanjutnya dikeluarkan dari alveoli ke jaringan. Perfusi adalah distribusi Oksi-Hb dalam darah ke jaringan di seluruh tubuh dan  $CO_2$  dari jaringan ke alveoli paru. Fungsi sistem respirasi yang lain termasuk fonasi (bicara), pertahanan tubuh oleh paru dan saluran napas, fungsi keseimbangan asam–basra dan keseimbangan air.

Paru-paru dapat terpapar oleh berbagai macam patogen dan kotoran yang terhirup. Oleh karena itu, paru-paru sangat rentan terhadap sejumlah penyakit yang dapat menyebabkan gangguan pernapasan, salah satunya adalah ketidakseimbangan oksigen. Hipoksia adalah suatu keadaan kekurangan oksigen dalam jaringan atau ketidakmampuan untuk menggunakan oksigen. Hipoksia bukan merupakan suatu penyakit pernapasan itu sendiri, tetapi sering kali merupakan akibat dari penyakit pernapasan. Penyebab utama hipoksia adalah hipoksemia yang ditandai dengan sianosis, tetapi pada pasien yang mengalami anemia, keracunan karbonmonoksida, atau toksitas sianida dapat menutupi tanda sianosis ini. Hal ini terjadi karena anemia menurunkan kadar hemoglobin, mengurangi jumlah hemoglobin terdeoksigenasi ketika pasien mengalami hipoksemia. Akibatnya, tanda sianosis tidak begitu jelas. Terkadang juga kulit pasien menjadi merah karena adanya karboksihemoglobin.

Hipoksia sering ditandai dengan sianosis, mengakibatkan efek utama berupa nekrosis pada jaringan yang mengalami kekurangan pasokan oksigen. Organ-organ dengan kebutuhan metabolisme tertinggi, seperti otak, jantung, dan ginjal sangat berisiko mengalami hipoksia.

Hipoksia diklasifikasikan menurut penyebabnya sebagai berikut:

1. *Hypoxemic hypoxia*

Merupakan suatu keadaan PO<sub>2</sub> arteri yang rendah, biasanya disebabkan oleh pertukaran gas paru yang tidak memadai. Beberapa etiologinya meliputi kekurangan oksigen atmosfer di dataran tinggi; gangguan ventilasi, seperti pada tenggelam; aspirasi benda asing; henti napas; dan penyakit paru degeneratif. Hal ini juga terjadi pada keracunan karbonmonoksida, yang dapat mencegah hemoglobin berikatan dengan oksigen.

2. *Ischemic hypoxia*

Kondisi ini disebabkan oleh sirkulasi darah yang tidak memadai, seperti pada gagal jantung kongestif.

3. *Anemic hypoxia*

Hipoksia anemia disebabkan oleh kondisi anemia dan ketidakmampuan darah untuk membawa oksigen yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan sel.

4. *Histotoxic hypoxia*

Kondisi hipoksia ini terjadi ketika racun metabolismik seperti zat sianida mencegah jaringan menggunakan oksigen yang dikirimkan.

Selain kekurangan oksigen, kelebihan oksigen juga dapat berbahaya. Manusia dapat menghirup oksigen 100% dengan aman pada tekanan 1 atm selama beberapa jam, tetapi keracunan oksigen berkembang pesat saat oksigen murni dihirup pada tekanan 2,5 atm atau lebih. Kelebihan oksigen menghasilkan hidrogen peroksida dan radikal bebas yang menghancurkan enzim serta merusak jaringan saraf sehingga dapat menyebabkan kejang, koma, bahkan kematian.

# BAB 3

## Penyakit Jantung Koroner

### A. Penyakit Arteri Koroner

Penyakit arteri koroner adalah kondisi gangguan pada arteri koroner berupa obstruksi akibat penumpukan plak aterosklerosis di dalam lumen arteri, yang dapat menyebabkan berkurangnya aliran darah dan oksigenasi ke miokardium. Penyakit arteri koroner juga dikenal dengan istilah penyakit jantung koroner atau penyakit jantung iskemik. Penyakit jantung koroner (PJK) menjadi faktor penyebab utama pada lebih dari 75% kasus henti jantung di negara maju dan di seluruh dunia. Di Indonesia, prevalensi PJK sebesar 1,5% pada semua kelompok usia pada tahun 2018. PJK menjadi penyebab utama mortalitas pada hampir semua negara di dunia.

Penyakit jantung koroner disebabkan karena penumpukan plak yang dapat menyumbat arteri koroner sehingga menyebabkan gangguan aliran darah dan lama-kelamaan menimbulkan kerusakan (lesi) pada dinding arteri yang selanjutnya akan menyumbat aliran darah ke berbagai organ. Sumbatan pada jantung menyebabkan pasokan oksigen ke miokardium berkurang sehingga menyebabkan iskemia miokardium. Jika kondisi ini berlangsung lama maka dapat menyebabkan angina pektoris dan selanjutnya berkembang menjadi infark miokardium dan fungsi jantung dalam memompa darah akan sangat terganggu sehingga dapat menuju pada kondisi henti jantung mendadak.

## B. Sindroma Koroner Akut

---

Sindroma koroner akut adalah salah satu bentuk PJK. Sindroma Koroner Akut (SKA) mengacu pada sekelompok gejala yang timbul akibat penurunan aliran darah ke jantung. Beberapa contohnya termasuk infark miokard elevasi ST, infark miokard elevasi non-ST, dan angina tidak stabil. Sindroma koroner akut merupakan bagian dari spektrum penyakit jantung koroner yang ditandai dengan berkurangnya aliran darah ke otot jantung secara mendadak karena adanya gangguan di dalam pembuluh darah koroner. SKA merupakan penyebab sepertiga dari total mortalitas pada orang yang berusia di atas 35 tahun. Beberapa bentuk PJK dapat tidak bergejala, tetapi SKA selalu bergejala. Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI) menyatakan bahwa SKA dapat disertai dengan atau tanpa perubahan pada elektrokardiogram (EKG) 12 sadapan dan peningkatan akut kadar troponin jantung.

SKA merupakan kondisi yang berbahaya karena menjadi salah satu faktor penyebab kejadian henti jantung mendadak di luar rumah sakit. SKA merupakan penyebab kedua penyebab henti jantung yang paling sering terjadi setelah hipoksia. Kejadian henti jantung pada SKA adalah sebesar 17,5% dan insidensinya lebih tinggi di antara individu tanpa PJK sebelumnya (20,6%) dibandingkan dengan mereka yang memiliki diagnosis PJK (10,9%).

### **Patofisiologi**

Umumnya SKA disebabkan karena plak ateroma pada lumen arteri koroner yang mengalami ruptur atau pecah. Kondisi ini dapat disebabkan akibat adanya perubahan komposisi plak dan penipisan tudung fibrus yang menutupi plak tersebut, dan disertai oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi. Proses ini menyebabkan terbentuknya trombus kaya akan trombosit (*white thrombus*) yang akan menyumbat lumen arteri koroner, baik secara total maupun parsial atau menjadi mikroemboli yang dapat menyumbat arteri koroner pada bagian distal. Tubuh akan melepaskan zat vasoaktif yang dapat menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat penurunan aliran darah koroner dan menyebabkan iskemia miokardium. Nekrosis miokardium (infark miokard/MI) dapat terjadi ketika kondisi iskemia berlangsung selama kurang lebih 20 menit.

Sindroma koroner akut dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu:

1. Infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (IMA-EST atau STEMI: *ST segment elevation myocardial infarction*)
2. Infark miokard akut dengan non-elevasi segmen ST (IMA-NEST atau NSTEMI: *nonST segment elevation myocardial infarction*)
3. Angina Pektoris tidak stabil (APTS atau UAP: *unstable angina pectoris*)

### **Infark Miokard Akut dengan Non-ST Elevasi (IMA-NEST) dan Angina Pektoris**

Infark miokard akut dengan non-elevasi segmen ST (IMA-NEST) merupakan kondisi angina pektoris akut tanpa adanya kenaikan segmen ST yang persisten pada dua sadapan EKG yang bersebelahan dan disertai dengan peningkatan pada biomarka jantung. Hasil EKG dapat normal atau berupa depresi segmen ST, inversi gelombang T, gelombang T yang datar, gelombang T *pseudo-normalization*. Sedangkan angina pektoris tidak stabil (APTS) adalah kondisi iskemia miokardium tanpa adanya hasil abnormal pada pemeriksaan EKG dan peningkatan biomarka jantung yang signifikan. Pemeriksaan biomarka jantung meliputi troponin, hs-cTn, atau CK-MB.

Tatalaksana pada IMA-NEST dan APTS didasarkan pada pemeriksaan EKG awal. Jika hasil pemeriksaan tidak menunjukkan kelainan atau kelainan yang nondiagnostik sementara angina masih berlangsung, maka dilakukan pemeriksaan ulang dalam 10-20 menit kemudian. Jika hasilnya tetap menunjukkan kelainan nondiagnostik dan biomarka jantung dalam batas normal sementara keluhan angina merujuk ke SKA, maka dilakukan pemantauan selama 12-24 jam dan EKG diulang setiap terjadi angina berulang atau minimal 1 kali dalam 24 jam.

### **Infark Miokard Akut dengan ST Elevasi (IMA-EST)**

Infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (IMA-EST) adalah kondisi nekrosis miokardium akibat oklusi total arteri koroner. Penegakan diagnosis IMA-EST ditetapkan jika terdapat keluhan angina pektoris akut tipikal dan terdapat elevasi segmen ST yang persisten pada dua sadapan EKG yang bersebelahan. Keluhan angina tipikal pada IM dapat berupa rasa tertekan/berat pada daerah restrosternal yang menjalar ke lengan kiri, leher, bahu, rahang, area interskapular, atau pada daerah epigastrium dan disertai dengan sesak napas, diaforesis, rasa mual/muntah, nyeri abdominal, atau bahkan sinkop. Selain itu, keluhan angina atipikal juga dapat terjadi pada kondisi IM, yang ditandai dengan nyeri pada daerah penjalanan angina tipikal disertai dengan sesak napas, kelemahan mendadak, atau gangguan pada sistem gastrointestinal.

IMA-EST memerlukan penanganan revaskularisasi segera untuk mengembalikan perfusi miokardium tanpa menunggu hasil laboratorium biomarka jantung. Tatalaksana reperfusi miokardium dapat dilakukan secara medikamentosa dengan agen fibrinolitik atau secara mekanis dengan intervensi koroner perkutan primer. Pemberian nitrat sublingual yang dapat menghilangkan keluhan angina menunjukkan bahwa diagnosis SKA dapat disingkirkan. Salah satu risiko komplikasi IMA-EST dapat terjadi gangguan konduksi dan artimia ventrikel dan jika tidak teratasi segera dapat menyebabkan terjadinya henti jantung mendadak.

## C. Henti Jantung Mendadak

---

Definisi henti jantung mendadak menurut *Utstein Guidance* (1991) adalah terhentinya aktivitas mekanis jantung yang ditandai dengan hilangnya tanda-tanda sirkulasi. Kondisi henti jantung dianggap disebabkan akibat penyakit jantung, kecuali jika diketahui adanya kemungkinan penyebab selain gangguan pada jantung.

Henti jantung merupakan kondisi di mana jantung berhenti berdenyut atau tidak berdenyut dengan cukup efisien untuk memberikan sirkulasi guna mempertahankan hidup seseorang. Kondisi henti jantung dapat dilihat dari tanda-tanda seperti tidak adanya denyut nadi, penderita tidak responsif, berhenti bernapas, atau bernapas tidak normal (*apnea*, *agonal breathing* atau tersengal-sengal).

Henti jantung adalah suatu kondisi gawat darurat pada sistem kardiovaskular yang ditandai dengan berhentinya aktivitas mekanis jantung secara mendadak. Akibat dari jantung yang tidak berfungsi mengakibatkan terhentinya sirkulasi darah ke seluruh organ tubuh. Jika kondisi ini tidak segera diatasi maka dapat menyebabkan kematian dalam hitungan menit. Literatur menyebutkan *golden time* pada korban dengan henti jantung adalah pada 10 menit pertama. Saat aliran darah yang membawa oksigen terhenti, otak hanya mampu bertahan 3 hingga 5 menit tanpa oksigen dan mengalami kerusakan permanen setelahnya.

### Etiologi

Henti jantung biasanya terjadi akibat gangguan struktural jantung dan lebih dari 70% disebabkan oleh penyakit jantung koroner. Beberapa kondisi yang menjadi faktor risiko terjadinya henti jantung, yaitu:

1. Penyebab yang berhubungan dengan arteri koroner, seperti infark miokard, spasme koroner, vaskuliditis, kongenital anomali arteri koroner, dan *myocardial bridging*,
2. Penyakit aritmogenik primer, seperti takikardia ventrikel polimorfik, *idiopathic ventricular fibrillation*, blok jantung bawaan, sindroma *Wolf-Parkinson-White*,
3. Kardiomiopati;
4. Gagal jantung;
5. Penyakit katup jantung, seperti stenosis aorta, prolaps katup mitral;
6. Penyakit jantung kongenital, seperti *tetralogy of Fallot*, atresia trikuspid, dan sebagainya;
7. Lainnya, seperti tamponade jantung, diseksi aorta, ruptur aneurisma aorta, emboli paru, *myxoma atrium* kiri.

Penyebab utama henti jantung adalah karena terjadinya kerusakan pada sistem listrik jantung sehingga irama jantung menjadi tidak normal (artimia) dan beberapa disebabkan karena menurunnya denyut jantung (bradikardia) yang ekstrem. Aritmia pada henti jantung dapat berupa takikardia ventrikel atau fibrilasi ventrikel.

Takikardia ventrikel (*ventricular tachycardia*/VT) merupakan kondisi ventrikel jantung yang berdenyut dengan cepat yaitu 150-210 kali per menit disertai dengan irama yang teratur maupun tidak teratur. Kondisi ini disebabkan karena sinyal listrik di ruang ventrikel jantung menyala dengan kecepatan yang tidak normal sehingga mengganggu impuls listrik yang berasal dari nodus sinoatrial. Denyut jantung yang sangat cepat mengakibatkan ventrikel tidak terisi dengan penuh di antara kontraksi sehingga aliran darah ke seluruh tubuh tidak adekuat.

Penyebab VT diantaranya karena gangguan sirkulasi darah arteri koroner sehingga menurunnya perfusi ke jaringan jantung; kardiomiopati; efek samping pengobatan; penggunaan obat-obatan metamfetamin; sarkoidosis; kelainan jantung yang mengakibatkan jaringan parut pada jantung; penyakit jantung bawaan; serta ketidakseimbangan elektrolit. Gambaran EKG pada VT ditandai dengan kompleks QRS yang lebar dan abnormal serta biasanya gelombang P tidak terlihat. Takikardia dapat berubah menjadi fibrilasi ventrikel.

Fibrilasi ventrikel (*ventricular fibrillation*/ VF) adalah kondisi takikardia yang disebabkan karena aktivitas listrik jantung tidak teratur, ditandai dengan kontraksi ventrikel yang tidak adekuat dan menyebabkan penurunan *cardiac output* (curah jantung) bahkan sama sekali tidak ada. Kondisi ini selanjutnya mengakibatkan denyut nadi dan tekanan darah tidak dapat diukur, penderita menjadi kehilangan kesadaran, dan dapat menyebabkan kematian jika penanganannya tidak segera dilakukan. VF adalah irama jantung yang sangat berbahaya dan mengganggu curah jantung sehingga dapat menyebabkan henti jantung mendadak. Hampir 70% penderita henti jantung memperlihatkan irama VF pada hasil pemeriksaan EKG. Fibrilasi ventrikel menyebabkan kematian tiba-tiba bila resusitasi tidak dilakukan dengan segera.

Gambaran EKG pada VF yaitu irama tidak teratur, kompleks QRS tidak terlihat, tidak ada gelombang P, dan tidak ada interval PR. Fibrilasi ventrikel terjadi akibat tidak adekuatnya aliran darah ke otot jantung, kerusakan otot jantung, kardiomiopati, gangguan pada aorta, toksisitas obat, sepsis, sengatan listrik atau cedera pada jantung, serangan jantung, penyakit jantung bawaan, komplikasi operasi jantung, dan kadar kalium yang sangat tinggi atau sangat rendah dalam darah.

Selain takikardia ventrikel dan takikardia fibrilasi, penyebab henti jantung adalah irama *asystole* dan *pulseless electrical activity* (PEA). Kedua irama ini lebih sering terjadi pada korban henti jantung di luar rumah sakit. Asistol mengindikasikan terhentinya aktivitas listrik dan mekanik jantung. Asistol biasanya didahului dengan fibrilasi ventrikel atau takikardia ventrikel yang tidak teratasi, dan PEA yang memburuk juga dapat berkembang menjadi asistol. Gambaran EKG pada asistol berupa garis lurus dan tidak tampak kompleks QRS.

*Pulseless electrical activity* (PEA) adalah kondisi aktifitas listrik jantung yang masih aktif namun nadi tidak terukur. PEA terdiri dari irama jantung yang terorganisasi seperti irama idioventrikuler, irama *ventricular escape*, irama idioventrikuler pasca defibrilasi, dan irama sinus atau irama lain. Pada kondisi henti jantung dapat ditemui irama jantung apa saja (kecuali VF, VT dan asistol) jika tidak ada nadinya dapat dikatakan penderita mengalami irama jantung PEA.

Irama asistol dan PEA biasanya mempunyai penyebab yang mendasar antara lain kondisi hipoksia, hipovolemia, hipo/hiperkalemia/asidosis metabolik, hipotermia, tamponade jantung, *tension pneumothorax*, trombosis (paru/koroner), dan atau toksin. Berbeda dengan VF/VT, tidak ada pengobatan definitif untuk asistol atau PEA, sehingga kompresi dada dan ventilasi harus dipertahankan selama upaya koreksi terhadap penyebab-penyebab tersebut.

Efek dari henti jantung adalah terhentinya sirkulasi darah ke seluruh organ tubuh termasuk otak. Setelah terjadi henti jantung, sistem pernapasan akan mengalami gangguan akibat menurunnya pasokan oksigen sehingga menyebabkan napas berhenti dalam beberapa detik. Pada awal henti jantung dan henti napas oksigen masih dapat disirkulasikan ke otak dan organ vital lainnya, namun jika kondisi ini berlangsung lebih lama maka aliran darah ke otak akan melambat dan terhenti sehingga bisa menyebabkan kematian. Pemberian kompresi jantung dan bantuan napas akan sangat bermanfaat bagi korban agar sirkulasi dapat kembali bertahan sehingga mencegah kegagalan fungsi organ dan meningkatkan kemampuan korban dalam bertahan hidup.

## Manifestasi Klinis

Hampir setengah dari orang yang mengalami henti jantung mendadak melaporkan tidak ada gejala sebelum kehilangan kesadaran. Namun, gejala jantung berdebar, pusing, atau hampir sinkop umumnya mendahului henti jantung mendadak. Tanda dan gejala lain yang dilaporkan oleh korban henti jantung antara lain nyeri dada atau dada terasa tertekan setelah aktivitas fisik, rasa tidak nyaman, dispnea tanpa sebab atau setelah aktivitas berat, *fatigue*, palpitas setelah aktivitas fisik, serta peningkatan tekanan darah sistemik.

Pada anamnesis mungkin didapatkan informasi riwayat sinkop atau henti jantung mendadak sebelumnya yang berhubungan dengan kardiogenik atau aritmia, riwayat keluarga dengan henti jantung atau aritmia jantung bawaan. Selain itu, riwayat kematian dini (sebelum usia 40 tahun) akibat penyakit jantung pada satu atau lebih kerabat, dan beberapa kondisi penyakit jantung pada anggota keluarga seperti kardiomiopati, aritmia, disfungsi ventrikel kiri, infark miokard atau kondisi gangguan pada sirkulasi dan sistem konduksi jantung lainnya dapat menjadi informasi yang relevan terkait faktor risiko henti jantung pada pasien.

Manifestasi utama pada korban yang mengalami henti jantung antara lain tidak sadar, tidak merespons terhadap stimulus, dan tidak teraba denyut nadi, disertai dengan pernapasan agonal atau apnea. Selain itu pada pemeriksaan fisik ditemukan kulit teraba dingin dan sianosis, pupil dilatasi dan tidak merespons terhadap cahaya, otot lemah, tekanan darah tidak terukur, tonus jantung tidak ada, dan tidak berfungsinya kontrol kandung kemih dan usus. Pemeriksaan diagnostik menunjukkan bukti adanya aritmia, umumnya asistol, PEA, VT, atau VF.

## D. Henti Napas

---

Henti napas adalah tidak bekerjanya pernapasan yang spontan akibat menurunnya oksigen karena gangguan pada pusat pernapasan dan gangguan jalan napas. Henti napas (dan gangguan pernapasan yang dapat berkembang menjadi henti napas) dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu obstruksi jalan napas, penurunan upaya pernapasan, dan kelemahan otot pernapasan.

Obstruksi/hambatan jalan napas dapat berupa gangguan parsial (sebagian) ataupun total. Obstruksi parsial ditandai dengan tertutupnya sebagian jalan napas akibat adanya sumbatan, seperti benda asing, muntahan, atau darah, sedangkan obstruksi total terjadi ketika jalan napas sepenuhnya tertutup oleh sumbatan, misalnya terjadi edema laring akibat trauma inhalasi. Obstruksi dapat terjadi pada jalan napas bagian atas (di atas pita suara; yaitu rongga nasofaring dan mulut serta laring), serta jalan napas bagian bawah (di bawah pita suara; yaitu trachea, bronkus, bronkiolus, dan alveoli). Obstruksi jalan napas bagian atas dapat disebabkan oleh benda atau zat apa pun yang menyumbat orofaring, termasuk darah, lendir, muntah, benda asing, kejang pita suara, edema pita suara, peradangan faringolaring atau trachea, bagian posterior lidah pada pasien dengan penurunan kesadaran, tumor, dan trauma. Obstruksi jalan napas bagian bawah dapat disebabkan oleh aspirasi, bronkospasme, gangguan pengisian rongga udara (misalnya, pneumonia, edema paru, perdarahan paru), dan tenggelam.

Henti napas juga dapat disebabkan oleh penurunan upaya pernapasan karena gangguan sistem saraf pusat (SSP), yang dapat disebabkan karena salah satu dari

kondisi berikut ini: gangguan SSP, efek samping obat-obatan atau penggunaan obat terlarang, gangguan metabolisme, kegemukan, atau kelainan mekanis. Kondisi lain yang dapat menyebabkan henti napas adalah kelemahan otot pernapasan yang dapat disebabkan oleh kelelahan otot pernapasan, penyakit neuromuskular (misalnya *Miastenia Gravis*), dan akibat efek samping kortikosteroid atau obat penghambat neuromuskular.

Beberapa obat dapat menurunkan usaha pernapasan, seperti opioid dan sedatif-hipnotik (misalnya barbiturat dan alkohol; juga benzodiazepin namun lebih jarang). Depresi pernapasan meningkat sebagai akibat dari kombinasi obat-obatan ini. Henti napas, terutama karena penggunaan obat-obatan terlarang seperti opioid, termasuk heroin dan fentanil, merupakan penyebab umum depresi pernapasan di luar rumah sakit. Depresi pernapasan pada pasien yang dirawat di rumah sakit terjadi saat diinduksi opioid pada periode pemulihan pascaoperasi. Sebuah tinjauan literatur menyatakan terdapat beberapa faktor risiko terjadinya henti napas pada pasien antara lain jenis kelamin, umur, penyakit yang menyertai, lama rawat dan inisiasi awal dilakukannya resusitasi jantung paru.

Ketika seseorang mengalami henti napas maka terjadi kondisi yang mengancam jiwa dan memerlukan penanganan segera. Pasien tidak sadarkan diri ketika terjadi henti napas. Pasien yang mengalami henti napas tidak mendapatkan oksigen ke organ vital dan dapat mengalami kerusakan otak atau henti jantung dalam beberapa menit jika tidak ditangani segera. Jika gangguan pertukaran gas pada paru-paru berlangsung lebih dari lima menit maka dapat menyebabkan kerusakan permanen pada organ penting, terutama otak. Henti napas sering terjadi bersamaan dengan henti jantung, tetapi tidak selalu. Jika henti napas tidak dikoreksi, henti jantung akan terjadi dalam beberapa menit setelah munculnya hipoksemia, hiperkarbia, atau keduanya.

Henti jantung hampir selalu terjadi pada saat henti napas kecuali fungsi pernapasan dapat dipulihkan dengan cepat. Pada saat terjadi henti jantung maka sirkulasi akan terhenti secara langsung sehingga dapat dengan cepat menyebabkan kurangnya pasokan ke otak dan organ vital lainnya. Pernapasan yang terganggu merupakan tanda awal akan terjadinya henti jantung. Apa pun penyebabnya, henti napas adalah situasi yang mengancam jiwa yang memerlukan penanganan segera. Dalam kebanyakan kasus, tujuan utama penanganan henti napas adalah memulihkan ventilasi dan oksigenasi yang memadai tanpa memperburuk kondisi kardiovaskular yang tidak terduga.

Kelangsungan hidup setelah mengalami henti jantung dan henti napas di luar rumah sakit lebih rendah jika dibandingkan dengan korban yang mengalami henti jantung dan henti napas di dalam rumah sakit. Korban yang mengalami henti jantung dan henti napas di luar rumah sakit memiliki kelangsungan hidup kurang dari 25% dalam 5 menit onset dan hampir 0% dapat bertahan setelah 10 menit onset. Oleh sebab itu, pemberian bantuan hidup dasar maupun lanjutan segera merupakan proses penting untuk memulihkan fungsi jantung dan meningkatkan peluang kelangsungan hidup korban.

# BAB 4

## Bantuan Hidup Dasar

Penanganan darurat pada henti jantung adalah dengan segera melakukan tindakan bantuan hidup dasar untuk menyelamatkan korban. Hingga saat ini hampir seluruh dunia menggunakan pedoman bantuan hidup yang telah diterbitkan oleh *American Heart Association* (AHA). AHA merupakan organisasi nirlaba nasional di Amerika Serikat yang didirikan pada tahun 1924 yang beranggotakan lebih dari 33 juta sukarelawan kesehatan dengan berfokus kepada upaya peningkatan kesehatan jantung dan mengurangi kematian akibat penyakit kardiovaskular. AHA telah menerbitkan pedoman tentang penyakit kardiovaskular dan pencegahannya, standar bantuan hidup dasar (*basic life support*/ BLS), standar bantuan hidup lanjut (*advanced cardiac life support*/ ACLS), bantuan hidup lanjut pediatric (*pediatric advanced life support*/ PALS), dan juga pedoman pencegahan stroke pada wanita, dan masih banyak pedoman lainnya yang telah diterbitkan sejak pertama kali berdirinya AHA.

Pedoman-pedoman ini secara rutin ditelaah dan diperbarui, serta dipublikasikan secara berkala. Pedoman penanganan henti jantung terbaru yaitu "*2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC*" telah digunakan secara global oleh layanan kesehatan sebagai pedoman penanganan henti jantung mendadak. Pedoman tahun 2020 ini mencerminkan keselarasan dengan *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) beserta dewan anggota terkait dan mencakup berbagai tingkat tinjauan bukti yang lebih spesifik terhadap pertanyaan ilmiah yang dianggap signifikan secara klinis dan bukti baru mengenai penanganan henti jantung.

## A. Bantuan Hidup Dasar

---

Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah tindakan pertolongan yang diberikan kepada seseorang ketika mengalami kejadian henti jantung atau henti napas untuk menyelamatkan nyawanya. Proses dalam bantuan hidup dasar dimulai dari pengenalan kondisi henti jantung, aktivasi sistem tanggap darurat, resusitasi jantung paru (RJP), dan defibrilasi menggunakan defibrillator eksternal otomatis/*automated external defibrillator* (AED). Ketika menemukan seseorang dengan keadaan tiba-tiba tidak ada pergerakan, tidak sadar, dan tidak bernapas, serta tidak merespons terhadap stimulus maka penolong segera mengaktifkan sistem darurat dan memulai tindakan bantuan hidup dasar kepada penderita henti jantung.

Bantuan hidup dasar dilakukan untuk mengaktifkan kembali sirkulasi darah spontan dan mempertahankan fungsi organ tubuh melalui pemberian sirkulasi buatan yang dialirkan ke organ otak dan jantung melalui tindakan kompresi dada. Tujuan pemberian bantuan hidup dasar yaitu:

1. Mengaktifkan kembali sirkulasi darah dan menjaga pasokan oksigen yang adekuat bagi organ vital yaitu otak, jantung, dan paru-paru;
2. Mempertahankan sirkulasi darah dan pernapasan;
3. Meningkatkan kesembuhan penderita;
4. Menurunkan mortalitas pada penderita henti jantung.

### Rantai Kelangsungan Hidup dalam Bantuan Hidup Dasar

Henti jantung di luar rumah sakit dapat terjadi di rumah, kantor, sekolah, sarana umum, dan lingkungan masyarakat lainnya. AHA (2020) menetapkan dua rantai kelangsungan hidup berdasarkan tempat terjadinya henti jantung dan tindakan penyelamatannya tergantung dari tempat penderita mengalami henti jantung. Selain itu juga tergantung pada kelompok usia penderita henti jantung yaitu penderita usia dewasa, anak-anak, bayi, atau pada kasus khusus seperti ibu hamil dan kasus keracunan opioid. Tujuan rantai kelangsungan hidup adalah untuk memberikan pertolongan kepada penderita henti jantung melalui serial tindakan yang tepat dan segera agar meningkatkan kesempatan hidup penderita henti jantung.

Rantai kelangsungan hidup yang dilakukan dengan tepat dapat meningkatkan peluang hidup hingga 50% bagi penderita yang mengalami henti jantung di luar rumah sakit. Rantai kelangsungan hidup (*chain of survival*) pada kasus OHCA berdasarkan pedoman AHA (2020) terdiri dari enam langkah penting yang meliputi:

1. Aktivasi bantuan pelayanan gawat darurat medis,
2. Pemberian tindakan resusitasi jantung paru segera oleh penolong,

3. Pemberian defibrilasi menggunakan *automated external defibrillator* (AED) atau defibrillator eksternal otomatis,
4. Penanganan resusitasi lanjutan yang dilakukan oleh tenaga medis/ kesehatan,
5. Perawatan pasca henti jantung di unit perawatan intensif,
6. Pemulihan korban henti jantung.

Komponen dalam rantai kelangsungan hidup yang ditetapkan oleh AHA (2020) secara umum terdiri dari:

1. Pencegahan dan kesiapsiagaan

Pencegahan dan kesiapsiagaan merupakan langkah awal dalam pengenalan segera tanda henti jantung dan respons cepat terhadap kondisi tersebut. Pencegahan henti jantung yang terjadi di luar rumah sakit sulit untuk dilakukan karena penderita atau orang di dekat penderita tidak mengetahui tanda-tanda yang memicu henti jantung. Kejadian henti jantung di luar rumah sakit memerlukan respons cepat dari penolong yang berada di dekat korban.

2. Aktivasi sistem tanggap darurat

Pengaktifan sistem tanggap darurat di luar rumah sakit dapat dilakukan dengan memanggil bantuan dan menghubungi pelayanan gawat darurat. *Call centre 119* adalah nomor pelayanan gawat darurat di Indonesia yang dapat diakses melalui telepon seluler atau telepon rumah secara gratis.

3. Tindakan resusitasi jantung paru yang tepat dan defibrilasi

Penolong awam dapat memberikan tindakan RJP yang tepat dan melakukan defibrilasi segera menggunakan AED jika tersedia. Kedua tindakan ini dilakukan hingga penolong lain atau petugas kesehatan tiba dan mengambil alih tindakan RJP.

4. Intervensi resusitasi lanjutan

Petugas kesehatan yang terampil akan melakukan tindakan resusitasi lanjutan selama pasien ditransfer menuju fasilitas layanan kesehatan terdekat yang memiliki unit gawat darurat, selanjutnya resusitasi akan dilanjutkan pada saat penderita telah tiba di unit gawat darurat.

5. Perawatan pasca henti jantung

Tujuan tindakan RJP dan defibrilasi adalah agar sirkulasi aliran darah spontan dapat kembali lagi. Setelah terjadi ROSC semua penderita henti jantung akan diberikan perawatan pasca henti jantung dengan dukungan perawatan kritis di rumah sakit, dan kemungkinan penderita juga memerlukan perawatan pada unit khusus seperti unit perawatan intensif, unit perawatan koroner, atau layanan kateterisasi jantung (*cath lab*).

## 6. Pemulihan

Pemulihan dari henti jantung akan berlanjut setelah penderita keluar dari rumah sakit. Penyintas henti jantung mungkin membutuhkan intervensi khusus untuk mengatasi penyebab yang mendasari terjadinya henti jantung.

AHA (2020) telah menyusun serial tindakan yang harus dilakukan oleh *first responder* ketika menemukan korban dengan henti jantung yaitu sebagai berikut:

1. Pengenalan dan aktivasi sistem gawat darurat segera oleh *first responder* dengan cara memanggil bantuan atau menghubungi pelayanan gawat darurat;
2. Tindakan resusitasi jantung paru berkualitas tinggi, bagi penolong awam dapat memberikan resusitasi jantung paru-kompresi saja (*hands-only* CPR) tanpa pemberian bantuan ventilasi dan bagi penolong awam yang terlatih dapat melakukan resusitasi jantung paru disertai ventilasi;
3. Bantuan kejut listrik dengan menggunakan AED;
4. Resusitasi lanjutan oleh tim gawat darurat setelah penderita henti jantung dalam perjalanan dan tiba di fasilitas layanan kesehatan;
5. Perawatan setelah serangan henti jantung yang terintegrasi;
6. Pemulihan.



**Gambar 4.1 Rantai kelangsungan hidup pada henti jantung di luar rumah sakit**

Sumber: American Heart Association (2020)

Henti jantung di luar rumah sakit merupakan tantangan besar pada kesehatan masyarakat dan berkontribusi secara signifikan terhadap meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas di seluruh masyarakat. Respons yang tepat waktu dari masyarakat dan koordinasi layanan medis darurat pra-rumah sakit sangat penting dalam mengurangi kematian korban henti jantung. Komponen rantai kelangsungan hidup pada kasus henti jantung di luar rumah sakit, yang terdiri dari pengenalan dini serangan jantung, aktivasi respons gawat darurat yang cepat, pemberian resusitasi RJP berkualitas tinggi, dan penggunaan defibrilasi yang tepat waktu, secara luas telah diakui sebagai faktor penting dalam peningkatan tingkat kembalinya serangan jantung secara spontan sirkulasi dan peningkatan hasil neurologis yang lebih tinggi setelah pasien keluar dari rumah sakit.

## B. Resusitasi Jantung Paru

---

### Sejarah Resusitasi Jantung Paru

Resusitasi jantung paru yang dilakukan pada manusia telah dimulai sejak 2686–2181 SM, namun baru muncul dalam berbagai literatur medis pada abad ke-18. Laman *American Heart Association* mengemukakan bahwa sekitar tahun 1500–1800-an, Paracelcus, seorang dokter asal Swiss memasukan udara ke dalam mulut korban mati lemas (asfiksia) menggunakan alat penghembus yang terbuat dari besi. Teknik ini dikenal dengan metode *Bellows* dan menjadi prosedur standar selama beberapa abad. Tahun 1732 seorang dokter bedah di Alloa, Skotlandia, *William Tossach* pertama kali menggunakan pernapasan mulut ke mulut untuk menyelamatkan seorang penambang batu bara yang asfiksia. Penemuannya ini menjadi deskripsi klinis pertama dalam literatur medis mengenai pemberian *mouth-to-mouth resuscitation*.

Pertengahan tahun 1800-an, *Marshall Hall* dan *Henry Silvester*, dokter yang berasal dari London menemukan teknik baru dalam menyelamatkan korban asfiksia yang mendekati metode kompresi dada. Metode *Hall* dilakukan dengan memutar pasien dari posisi terlentang ke posisi miring ke samping dan menambahkan tekanan pada dinding toraks, sementara metode *Silvester* dilakukan dengan mengangkat lengan korban hingga ke atas kepala dan selanjutnya menyilangkan kedua tangan di atas dada, hal ini dilakukan untuk melebarkan dada dan menciptakan tekanan pada paru-paru.

Keberhasilan penggunaan kompresi dada dalam penyelamatan korban henti jantung juga dilakukan oleh *Dr. Friedrich Maass*, seorang ahli bedah Jerman pada akhir tahun 1800-an. *Maass* menjadi orang pertama yang menganjurkan untuk melakukan kompresi dada eksternal di samping tindakan ventilasi, namun teknik ini tidak diadopsi secara luas dalam waktu yang sangat lama hingga akhirnya pada setengah abad berikutnya pijat jantung dada terbuka (dengan cara mengakses jantung secara langsung) menjadi tindakan standar dalam penyelamatan korban henti jantung selama bertahun-tahun. Awal tahun 1900, *Dr. George Crile* melaporkan keberhasilan pijat jantung dada tertutup pada manusia, namun teknik *non-invasif* ini juga tidak mendapatkan daya tarik dan pijat jantung dada terbuka terus dilakukan.

Seiring perkembangannya resusitasi yang mutakhir untuk kasus henti jantung adalah menggunakan teknik resusitasi kompresi dada dan ventilasi paru, defibrilasi, dan pelayanan gawat darurat. Pertengahan abad ke-20, *Dr. James Elam* bersama rekannya *Dr. Peter Safar* berhasil menemukan bahwa teknik pemberian bantuan napas melalui mulut penolong ke mulut korban sangat efektif sebagai upaya penyelamatan nyawa korban henti jantung. Tahun 1960 *Dr. Kouwenhoven*, *Dr. James*

*Jude*, dan Dr. Peter Safar mempresentasikan hasil penelitiannya yang membuktikan kombinasi antara kompresi dada dan pernapasan mulut ke mulut merupakan teknik penyelamatan nyawa yang sederhana tapi efektif untuk memberikan pertolongan segera bagi penderita henti jantung. Tindakan ini selanjutnya dikenal dengan *Cardiopulmonary Resuscitation* (CPR) atau Resusitasi Jantung Paru (RJP).

Perkembangan selanjutnya mulai diciptakan manekin pelatihan yang dikenal dengan *Resusci Anne* dan alat pengajaran lainnya hingga video pelatihan *The Pulse of Life* dengan menyertakan mnemonik sederhana "ABC" yang merupakan singkatan dari "airway, breathing, circulation" untuk membantu mengingat langkah-langkah dalam tindakan resusitasi jantung paru. Upaya menghasilkan pedoman teknik resusitasi yang terstandar dimulai dengan dibentuknya *American Heart Association* (AHA) *CPR Committee* pada tahun 1963 dan *International Committee on Resuscitation* (ILCOR) pada tahun 1992. Komite ini bekerja untuk mengumpulkan, meninjau, dan berbagi data ilmiah tentang resusitasi dan menghasilkan pedoman teknik resusitasi.

### **Definisi Resusitasi Jantung Paru**

Resusitasi Jantung paru adalah tindakan penyelamatan nyawa yang dilakukan segera ketika jantung berhenti berdetak. Tindakan ini bertujuan untuk menjaga aliran darah tetap bersirkulasi ketika jantung berhenti berdetak. Teknik RJP dilakukan dengan teknik *Circulation, Airway and Breathing* yaitu dengan melakukan kompresi dada, mempertahankan jalan napas yang adekuat dan memberikan ventilasi yang adekuat.

### **Indikasi Resusitasi Jantung Paru**

Tindakan resusitasi jantung dilakukan pada kondisi henti jantung (*cardiac arrest*) dan henti napas (*respiratory arrest*). Resusitasi jantung paru yang dilakukan kepada penderita henti jantung dan henti napas harus memenuhi standar agar tercapai ROSC dengan segera. AHA menetapkan target performa resusitasi jantung paru atau yang dikenal dengan *High Quality CPR* (lihat tabel 4.1), yaitu:

1. Fraksi kompresi dada (*chest compression fraction*) >80%. Fraksi kompresi dada adalah proporsi waktu kompresi dada selama henti jantung. Rendahnya fraksi kompresi dada berhubungan dengan penurunan ROSC dan kelangsungan hidup penderita henti jantung. Salah satu metode untuk meningkatkan CCF adalah dengan meminimalkan interupsi selama tindakan resusitasi. Target fraksi kompresi dada pada kelompok usia dewasa yang menerima RJP tanpa ventilasi lanjutan adalah setinggi mungkin atau minimum 60%.

2. Kecepatan kompresi dada adalah 100-120 kali kompresi per menit. Ketika kecepatan kompresi dada menurun maka terjadi penurunan ROSC yang signifikan, dan kecepatan yang lebih tinggi dapat mengurangi aliran darah koroner.
3. Kedalaman kompresi dada minimum pada dewasa dan anak adalah  $\geq$  2 inci (5 cm) dan 1,5 inci (4 cm) atau setidaknya sepertiga dada anterior-posterior pada bayi dan anak-anak.
4. Rekoil dada sepenuhnya. Pengembangan dinding dada yang tidak lengkap terjadi ketika penolong menyandarkan tangan di atas dada penderita henti jantung, sehingga menghambat ekspansi dada secara penuh dan menyebabkan turunnya aliran darah ke seluruh jantung dan aliran balik vena, serta menurunnya curah jantung.
5. Ventilasi yang tidak berlebihan. Kecepatan pemberian napas adalah  $<12$  kali per menit bertujuan untuk meminimalkan dampak ventilasi tekanan positif pada aliran darah dan menghindari hiperventilasi. Penolong dapat memberikan 1 napas buatan setiap 6 detik sambil terus melakukan kompresi dada berkelanjutan.

### **Langkah-langkah dalam Pemberian Resusitasi Jantung Paru pada Bantuan Hidup Dasar**

Pemberian resusitasi jantung paru pada korban dewasa yang mengalami henti jantung dan henti napas di luar rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. **Analisis Situasi**

Langkah pertama adalah dengan memastikan keamanan diri penolong, lingkungan, dan penderita. Keamanan diri penolong merupakan prioritas utama karena tidak jarang penolong memasuki keadaan yang berbahaya ketika akan memberikan bantuan, selanjutnya penolong memperhatikan keamanan lingkungan dan keamanan penderita.

2. **Pemeriksaan respons dan aktivasi sistem gawat darurat**

Penolong memeriksa kesadaran penderita dengan melakukan rangsangan verbal memanggil dengan lantang disertai dengan menepuk bahu penderita. Jika penderita tidak berespons penolong melakukan rangsangan nyeri pada bagian dada penderita. Jika penderita tidak merespons terhadap rangsangan nyeri segera berteriak meminta pertolongan kepada lingkungan sekitar dan segera mengaktifkan sistem gawat darurat melalui perangkat telefon. Jika AED tersedia penolong mengambil AED atau meminta bantuan orang lain untuk mengambilnya.

3. **Penilaian nadi dan napas**

Penolong memeriksa nadi karotis dan napas penderita secara bersamaan. Pemeriksaan denyut nadi dilakukan dengan meraba arteri karotis pada sisi kanan atau kiri menggunakan dua jari sambil memeriksa pernapasan penderita dengan melihat ada tidaknya pergerakan naik turun dada. Maksimal waktu pemeriksaan denyut nadi dan napas adalah 10 detik. Pada kondisi penderita bernapas normal dan nadi teraba maka lakukan monitor kondisi penderita. Jika penderita tidak bernapas normal tapi nadi teraba maka berikan bantuan napas dengan hitungan 1 kali setiap 6 detik atau 10 kali dalam 1 menit dan lakukan pengecekan nadi setiap 2 menit. Jika korban tidak bernapas normal atau *gasping* dan tidak teraba nadi segera lakukan RJP.

4. Pelaksanaan tindakan RJP

Rasio perbandingan kompresi dan ventilasi dalam tindakan RJP adalah 30 kali kompresi dan 2 kali ventilasi (30:2).

5. Penggunaan AED

AED dapat digunakan segera jika telah tersedia.

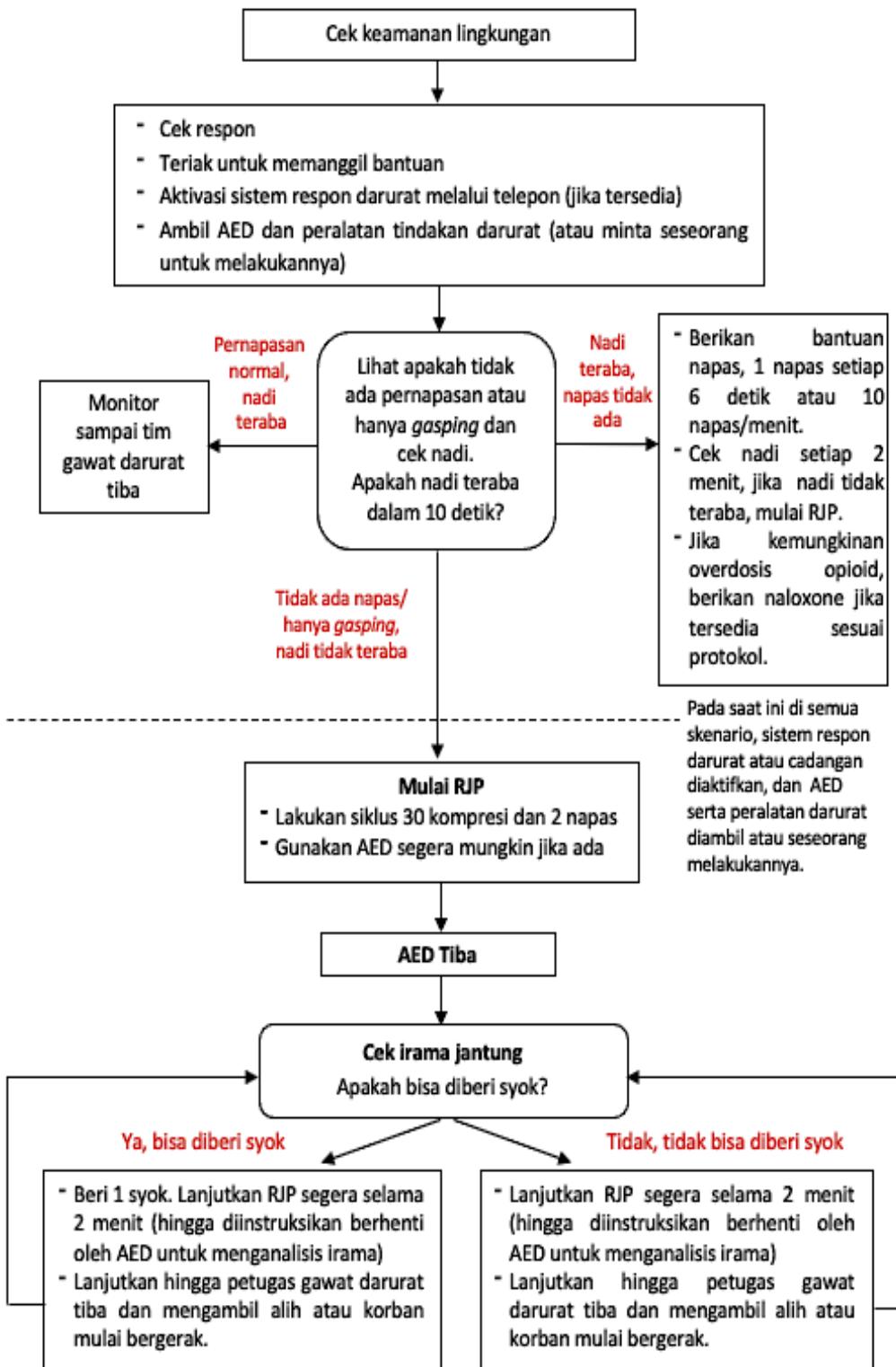
6. Pemeriksaan irama jantung

Jika AED mendeteksi irama jantung yang dapat diberi syok/ kejut listrik berikan 1 kali syok dan lanjutkan RJP. Namun jika AED mendeteksi irama yang tidak dapat diberi syok lanjutkan RJP sampai diminta AED untuk mengecek irama setiap 2 menit. RJP dan penggunaan AED dilakukan sampai tim gawat darurat datang dan melakukan resusitasi atau sampai penderita menunjukkan adanya pergerakan atau adanya upaya bernapas.

Algoritma tata laksana henti jantung dan henti napas menurut AHA (2020) menekankan akan pentingnya resusitasi jantung paru yang berkualitas, dengan durasi waktu pelaksanaan sesingkat mungkin dan penilaian irama jantung serta defibrilasi. Tindakan resusitasi dilakukan dengan jumlah kompresi sebanyak 30 kali dan pemberian ventilasi sebanyak 2 kali. Kecepatan kompresi adalah 100-120 kali per menit tanpa terputus dan penolong memberikan ventilasi 1 napas setiap 6 detik. Algoritma penanganan korban dewasa yang mengalami henti jantung di luar rumah sakit dapat dilihat pada gambar 4.2.

**Tabel 4.1 Komponen RJP Berkualitas Tinggi**

Komponen	Dewasa dan Anak Remaja	Anak (usia 1 tahun s.d. pubertas)	Bayi (usia <1 tahun, tidak termasuk bayi baru lahir)		
<b>Keamanan lokasi</b>	Pastikan lingkungan telah aman untuk penolong dan korban				
<b>Pengenalan henti jantung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa adanya reaksi/respons</li> <li>• Tidak bernapas atau napas tersengal-sengal/tidak normal</li> <li>• Tidak ada denyut nadi yang teraba dalam 10 detik</li> </ul> <p>(pemeriksaan napas dan denyut nadi dapat dilakukan bersamaan kurang dari 10 detik)</p>				
<b>Aktivasi sistem tanggap darurat</b>	Jika penolong sendiri tanpa ponsel: tinggalkan korban untuk mengaktifkan sistem tanggap darurat dan mengambil AED sebelum memulai RJP <b>atau</b> minta bantuan orang lain untuk melakukannya. Segera memulai RJP dan gunakan AED jika tersedia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Korban terlihat jatuh pingsan: ikuti langkah-langkah untuk orang dewasa dan anak remaja</li> <li>• Korban tidak terlihat jatuh pingsan: berikan RJP selama 2 menit, tinggalkan korban untuk mengaktifkan sistem tanggap darurat dan mengambil AED. Kembalikan ke anak atau bayi dan lanjutkan RJP, gunakan AED segera setelah tersedia</li> </ul>			
<b>Rasio kompresi: ventilasi (tanpa alat bantu napas lanjut)</b>	1 atau 2 penolong= 30:2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 penolong= 30:2</li> <li>• 2 penolong atau lebih= 15:2</li> </ul>			
<b>Rasio kompresi: ventilasi (dengan alat bantu napas lanjut)</b>	Kompresi dengan kecepatan 100-120 kali/menit dan berikan 1 napas buatan setiap 6 detik (10 napas buatan/menit)				
<b>Kecepatan kompresi</b>	100-120 kali/menit				
<b>Kedalaman kompresi</b>	Minimum 2 inci (5 cm)	Minimum sepertiga dari diameter anterior-posterior (AP) dada sekitar 2 inci (5 cm)	Minimum sepertiga dari diameter AP dada sekitar 1,5 inci (4 cm)		
<b>Penempatan tangan</b>	2 tangan berada di setengah bagian bawah tulang dada (sternum)	2 tangan atau 1 tangan (opsional untuk anak yang sangat kecil) berada di separuh bagian bawah tulang dada (sternum)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 penolong: 2 jari di bagian tengah dada, tepat di bawah baris puting.</li> <li>• 2 penolong atau lebih: 2 tangan dengan ibu jari melingkar di bagian tengah dada, tepat di bawah baris puting</li> </ul>		
<b>Recoil dada</b>	Biarkan rekoil penuh dada setelah setiap kali kompresi, tangan penolong tidak bertumpu di atas dada korban setelah setiap kali kompresi				
<b>Minimal interupsi</b>	Batasi gangguan dalam kompresi dada kurang dari 10 detik				



**Gambar 4.2 Algoritma bantuan hidup dasar pada dewasa**

Sumber: American Heart Association (2020)

# BAB 5

## Perilaku dan Intensi

Membahas tentang intensi tidak dapat dipisahkan dari membahas mengenai perilaku. Ilmu perilaku merupakan cabang ilmu yang mengkaji dimensi kognitif dalam diri suatu organisme dan interaksi perilaku antar organisme. Ilmu perilaku banyak dikaji oleh berbagai disiplin ilmu sosial antara lain antropologi, psikologi, sosiologi. Pembahasan mengenai perilaku manusia belum sepenuhnya dapat dipahami dan terus berkembang dari masa ke masa.

### A. Perilaku

Perilaku adalah bagian dari aktivitas suatu organisme yang dapat diamati oleh organisme lainnya. Seorang ahli psikologi, Skinner, menyatakan bahwa perilaku organisme merupakan hasil interaksi berbagai faktor stimulus, tanggapan dan respons terhadap stimulus tersebut. Teori ini kemudian dikenal dengan teori "S-O-R" atau Stimulus-Organisme-Respons".

Benyamin Bloom seorang ahli dalam psikologi pendidikan dalam teorinya mengemukakan bahwa perilaku manusia terbagi menjadi 3 domain yaitu kognitif (*cognitive domain*), afektif (*affective domain*), dan psikomotor (*psychomotor domain*). Kognitif merupakan unsur yang menggambarkan mengenai bagaimana seseorang mempersepsi objek berdasarkan pengetahuan, pandangan, keyakinan, pengalaman pribadi, kebutuhan emosional, dan informasi dari orang lain. Domain afektif merujuk pada emosional subjektif individu terhadap objek, dan terakhir domain psikomotor adalah perilaku individu atau kecenderungan bertindak sebagai respons seseorang terhadap objek yang dihadapinya.

Jika dilihat dari respons terhadap stimulus, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua bentuk, yaitu:

- 1) *Covert behavior*, perilaku tertutup terjadi apabila dalam memberikan respons terhadap stimulus, individu hanya terbatas pada bentuk perilaku yang terselubung atau tertutup, seperti perhatian, persepsi, pengetahuan, sikap, yang belum dapat diamati dengan jelas oleh lingkungan sekitarnya.
- 2) *Overt behavior*, perilaku terbuka yang ditunjukkan oleh individu dan dapat diamati dengan jelas oleh lingkungannya dalam bentuk tindakan atau praktik.

Perilaku individu pada dasarnya dapat diamati oleh lingkungan sekitarnya dan setiap perilaku memiliki tujuan tertentu. Dalam bidang kesehatan perilaku kesehatan merujuk kepada tindakan individu maupun sekelompok individu yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan, pemulihan kesehatan, dan peningkatan kesehatan.

## B. Teori Perilaku

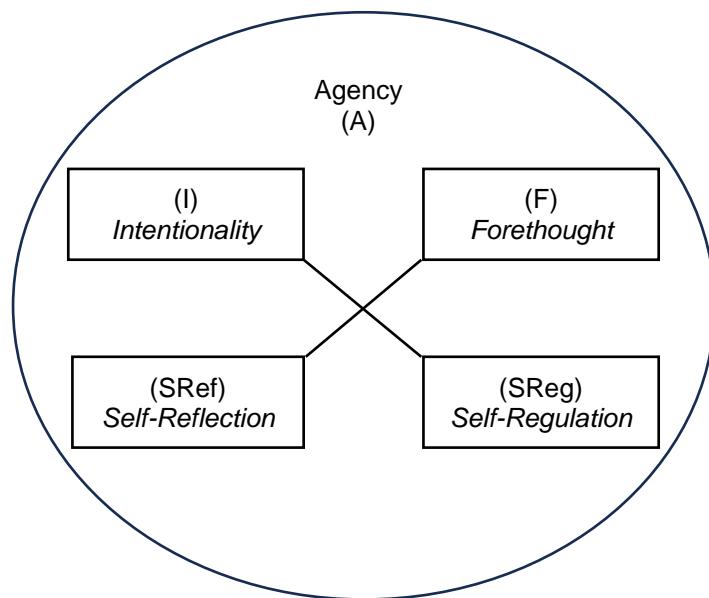
Beberapa teori yang merumuskan tentang perilaku diantaranya adalah teori kognitif sosial (*Social Cognitive Theory*), teori tindakan beralasan (*Theory of Reasoned Action*) yang kemudian dikembangkan menjadi teori perilaku terencana (*Theory of Planned Behavior*), dan teori perilaku yang dikembangkan dalam bidang keperawatan yaitu model sistem perilaku (*Behavioral System Model*). Beberapa teori masih relevan dan banyak digunakan dalam mempelajari perilaku dan beberapa diantaranya merupakan model pengembangan terbaru dalam berbagai bidang keilmuan diantaranya pada bidang ilmu sosial, psikologi, kesehatan bahkan bidang keperawatan.

### Teori Kognitif Sosial

*Albert Bandura* adalah tokoh yang memperkenalkan teori kognitif sosial pada tahun 1986. Teori kognitif sosial bermula dari kritik Bandura terhadap teori behavioristik. Menurutnya, dalam meramalkan perilaku seseorang tidak cukup hanya berprinsip pada kemampuan pembelajaran observasional namun mempertimbangkan hal penting lainnya yaitu kemampuan berpikir dan pengaturan tingkah laku. Pandangan teori ini menyatakan bahwa proses sosial dan proses kognitif adalah pusat pemahaman individu mengenai motivasi, emosi, dan tindakannya.

Dalam perspektif teori kognitif sosial, terdapat faktor internal di dalam diri manusia yang menjadi pendorong dalam berperilaku dan pendorong ini dikontrol oleh pencetus eksternal. Manusia memiliki kemampuan dasar dalam menerjemahkan simbol, berpikir ke depan, belajar dari pengalaman orang lain, dan

mampu dalam melakukan regulasi diri. Kemampuan-kemampuan ini digunakan oleh manusia dalam beradaptasi terhadap lingkungan lalu menyebabkan stimulus terhadap kemampuan kognitif sehingga akhirnya menghasilkan suatu perilaku.



**Gambar 5.1 Konsep *Human Agency* oleh Bandura (1997)**

Sumber: Code (2020)

Bandura memperkenalkan variabel *human agency*, di mana manusia bukan hanya "alat" dari suatu fenomena di dalam lingkungan, namun merupakan agen dari pengalaman tersebut. Manusia mampu berkembang, beradaptasi, dan melakukan perubahan dengan kemampuan dirinya sendiri. Agensi merujuk pada kapabilitas manusia dalam memengaruhi fungsi seseorang dan jalannya peristiwa melalui tindakan yang dilakukannya. Terdapat empat fungsi utama *human agency*, yaitu:

1. Intensionalitas (*Intentionality*)

Niat merupakan dimensi awal yang dimiliki oleh manusia sebelum melakukan perilaku. Niat terbentuk dari motivasi diri dan mempengaruhi kecenderungan melakukan tindakan. Individu membentuk niat yang mencakup rencana tindakan dan strategi untuk mewujudkan tindakan tersebut.

2. Berpikir ke depan (*Forethought*)

Seseorang menetapkan tujuan bagi dirinya dan memikirkan konsekuensi dari tindakan yang dilakukannya. Melalui berpikir seseorang akan memotivasi dan memandu perilakunya secara antisipatif.

### 3. Reaktivitas diri (*Self-Regulator*)

Manusia sebagai *self-regulator* yang menentukan standar bagi dirinya sendiri. Seseorang akan melakukan tindakan yang menyenangkan dan menghindari tindakan yang mendatangkan ancaman bagi dirinya.

### 4. Reflektivitas diri (*Self-Reflection*)

Selain sebagai agen suatu perilaku, manusia juga adalah penguji dari fungsi dirinya. Kesadaran diri fungsional dapat mencerminkan pribadi seseorang, tingkat kesehatan pikiran dan perilaku, makna aktivitas yang mereka lakukan, dan memperbaiki diri jika diperlukan.

## Teori Perilaku Terencana

Upaya mempelajari perilaku individu dimulai dari *Theory of Reasoned Action* (TRA) yang dikembangkan oleh *Fishbein & Ajzen* pada tahun 1975. Elaborasi teori ini oleh Ajzen (1985) menghasilkan teori baru yaitu teori perilaku terencana (*Theory of Planned Behavior*) yang lebih spesifik dalam memprediksi perilaku individu. Teori ini mengkaji hubungan antara keyakinan seseorang dan perilakunya. *Theory of Planned Behavior* ditujukan untuk menjelaskan semua perilaku seseorang yang sejatinya mempunyai kemampuan untuk mengendalikan dirinya. Komponen kunci dari teori ini adalah niat berperilaku (*behavioral intention*) yang dipengaruhi oleh sikap terhadap kemungkinan bahwa perilaku tersebut akan menghasilkan hasil yang diharapkan, dan evaluasi subyektif mengenai risiko dan manfaat dari hasil tersebut.

Ajzen menguraikan bahwa prediktor utama timbulnya intensi sebelum seseorang memunculkan suatu perilaku adalah sikap (*attitude toward behavior*), norma subjektif (*subjective norm*), dan kendali atas perilaku (*perceived behavioral control*). Determinan intensi adalah faktor kendali atas perilaku. Faktor ini ditambahkan ke dalam *Theory of Reasoned Action* terakhir kali sehingga menyempurnakan *Theory of Planned Behavior*.

Intensi merupakan wujud kombinasi antara dimensi sikap, norma subjektif, dan kendali atas perilaku yang dipersepsikan seseorang untuk menampilkan suatu perilaku. Sikap adalah kepercayaan mengenai suatu perilaku, sedangkan norma subjektif adalah kepercayaan normatif dan motivasi untuk patuh, dan faktor terakhir yaitu kendali atas perilaku adalah kepercayaan mengenai kemampuan mengatur kekuasaan yang dimiliki seseorang untuk berperilaku. Kombinasi sikap, norma subjektif, dan kendali atas perilaku akan memengaruhi munculnya intensi berperilaku. Untuk lebih memahami hubungan antara ketiga dimensi penentu niat dan perilaku dapat dilihat pada gambar 5.3.

*Theory of Planned Behavior* digunakan dalam memperkirakan perilaku seseorang ketika dirinya tidak mempunyai kontrol secara penuh atas kemauannya karena adanya hambatan tertentu yang memengaruhi perilakunya. Faktor prediktor yang memengaruhi dimensi dalam niat berperilaku dipengaruhi oleh dimensi keyakinan tentang perilaku tersebut, yaitu:

1. *Behavior beliefs*, yaitu keyakinan-keyakinan seseorang terhadap hal-hal tentang sikap positif atau negatif;
2. *Normative beliefs*, yaitu suatu keyakinan-keyakinan terhadap harapan orang lain (harapan normatif) yang berhubungan dengan norma yang berlaku dan menjadi pendorong dalam harapan normatif tersebut;
3. *Control beliefs*, yaitu keyakinan-keyakinan seseorang tentang hal yang mendorong atau hal yang dapat menahan dirinya dalam berperilaku.

Saat ini, tinjauan dari *Theory of Planned Behavior* telah dipakai pada banyak disiplin ilmu untuk mengkaji tentang perilaku karena konsep teori yang cukup kuat untuk memprediksi munculnya perilaku yang berasal dari adanya intensi dalam diri seseorang. Meskipun teori ini bermula dari kajian psikologi sosial, namun telah banyak digunakan dalam berbagai bidang, termasuk dalam bidang kesehatan.

### **Teori Model Sistem Perilaku**

Teori berkenaan dengan perilaku juga dikembangkan oleh pakar keperawatan, *Dorothy E. Johnson* (1977). Model sistem perilaku Johnson dikenal dengan *Behavioral System Model* menyatakan bahwa manusia adalah suatu sistem perilaku dan akan menunjukkan respons spesifik sehingga membentuk suatu perilaku yang utuh. Definisi perilaku menurut *Johnson* adalah luaran dari struktur intraorganisme dan proses yang terkoordinasi yang dimunculkan sebagai respons terhadap stimulus sensori. Perilaku dipengaruhi oleh berbagai faktor yang membutuhkan adaptasi yang bermakna. Manusia sebagai sistem perilaku akan berusaha mencapai keseimbangan melalui adaptasi dan perubahan dengan menggunakan fungsi yang efektif dan efisien dalam dirinya.

Teori ini memandang manusia sebagai organisme dengan sistem biologis dan sistem perilaku. Sebagai suatu sistem perilaku manusia berupaya melakukan penyesuaian secara kontinu dalam rangka mencapai, mempertahankan, atau mendapatkan keseimbangan menuju adaptasi sampai tercapai kondisi yang adekuat. Keperawatan merupakan sumber kekuatan eksternal yang menjaga organisasi dan integrasi dari perilaku seseorang untuk mencapai tingkat keseimbangan dan fungsi yang optimal. Perawat dalam menjalankan asuhan kepada pasien/klien harus berfokus pada sistem perilaku, sedangkan profesional kedokteran berfokus pada sistem biologis.

Asumsi dasar dalam model sistem perilaku terdiri dari tiga dimensi, yaitu:

1. Asumsi mengenai sistem
  - a. terdapat organisasi, interaksi, ketergantungan, dan integrasi bagian-bagian dan elemen perilaku yang membentuk suatu sistem;
  - b. suatu sistem cenderung mencapai keseimbangan di antara berbagai kekuatan, dan manusia akan berusaha mencapai keseimbangan melalui adaptasi dan perubahan dengan menggunakan fungsi yang efektif dan efisien dalam dirinya terhadap sistem tersebut;
  - c. suatu sistem perilaku sangat penting bagi manusia karena memiliki tujuan yang berguna bagi dirinya dan kehidupan sosial;
  - d. keseimbangan sistem mencerminkan keberhasilan penyesuaian dan adaptasi.
2. Asumsi mengenai struktur dan fungsi
  - a. dari bentuk perilaku dan akibat yang dicapainya dapat disimpulkan dorongan yang menjadi stimulus dan tujuan yang dicari;
  - b. setiap individu cenderung untuk berperilaku untuk tujuan tertentu dan dengan cara tertentu;
  - c. bagian dari sistem akan membentuk suatu subsistem yang memiliki aktivitas yang khas dan setiap subsistem mempunyai serangkaian pilihan (lingkup perilaku);
  - d. perilaku individu menghasilkan suatu hasil yang dapat diamati.

Subsistem yang diusung oleh Johnson dalam teorinya meliputi keterikatan-afiliasi (*attachment-affiliative*), ketergantungan (*dependency*), ingestif (*ingestive*), eliminasi (*eliminative*), seksual (*sexual*), pencapaian (*achievement*), serta agresif-proteksi (*aggressive-protective*) (lihat gambar 5.2).

### **Faktor yang Memengaruhi Perilaku**

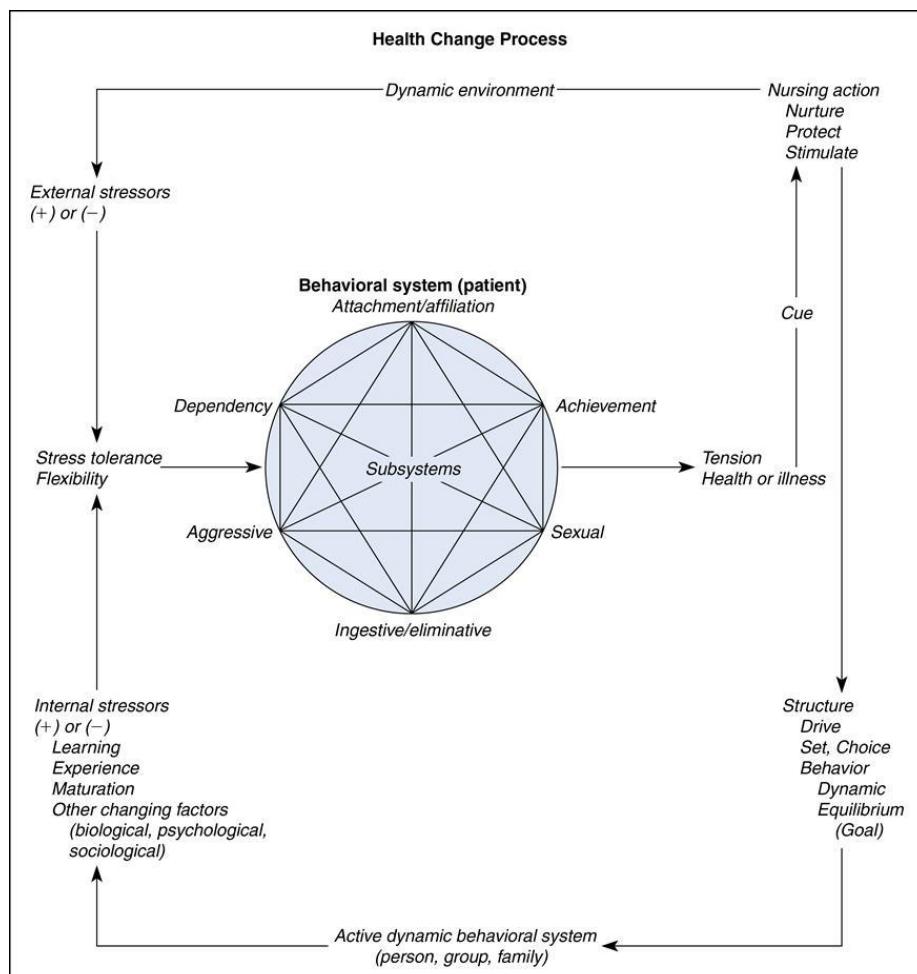
Menurut teori yang dikemukakan oleh Lawrence Green, yang sampai saat ini masih relevan digunakan, terdapat tiga (3) faktor yang menyebabkan timbulnya perilaku manusia, yaitu:

- 1) Faktor pendorong (*predisposing factor*)  
Faktor ini berasal dari dalam diri manusia dan menjadi dasar untuk berperilaku tertentu. Pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai yang dianut, persepsi baik atau buruk terhadap perilaku merupakan bagian dari faktor pendorong.
- 2) Faktor pemungkin (*enabling factor*)  
Faktor pemungkin adalah segala sesuatu yang menyebabkan suatu perilaku mungkin atau tidak mungkin dilakukan. Faktor ini meliputi hal-hal yang

mendukung dalam terbentuknya suatu perilaku, seperti sarana, prasarana, fasilitas, media informasi, status sosial, ekonomi, dan lingkungan sekitar.

### 3) Faktor penguat (*reinforcing factor*)

Faktor penguat merupakan hal yang memperkuat seseorang untuk berperilaku, seperti keluarga, orang terdekat, tokoh masyarakat, tokoh agama, profesional, termasuk undang-undang dan peraturan pemerintah.



**Gambar 5.2 Model sistem perilaku**

Dikonseptualisasi oleh Jude A. Magers, Indianapolis

Perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor endogen, faktor eksogen, dan beberapa faktor lainnya.

- 1) Faktor endogen berasal dari genetik atau faktor keturunan, meliputi ras, jenis kelamin, sifat fisik, kepribadian, bakat, dan kecerdasan.
- 2) Faktor eksogen adalah faktor yang berasal dari luar diri individu, diantaranya faktor lingkungan, pendidikan, agama, sosial ekonomi, dan budaya.
- 3) Faktor lain, diantaranya susunan saraf pusat, persepsi, dan emosi.

Sementara itu, faktor yang sangat mempengaruhi perilaku menurut Fishbein & Ajzen (1975) adalah niat. Niat atau intensi menjadi faktor prediktor utama yang ada di dalam diri individu untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku. Niat ini disebut dengan niat berperilaku (*behavioral intention*). Menurut teori ini niat berperilaku muncul sebagai akibat adanya keyakinan dalam diri individu bahwa perilaku yang akan dilakukan akan menuju pada hasil tertentu.

## C. Intensi

---

*"We have defined intention as a person location on subjective probability dimension involving. A relation between himself and some action. A behavioral intention, therefore, refers to a person's subjective probability that the will perform some behavior."*  
*(Fishbein & Ajzen, 1975).*

Istilah intensi merujuk kepada niat, didefinisikan sebagai posisi seseorang dalam dimensi probabilitas subjektif yang melibatkan dirinya dan beberapa perilaku. Intensi merujuk pada kemungkinan subjektif individu tersebut untuk melakukan suatu perilaku. Intensi juga didefinisikan sebagai keadaan pikiran seseorang yang ditujukan untuk melakukan tindakan tertentu, yang dapat ataupun tidak dapat dilakukannya sekarang atau pada tindakan yang akan datang. Perilaku dapat dikatakan sebagai wujud nyata dari niat seseorang terhadap perilaku tertentu.

Intensi atau niat merupakan faktor awal dari suatu perilaku sehingga perilaku seseorang akan selalu dimulai dengan adanya intensi. Intensi menggambarkan besarnya upaya seseorang untuk melakukan suatu perilaku. Intensi adalah variabel yang memengaruhi faktor-faktor pendorong yang memiliki dampak pada perilaku tertentu. Oleh karena itu intensi (niat) individu untuk melakukan suatu perilaku pada waktu dan tempat tertentu dapat diprediksi. Seseorang akan melaksanakan niatnya ketika memiliki kesempatan. Dengan demikian, niat diasumsikan sebagai pendahulu langsung dari perilaku.

### Faktor - Faktor yang Memengaruhi Intensi

Intensi terhadap suatu perilaku dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal merupakan faktor yang secara langsung memengaruhi intensi terdiri dari sikap (*attitude toward behavior*), norma subjektif (*subjective norm*), dan kendali atas perilaku (*perceived behavioral control*), sedangkan faktor eksternal yaitu faktor yang melatarbelakangi keyakinan (*beliefs*) terhadap faktor internal. Faktor internal yang memengaruhi intensi dijelaskan sebagai berikut:

### 1) Attitude toward behavior

Sikap terhadap perilaku adalah evaluasi seseorang baik secara positif ataupun negatif terhadap sesuatu. Sikap terhadap perilaku muncul dari keyakinan pada akibat yang dapat timbul karena perilaku tertentu. Sikap ditentukan oleh keyakinan akan akibat dari suatu perilaku (*behavioral beliefs*) dan evaluasi individu terhadap suatu perilaku. Keyakinan ini berasosiasi dengan penilaian subjektif individu mengenai diri dan lingkungannya untuk selanjutnya dihubungkan dengan manfaat atau kerugian yang mungkin diperolehnya dari melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku. Model persamaan hubungan antara keyakinan perilaku dan evaluasi dapat digambarkan pada rumus berikut ini:

$$A_B \propto \sum b_i e_i$$

dengan keterangan:

A = Sikap

b = Keyakinan terhadap perilaku

e = evaluasi

i = indeks

$\propto$  = proporsi

### 2) Subjective norm

Norma subjektif adalah perasaan atau dugaan seseorang mengenai harapan-harapan dari orang di sekitarnya tentang melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku. Norma subjektif dipengaruhi oleh keyakinan seseorang atas harapan orang lain (*normative beliefs*) terhadap perilaku yang dilakukannya dan motivasi individu untuk memenuhi harapan tersebut. Istilah "*motivation to comply*" adalah adanya pertimbangan seseorang terhadap pandangan orang lain. Model persamaan hubungan antara keyakinan normatif dan motivasi dapat digambarkan pada rumus berikut ini:

$$SN \propto \sum n_i m_i$$

dengan keterangan:

SN = Norma subjektif

n = Keyakinan normatif

m = Motivasi

i = indeks

$\propto$  = proporsi

### 3) Perceived behavioral control

Persepsi kontrol perilaku atau dapat disebut dengan kendali atas perilaku adalah perasaan individu tentang sejauh mana suatu perilaku berada dalam kendalinya. Perasaan ini adalah tentang kemudahan atau kesulitan seseorang untuk berperilaku tertentu. Sama seperti dua dimensi sebelumnya, kendali perilaku juga dipengaruhi oleh keyakinan kontrol (*control beliefs*) yaitu mengenai faktor-faktor yang menunjang atau menahan dirinya untuk berperilaku, seperti sumber daya, kesempatan, kompetensi, pengalaman, dan kemampuan seseorang menghadapi kesulitan dan besarnya kekuatan faktor-faktor tersebut (*power of control factor*) dalam mewujudkan perilaku tersebut. Model persamaan hubungan antara keyakinan kontrol dan kekuatan pengaruh faktor kontrol dapat digambarkan pada rumus berikut ini:

$$PCB \propto \sum c_i p_i$$

dengan keterangan:

PCB = Kontrol perilaku

c = keyakinan kontrol

p = kekuatan pengaruh faktor kontrol

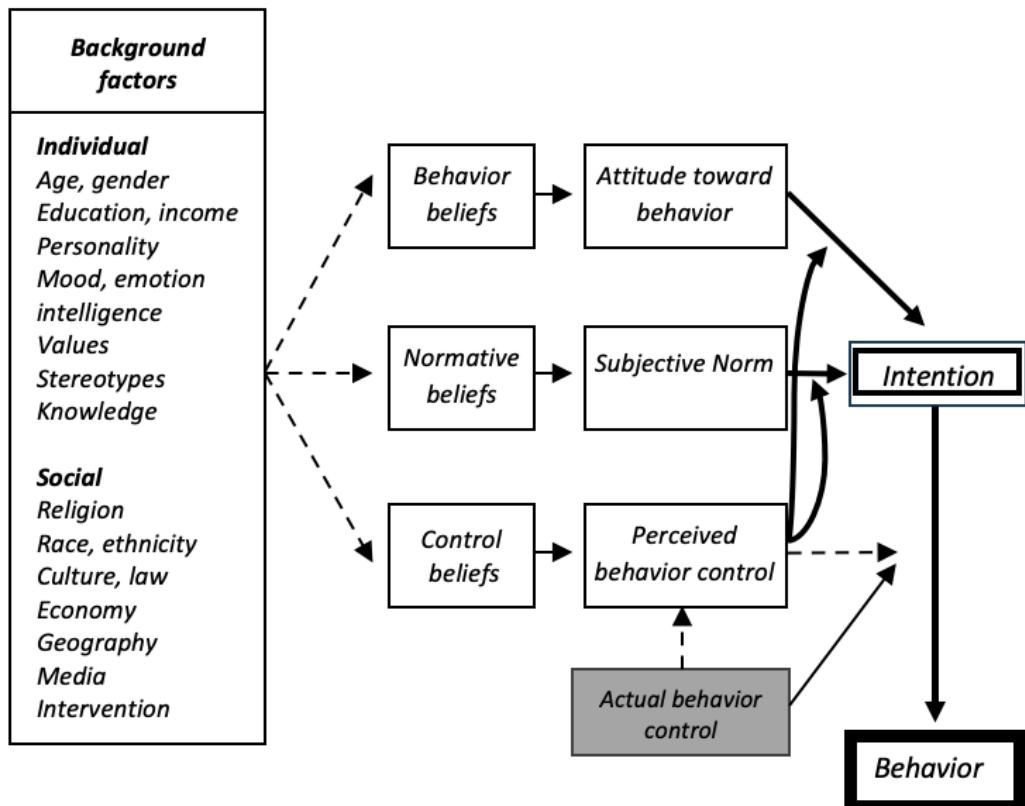
i = indeks

$\propto$  = proporsi

Individu yang memiliki kendali perilaku yang tinggi dapat memperkuat motivasi dirinya (*actual behavior control*) sehingga secara tidak langsung dapat menentukan perilakunya, dan sebaliknya jika kendali perilaku yang dimilikinya rendah maka keyakinan kontrol hanya memperkuat intensi dan tidak secara langsung menentukan perilaku (lihat garis putus-putus pada gambar 5.3).

Faktor eksternal merupakan faktor yang secara tidak langsung memengaruhi intensi, namun faktor inilah yang mendorong faktor internal melalui dimensi keyakinan. Faktor eksternal terdiri dari:

1. Faktor individual, yang merupakan faktor di dalam diri individu terdiri dari usia dan jenis kelamin, pendidikan dan penghasilan, kepribadian, suasana hati dan emosi, kecerdasan, nilai-nilai yang dianut, stereotipe, serta pengetahuan.
2. Faktor sosial, merupakan faktor di dalam dan luar diri individu yang berkenaan dengan masyarakat atau lingkungan di sekitarnya, terdiri dari agama, suku dan etnis, budaya dan hukum, status ekonomi, geografi, media, dan intervensi/perlakuan.



**Gambar 5.3 Faktor-faktor dalam *Theory of Planned Behavior***

# BAB 6

## Peran dan Tanggung Jawab Perawat

### A. Sejarah Singkat Perkembangan Keperawatan di Dunia

Evolusi keperawatan dimulai pada 4000 SM silam. Perawat pertama yang tercatat dalam sejarah adalah *Deborah*, yang merupakan perawat dari *Rifqah binti Betuel (Rebecca)*-istri *Nabi Ishaq as*. Pada awal abad ke-18 asuhan keperawatan hanya dilakukan di rumah oleh saudara perempuan dari orang yang sakit. Saat terjadi perang sipil pada tahun 1861-1865, perawat berperan dalam merawat tentara korban perang secara sukarela. *Florence Nightingale*, seorang wanita dari keluarga kelas atas yang kaya di Inggris pada pertengahan tahun 1800-an mengabdikan dirinya untuk meringankan penderitaan dan merawat orang sakit. Munculnya Perang *Crimea* di Inggris secara tidak langsung memberikan kesempatan bagi *Nightingale* untuk membuka kesadaran masyarakat akan perlunya perawat yang memiliki pendidikan khusus. Selama melakukan perawatan, *Nightingale* menerapkan prinsip-prinsip praktik keperawatan dan modifikasi lingkungan sehingga berdampak pada menurunnya angka mortalitas dan morbiditas selama perang. Ia selanjutnya dianggap sebagai pendiri keperawatan modern.

Akhir abad ke-18 keperawatan sudah dilakukan di area rumah sakit namun belum ada standar bagi perawat yang bekerja di rumah sakit. Sejak saat itu mulai bermunculan perawat-perawat di wilayah Amerika dan Eropa yang didominasi oleh perempuan, diantaranya *Lilian Wald, Isabel Hampton Robb, Jane Delano, Linda Richards, Margaret Sanger, Adelaide Nutting*, dan lainnya.

Perawat-perawat ini berperan dalam merumuskan standar-standar yang diperlukan dalam praktik keperawatan, pendirian fasilitas perawatan bagi masyarakat, mendirikan sekolah-sekolah perawat, hingga mendirikan organisasi-organisasi keperawatan yang saat ini telah menjadi organisasi yang menjadi rujukan secara global.

Perkembangan keperawatan di Indonesia dimulai sejak zaman penjajahan Belanda. Pada masa ini perawat berasal dari penduduk pribumi dan dipanggil dengan sebutan "*velpeger*". Tahun 1799 pertama kali didirikan rumah sakit Binen Hospital di Batavia (Jakarta) yang ditujukan bagi staf dan tentara Belanda, kemudian tahun 1819 didirikan RS Stadverband di Glodok, Jakarta yang kemudian diberi nama RS Cipto Mangunkusumo, selanjutnya mulai banyak didirikan rumah sakit dan bersamaan dengan itu mulai didirikan sekolah-sekolah perawat.

Awal kemajuan perkembangan perawat di Indonesia terjadi pada tahun 1972 saat pendirian organisasi profesi keperawatan dengan nama Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Tahun 1983 dilaksanakan Lokakarya Nasional Keperawatan di Jakarta dan menjadi penegasan bahwa keperawatan adalah suatu bidang profesi yang dikembangkan dengan landasan keilmuan dan profesionalitas yang kokoh. Seiring dengan berkembangnya profesionalisme keperawatan, pendidikan keperawatan pun semakin meningkat dengan menempatkan pendidikan keperawatan pada pendidikan tinggi. Keberadaan perawat di Indonesia semakin diperkuat dengan diterbitkannya Undang-undang Nomor 23 tentang kesehatan yang menyatakan bahwa keperawatan sebagai profesi.

Keperawatan adalah integrasi antara sains dan seni yang dengannya seseorang dibantu untuk belajar merawat dirinya sendiri dan dirawat oleh orang lain ketika ia tidak mampu memenuhi kebutuhannya sendiri. Keperawatan sebagai ilmu didasarkan pada pengetahuan (*body of knowledge*) yang terus berubah seiring dengan penemuan dan inovasi baru, sedangkan sebagai seni, praktik keperawatan menggunakan pendekatan kasih sayang, *caring*, dan komunikasi terapeutik dalam mengoptimalkan perawatan kepada klien, keluarga, dan masyarakat. ANA (2015) mendefinisikan keperawatan sebagai:

*"Nursing is the protection, promotion, and optimization of health and abilities, prevention of illness and injury, facilitation of healing, alleviation of suffering through the diagnosis and treatment of human responses, and advocacy in the care of individuals, families, groups, communities, and populations."*

Definisi ini menjadi landasan bagi penegasan ruang lingkup praktik keperawatan dan standar praktik keperawatan profesional. Ruang lingkup praktik keperawatan menggambarkan unsur "siapa", "apa", "di mana", "kapan", "mengapa", dan "bagaimana" dalam praktik keperawatan. Uraian mengenai ruang lingkup praktik keperawatan dijabarkan dalam uraian berikut.

1. "Siapa" dalam praktik keperawatan merujuk pada yang disebut dengan perawat adalah seseorang yang telah dididik dalam perguruan tinggi bidang keperawatan, memiliki gelar sebagai perawat dan/atau perawat spesialis, dan memiliki izin aktif untuk melakukan praktik keperawatan secara legal.
2. "Apa" dalam praktik keperawatan adalah tindakan-tindakan yang dilakukan oleh perawat meliputi praktik keperawatan, upaya promosi, dan optimalisasi kesehatan, pencegahan penyakit dan cedera, fasilitasi penyembuhan, perawatan respons manusia terhadap penyakit, dan advokasi dalam perawatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan populasi.
3. "Di mana" merujuk bahwa praktik keperawatan dilakukan di mana saja ketika ada pasien/klien yang membutuhkan perawatan.
4. "Kapan" dalam praktik keperawatan adalah kapanpun ada kebutuhan akan pengetahuan, *caring*, dan keahlian keperawatan maka praktik keperawatan dapat dilakukan.
5. "Mengapa" merujuk pada praktik keperawatan dilakukan untuk mencapai hasil yang optimal bagi klien sesuai.
6. "Bagaimana" dalam praktik keperawatan didefinisikan sebagai cara, sarana, metode, proses, dan cara perawat melakukan praktik secara profesional. Cara praktik perawat mencerminkan integrasi lima kompetensi praktik inti dari semua profesional layanan kesehatan: praktik layanan kesehatan yang berpusat pada klien, praktik berbasis bukti, kolaborasi antarprofesional, penggunaan sistem informatika, dan peningkatan kualitas berkelanjutan. Selain itu, unsur "bagaimana" juga mencakup metode komunikasi yang digunakan oleh perawat dalam praktik keperawatan yang dilakukan secara komprehensif misalnya metode *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR) dan menggunakan berbagai pendekatan seperti pemanfaatan sistem informatika dan proses lain yang telah ditetapkan guna mencegah kesalahan.

Keperawatan telah berevolusi dari metode tidak terstruktur dalam merawat orang sakit menjadi profesi ilmiah. Praktik keperawatan menggabungkan pengetahuan ilmiah dengan cara yang manusiawi, keterampilan berpikir kritis, dan perilaku *caring*. Fokus pelayanan keperawatan bukan pada penyakit melainkan respons klien terhadap penyakit tersebut. Tujuan asuhan keperawatan adalah meningkatkan kesehatan dan membantu klien mencapai tingkat kesejahteraan yang

lebih tinggi, termasuk juga membantu klien dengan penyakit terminal agar mencapai kenyamanan dan bermartabat pada tahap akhir kehidupan.

## B. Standar Praktik Keperawatan

Menurut Undang-undang No 17 tahun 2023 sumber daya manusia kesehatan terdiri dari tenaga medis, tenaga kesehatan, dan tenaga pendukung atau penunjang kesehatan. Tenaga medis terdiri dari dokter dan dokter gigi, sementara tenaga kesehatan terdiri dari keperawatan, psikologis klinis, kebidanan, kefarmasian, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, gizi, keterampilan, fisik, keteknisian medis, teknik biomedika, dan tenaga kesehatan tradisional. Dalam menjalankan praktik profesionalnya tenaga medis dan tenaga kesehatan wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan pasien.

**Tabel 6.1 Standar Praktik Keperawatan ANA**

<b>Standar Praktik Keperawatan ANA</b>
<ol style="list-style-type: none"><li><b>Pengkajian:</b> Perawat mengumpulkan data dan informasi yang berkaitan dengan kesehatan atau situasi pengguna layanan kesehatan.</li><li><b>Diagnosis:</b> Perawat menganalisis data pengkajian untuk menentukan diagnosis aktual atau potensial, dan masalah.</li><li><b>Identifikasi Hasil:</b> Perawat mengidentifikasi hasil yang diharapkan dari rencana asuhan keperawatan yang diberikan kepada pengguna layanan kesehatan atau situasinya.</li><li><b>Perencanaan:</b> Perawat mengembangkan rencana asuhan dengan menggunakan strategi-strategi untuk mencapai hasil-hasil yang diharapkan dan terukur.</li><li><b>Implementasi:</b> Perawat mengimplementasikan rencana yang telah diidentifikasi.<ol style="list-style-type: none"><li><b>Koordinasi Perawatan:</b> Perawat mengoordinasikan pemberian perawatan.</li><li><b>Pendidikan Kesehatan dan Promosi Kesehatan:</b> Perawat menggunakan strategi-strategi untuk meningkatkan kesehatan dan lingkungan yang aman.</li></ol></li><li><b>Evaluasi:</b> Perawat mengevaluasi kemajuan terhadap pencapaian tujuan-tujuan dan hasil-hasil.</li></ol>

Sumber: (ANA, 2015)

Standar praktik profesi keperawatan pertama kali dirumuskan pada tahun 1960 oleh organisasi keperawatan di Amerika, *American Nurses Association* (ANA) yang kemudian diperbarui pada tahun 2015. Tujuan dari perumusan standar praktik ini adalah sebagai upaya dalam menegaskan peran dan lingkup kerja perawat dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan individu, komunitas, dan populasi. Standar Praktik menggambarkan tingkat kompetensi asuhan keperawatan yang dikenal sebagai proses keperawatan, terdiri dari pengkajian, diagnosis, identifikasi hasil dan perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Proses keperawatan merupakan

landasan pengambilan keputusan klinis dan mencakup semua tindakan signifikan yang diambil oleh perawat dalam memberikan perawatan kepada klien.

Kompetensi yang menyertai setiap standar dapat menjadi bukti kepatuhan yang ditujukan terhadap standar terkait. Penerapan suatu standar atau kompetensi tertentu tergantung pada keadaan. Sebagai contoh, seorang perawat yang memberikan perawatan kepada pengguna layanan kesehatan yang tidak sadarkan diri dan kritis, yang dibawa ke rumah sakit dengan ambulans tanpa didampingi keluarga, memiliki tugas untuk mengumpulkan data komprehensif yang relevan dengan kesehatan klien tersebut (Standar 1. Pengkajian). Namun, dalam keadaan tersebut, perawat mungkin tidak diharapkan "untuk menilai dinamika keluarga dan dampaknya terhadap kesehatan dan kesejahteraan klien" (salah satu kompetensi dari Standar 1). Dalam hal yang sama, Standar 5B, pengajaran kesehatan dan promosi kesehatan mungkin tidak berlaku sama sekali.

Selain Standar Praktik Keperawatan, ANA juga merumuskan Standar Kinerja Profesional (lihat tabel 6.2) guna menggambarkan tingkat perilaku kompetensi perawat dalam peran profesional. Standar ini menjadi pedoman objektif bagi perawat untuk bertanggung jawab terhadap tindakan, pasien, dan rekan sejawat perawat. Melalui standar tersebut dapat memberikan keyakinan kepada pasien bahwa layanan yang diberikan adalah berkualitas tinggi dan perawat mengetahui dengan pasti asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Di Indonesia, standar profesi perawat sebagaimana yang disebutkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tahun 2020 terdiri dari standar kompetensi dan kode etik profesi. Standar Kompetensi Perawat di Indonesia mencerminkan kompetensi yang harus dimiliki oleh perawat Indonesia dalam memberikan asuhan keperawatan profesional. Standar Kompetensi Perawat Indonesia setara dengan standar internasional sehingga menempatkan perawat Indonesia setara dengan perawat dari negara lain.

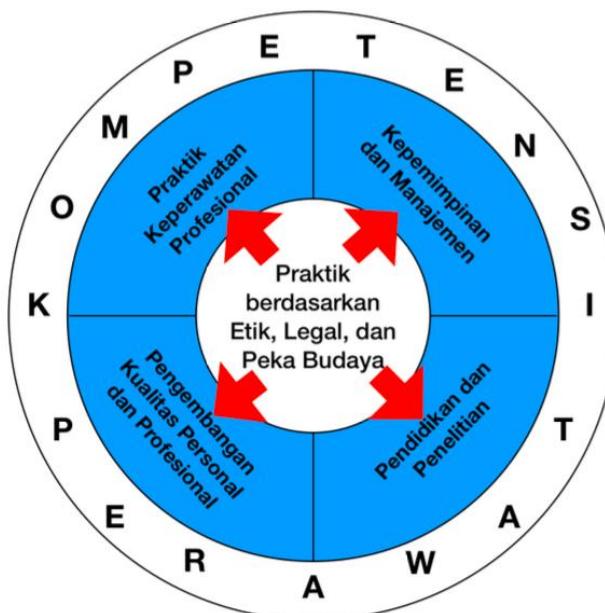
**Tabel 6.2 Standar Kinerja Profesional ANA**

<b>Standar Kinerja Profesional ANA</b>
<ol style="list-style-type: none"><li><b>Etika:</b> perawat melakukan praktik secara etis.</li><li><b>Praktik yang Sesuai dengan Budaya:</b> Perawat berpraktik dengan cara yang sejalan dengan prinsip keragaman budaya.</li><li><b>Komunikasi:</b> Perawat berkomunikasi secara efektif dalam semua area praktik.</li><li><b>Kolaborasi:</b> Perawat berkolaborasi dengan pengguna layanan kesehatan, keluarga, dan pihak lain dalam melaksanakan praktik keperawatan.</li><li><b>Kepemimpinan:</b> Perawat menunjukkan kepemimpinan dalam praktik profesional dan profesi.</li><li><b>Pendidikan:</b> Perawat memperoleh pengetahuan dan kompetensi yang mencerminkan praktik keperawatan terkini.</li><li><b>Praktik Berbasis Bukti dan Penelitian:</b> Perawat mengintegrasikan bukti dan temuan penelitian ke dalam praktik.</li></ol>

8. **Kualitas Praktik:** Perawat berkontribusi terhadap kualitas praktik keperawatan.
9. **Evaluasi Praktik Profesional:** Perawat mengevaluasi praktik keperawatannya sendiri dalam kaitannya dengan standar praktik profesional dan pedoman, undang-undang, peraturan, dan regulasi yang relevan.
10. **Sumber Daya:** Perawat menggunakan sumber daya yang tepat untuk merencanakan dan memberikan layanan keperawatan yang aman, efektif, dan tanggung jawab finansial.
11. **Kesehatan Lingkungan:** Perawat berpraktik dalam lingkungan kerja yang aman dan sehat secara mental.

Sumber: (ANA, 2015)

Standar kompetensi perawat di Indonesia mengadopsi dari domain kompetensi *The ASEAN Nursing Common Core Competencies*, terdiri dari 5 (lima) area kompetensi yang mencakup tugas, peran, dan fungsi perawat.



**Gambar 6.1 Area kompetensi perawat Indonesia**

Sumber: Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia, Kementerian Kesehatan RI (2019)

Penjabaran kelima area standar kompetensi perawat tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Praktik keperawatan berdasarkan etik, legal, dan peka budaya
  - a) Kompetensi inti: mampu melakukan praktik keperawatan berdasarkan praktik etik, legal, dan peka budaya
  - b) Lulusan perawat mampu:
    - (1) Praktik keperawatan berdasarkan etik
      - (a) Memahami konsep etik, norma, agama, budaya, hak asasi manusia dalam pelayanan keperawatan.

- (b) Menghargai perbedaan latar belakang agama, budaya, dan sosial antara klien dengan perawat.
- (c) Memprioritaskan kepentingan klien dalam pemberian pelayanan keperawatan.
- (d) Menjaga hak privasi klien.
- (e) Menjaga rahasia klien yang diperoleh karena hubungan terapeutik.
- (f) Menjaga kesehatan diri perawat sehingga tidak berdampak kepada klien.
- (g) Menghindari konflik kepentingan dengan klien dalam memberikan pelayanan kesehatan.
- (h) Menunjukkan sikap empati dan kedulian (*caring*) dalam pemberian pelayanan keperawatan.
- (i) Menjaga dan membangun hubungan profesional sesama perawat dan dengan profesi lain untuk pelayanan keperawatan bermutu.
- (j) Melindungi klien dari pelayanan kesehatan yang tidak bermutu.
- (k) Berpartisipasi aktif dalam pengembangan keprofesian untuk menjaga kualitas pelayanan keperawatan.

(2) Praktik keperawatan berdasarkan legal

- (a) Memahami ketentuan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan keperawatan.
- (b) Melakukan praktik keperawatan profesional sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan keperawatan.
- (c) Menunjukkan sikap sadar hukum dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan.

(3) Praktik keperawatan berdasarkan peka budaya

- (a) Menggunakan pendekatan budaya untuk meningkatkan mutu pemberian pelayanan keperawatan.
- (b) Mendorong kemandirian masyarakat dengan basis budaya setempat untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.

2) Praktik keperawatan profesional

- a) Kompetensi inti: mampu melakukan praktik keperawatan secara profesional berdasarkan keilmuan keperawatan.
- b) Lulusan perawat mampu:
  - (1) Menerapkan ilmu biomedik, ilmu humaniora, ilmu keperawatan, dan ilmu kesehatan masyarakat yang terkini untuk mengelola masalah keperawatan secara holistik, terpadu, dan kontinuum meliputi:

- (a) Pelayanan promosi kesehatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat
  - (b) Pencegahan masalah kesehatan umum dan khusus untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat
  - (c) Perumusan diagnosis keperawatan dan analisis masalah keperawatan sesuai dengan standar praktik keperawatan
  - (d) Sebagai landasan untuk penyusunan rencana intervensi dan evaluasi hasil asuhan keperawatan
  - (e) Intervensi keperawatan sesuai masalah dan diagnosis keperawatan pada seluruh tatanan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan primer, sekunder, tersier, dan khusus
  - (f) Pelayanan pemulihan kesehatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat untuk tercapainya derajat kesehatan yang lebih baik.
- (2) Memahami standar mutu yang digunakan dalam pelayanan keperawatan untuk melindungi klien dalam pemenuhan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan meliputi:
- (a) Rumusan masukan, proses, dan luaran dalam pemberian pelayanan keperawatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat
  - (b) Mampu beradaptasi dengan ketersediaan sumber daya tanpa mengorbankan mutu pelayanan keperawatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
- 3) Kepemimpinan dan manajemen
- a) Kompetensi inti: mampu melakukan praktik kepemimpinan, manajemen asuhan keperawatan dan manajemen pelayanan keperawatan.
  - b) Lulusan perawat mampu:
    - Menerapkan konsep kepemimpinan dan manajemen dalam pengelolaan:
    - (1) Asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
    - (2) Program kesehatan komunitas untuk tujuan promosi dan pencegahan masalah kesehatan.
    - (3) Fasilitas kesehatan untuk menunjang pelayanan keperawatan.
    - (4) Sumber daya manusia, sarana dan prasarana, dan finansial untuk pelayanan keperawatan bermutu.
    - (5) Penyelenggaraan pelayanan keperawatan personal, kolaborasi, institusional yang efektif, efisien, akuntabel, dan terjangkau.

- (6) Masalah-masalah kesehatan dan kebijakan pemerintah dalam bidang kesehatan dan keperawatan dengan perumusan masalah dan pemilihan prioritas intervensi yang efektif dan efisien.
- 4) Pendidikan dan penelitian
- Kompetensi inti: mampu melakukan praktik pendidikan dalam keperawatan dan penelitian dalam bidang keperawatan.
  - Lulusan perawat mampu:
    - Memahami peran dan fungsi pendidik klinik (*preceptor*) dalam pendidikan keperawatan.
    - Memahami kebutuhan pendidikan dan keterampilan klinik dalam pendidikan keperawatan.
    - Merancang dan melaksanakan penelitian sederhana dalam bidang keperawatan.
    - Menerapkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan.
- 5) Pengembangan kualitas personal dan profesional
- Kompetensi inti: mampu melakukan pengembangan kualitas praktik personal dan profesional dalam bidang keperawatan.
  - Lulusan perawat mampu:
    - Menyadari kebutuhan untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi keperawatan melalui program pengembangan keprofesionalan berkelanjutan.
    - Mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang keperawatan untuk menunjang mutu pelayanan keperawatan.

## C. Peran dan Tanggung Jawab Perawat

---

Undang-Undang Kesehatan no 17 Tahun 2023 diantaranya menegaskan bahwa setiap orang memiliki hak untuk mendapatkan informasi dan edukasi kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab, dan mendapatkan perlindungan dari risiko kesehatan. Setiap orang berkewajiban menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan bagi orang lain yang menjadi tanggung jawabnya yang dilaksanakan dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan, upaya kesehatan masyarakat, maupun pembangunan berwawasan kesehatan.

Upaya kesehatan perseorangan adalah tindakan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang berpengaruh hanya kepada individu, sedangkan upaya kesehatan masyarakat meliputi tindakan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan/atau paliatif yang berpengaruh pada masyarakat. Pembangunan berwawasan kesehatan bermakna bahwa pembangunan didasarkan pada

paradigma sehat melalui strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan upaya kesehatan yang menitikberatkan pada upaya promotif, preventif, dan pemberdayaan masyarakat.

Peran perawat di Indonesia secara umum adalah sebagai *care provider, community leader, educator, manager, dan researcher*.

1. *Care provider* (pemberi asuhan keperawatan): perawat melakukan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan dengan berlandaskan pada keterampilan berfikir kritis dan pendekatan sistem untuk menyelesaikan masalah dan membuat keputusan keperawatan dalam konteks pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif dan holistik berdasarkan etik profesi dan aspek legal.
2. *Community leader* (pemimpin kelompok): perawat menjalankan kepemimpinan pada berbagai komunitas, baik komunitas profesi maupun komunitas sosial.
3. *Educator* (pendidik): perawat mendidik klien dan keluarga yang menjadi tanggung jawabnya, serta memberikan edukasi kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
4. *Manager* (manajer): perawat mengaplikasikan ilmu kepemimpinan dan manajemen keperawatan dalam setiap pemberian asuhan keperawatan.
5. *Researcher* (peneliti): perawat turut berperan dalam melakukan penelitian di bidang keperawatan dengan cara menumbuhkan keingintahuan dalam mencari jawaban terhadap fenomena yang terjadi di area keperawatan dan kesehatan serta menerapkan hasil-hasil penelitian sebagai langkah mewujudkan praktik keperawatan berbasis bukti.

# BAB 7

## Peran dan Intensi Masyarakat Terhadap Tindakan Resusitasi Jantung Paru

### A. Peran Masyarakat dalam Penanganan Korban Henti Jantung

Tingkat kelangsungan hidup korban yang mengalami henti jantung di luar rumah sakit sangat rendah. Upaya untuk meningkatkan kelangsungan hidup korban dapat dilakukan dengan memberikan pertolongan segera melalui resusitasi dini oleh orang yang menemukan atau berada di sekitar korban dan ditunjang dengan pemberian defibrilasi. Korban henti jantung yang mendapatkan bantuan berupa tindakan RJP sedini mungkin dapat meningkatkan tingkat kelangsungan hidup dua hingga empat kali lipat disertai dengan hasil neurologis yang baik. Tindakan pertolongan pertama oleh saksi yang menemukan korban henti jantung merupakan faktor penting untuk meningkatkan peluang kelangsungan hidup korban henti jantung di luar rumah sakit. Namun, hal yang mengkhawatirkan adalah sebagian besar orang yang berada di sekitar korban dan menyaksikan kondisi darurat tersebut tidak melakukan RJP pada korban henti jantung. Tentunya, hal ini sangat memprihatinkan karena kejadian henti jantung biasanya disaksikan pertama kali oleh keluarga, saudara, teman, kolega, atau bahkan orang asing di sekitar pasien.

Pemberian pertolongan segera dengan melakukan RJP dan defibrilasi yang diberikan dalam waktu 5 hingga 7 menit pada korban yang mengalami henti jantung dapat mengembalikan fungsi jantung normal. Kombinasi dua tindakan ini akan meningkatkan peluang hidup korban hingga 45%. Defibrilasi yang digunakan di masyarakat dapat berupa defibrillator eksternal otomatis (AED). Berbagai studi telah menemukan hasil yang signifikan akan keberhasilan penggunaan AED pada korban henti jantung. Penggunaan AED segera disinyalir dapat meningkatkan peluang kelangsungan hidup korban henti jantung dan capaian hasil neurologis yang baik.

Pemompaan jantung secara manual melalui penekanan pada dinding dada menyebabkan darah dapat bersirkulasi kembali ke otak sehingga pasokan oksigen ke sel-sel otak dapat dipertahankan. Sel-sel otak hanya mampu bertahan tanpa oksigen selama 4-6 menit setelah terjadi henti jantung. Penanganan yang terlambat dapat mengakibatkan kerusakan yang bersifat *irreversible* pada otak dan menyebabkan kematian hanya dalam hitungan menit. Peluang bertahan hidup korban menurun hingga 10% setiap menitnya jika tidak segera dilakukan resusitasi jantung paru dan diberikan kejut listrik dengan defibrillator.

Tingkat kelangsungan hidup korban yang mengalami *shockable rhythm* yang diberikan pertolongan pertama segera dapat mencapai 100%. Irama jantung *shockable* merupakan istilah yang menggambarkan kondisi kelistrikan jantung yang dikaitkan dengan indikasi penggunaan defibrilasi sedini mungkin. Irama ventrikel fibrilasi (VF) disebabkan karena kegagalan fungsi kontraksi jantung yang ditandai dengan jantung hanya "bergetar", sedangkan ventrikel takikardia (VT) ditandai dengan detak jantung cepat namun dengan irama yang teratur. Kedua irama *shockable* ini sering menjadi penyebab kematian mendadak pasien yang mengalami henti jantung. Namun, jika korban henti jantung mengalami kondisi irama jantung *non shockable* (*asistole* dan PEA) maka tindakan yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan RJP, obat resusitasi, dan *advanced airway*.

## **B. Intensi Masyarakat terhadap Tindakan Resusitasi Jantung Paru**

Intensi terhadap tindakan resusitasi jantung paru dapat diartikan sebagai keinginan atau niat seorang penolong untuk melakukan tindakan resusitasi jantung paru (RJP) pada korban henti jantung. Berbagai studi di berbagai negara di dunia telah dilakukan untuk mengidentifikasi intensi terhadap tindakan RJP pada korban henti jantung di luar rumah sakit yang dilakukan oleh berbagai kelompok di masyarakat mulai dari masyarakat awam, siswa dan guru sekolah, civitas akademik di perguruan tinggi, dan pekerja. Berikut ini akan diuraikan berbagai penelitian-penelitian yang berfokus pada intensi orang awam terhadap pertolongan kepada

korban henti jantung, termasuk bantuan hidup dasar, RJP, dan penggunaan defibrilator eksternal otomatis.

### **Intensi Masyarakat Umum terhadap tindakan Resusitasi Jantung Paru**

Setiap penduduk di suatu daerah memiliki peluang menjadi *first responder* yang menemukan korban henti jantung, baik di lingkungan rumah maupun di masyarakat. Pemberian bantuan segera sangat bermanfaat bagi korban henti jantung untuk meningkatkan peluang bertahan hidup.

Studi yang dilakukan kepada masyarakat awam di berbagai negara menemukan hasil yang sangat baik. Intensi masyarakat di kawasan Eropa dan Amerika untuk melakukan RJP kepada korban dengan henti jantung cukup tinggi. Namun, hal berbeda ditunjukkan di Australia dan Timur Tengah, mayoritas masyarakatnya menunjukkan intensi yang lebih rendah dibandingkan dengan rata-rata global. Sementara itu, masyarakat di kawasan Asia menunjukkan keinginan yang cukup tinggi untuk melakukan RJP pada orang asing yang mengalami henti jantung, meskipun pada beberapa negara warga masyarakat memiliki tingkat pengetahuan yang rendah mengenai tindakan RJP dan penggunaan AED.

Di Indonesia, berbagai penelitian juga telah dilakukan untuk mengidentifikasi intensi masyarakat terhadap pertolongan pertama pada korban henti jantung di luar rumah sakit. Mengingat Indonesia sebagai negara berkembang maka identifikasi ini dapat menjadi fakta yang sangat signifikan yang mendorong penentuan arah kebijakan dan strategi untuk meningkatkan kesadaran dan intensi masyarakat melakukan pertolongan pada korban henti jantung (lihat tabel 7.1).

**Tabel 7.1 Penelitian intensi terhadap pertolongan pada korban henti jantung dilingkup masyarakat**

Peneliti (tahun)	Metode dan Desain Penelitian	Sampel	Temuan Penelitian
Axelsson, <i>et al.</i> (2000)	Kuantitatif, Survei	1.012 masyarakat di Swedia yang pernah mengikuti pelatihan RJP dasar	Mayoritas masyarakat awam di Swedia diketahui bersedia untuk melakukan RJP pada kerabatnya dan sebanyak 91% menyatakan kesediaannya untuk melakukan tindakan pertolongan RJP kepada orang yang mereka kenal. Selain itu, sebanyak 17% masyarakat tidak akan melakukan RJP pada pecandu narkoba berusia muda, 7% tidak akan melakukan RJP pada pria yang tidak terawat. Secara signifikan, masyarakat pada daerah pedesaan

			lebih positif untuk melakukan RJP dibandingkan dengan daerah metropolitan.
<b>Coons &amp; Guy, (2009)</b>	Kuantitatif, Survei melalui email menggunakan <i>self-administered questionnaire</i>	Masyarakat di daerah pedesaan dan perkotaan Arizona	Lebih dari 50% masyarakat bersedia melakukan RJP kepada orang asing, dan lebih dari 80% akan melakukan RJP pada anggota keluarga.
<b>Lee, et al., (2013)</b>	Kuantitatif, Survei melalui telepon menggunakan kuesioner	1.029 dan 1.000 masyarakat yang dipilih secara klaster berjenjang dari populasi masyarakat Korea Selatan	Penelitian ini membandingkan dua hasil survei nasional tahun 2007 dan 2011 mengenai kesadaran dan sikap masyarakat terhadap RJP. Pada survei tahun 2011, 75,8% responden lebih bersedia melakukan RJP kepada orang asing dibandingkan tahun 2007 ( $p=0,002$ ). Perubahan kebijakan RJP secara nasional, faktor sistemik, dan publisitas petugas kesehatan yang memperagakan RJP di antara masyarakat merupakan faktor yang memengaruhi kesadaran dan intensi masyarakat untuk melakukan RJP.
<b>Batt, Al-Hajeri, Cummins, (2016)</b>	Kuantitatif, Kohort deskriptif prospektif	384 korban henti jantung di luar rumah sakit.	Sekitar 50% kejadian henti jantung terjadi di rumah dan disaksikan oleh anggota keluarga. Namun, hanya 30% masyarakat yang melakukan RJP terhadap korban henti jantung. Banyak masyarakat tidak memahami waktu kritis korban henti jantung dan tidak dapat mengidentifikasi korban yang memerlukan bantuan medis segera. Selain itu faktor norma, budaya, pengetahuan, dan ketidakpastian jaminan hukum, serta sarana juga berperan dalam rendahnya pemberian RJP oleh masyarakat.
<b>Son, et al., (2017)</b>	Kuantitatif, Survei melalui wawancara dengan kuesioner terstruktur	1.000 warga Daegu, Korea Selatan yang berusia $\geq 19$ tahun yang dipilih dengan sampling kuota.	Sebanyak 57,3% warga masyarakat melaporkan kesediaan untuk melakukan RJP ketika menemukan korban henti jantung. Sekitar 50% sampel menyatakan bersedia melakukan RJP kepada anggota keluarga atau teman. Warga berjenis kelamin laki-laki memiliki intensi yang lebih tinggi untuk melakukan RJP. Sejumlah faktor yang memengaruhi kesediaan melakukan RJP yaitu sudah pernah mengikuti pelatihan RJP, mengikuti $>4$ kali sesi edukasi RJP, mengikuti edukasi RJP $<6$ bulan

			terakhir, dan telah menerima edukasi mengenai AED.
<b>Munot, et al. (2022)</b>	Kuantitatif, Studi restrospektif	New South Wales, Australia	Respons masyarakat terhadap korban henti jantung tergolong sangat rendah ( $p<0,001$ ). Masyarakat pada daerah yang lebih terpencil dengan tingkat sosial ekonomi rendah memiliki respons yang rendah terhadap pemberian pertolongan pada korban henti jantung.
<b>Qian, et al., (2021)</b>	Kuantitatif, <i>Cross-sectional survey</i>	2.812 penduduk berusia >18 tahun di Kota Nantong, Cina yang dipilih secara random berjenjang.	Lebih dari setengah penduduk memiliki intensi untuk memberikan pertolongan kepada korban yang mengalami henti jantung di luar rumah sakit. Meskipun tingkat pengetahuan masyarakat tentang pertolongan bagi korban henti jantung rendah, namun masyarakat memiliki keinginan yang tinggi untuk mempelajari tentang bantuan hidup dasar.
<b>Fitri, Andhini, Hikayati, (2024)</b>	Kuantitatif, <i>Cross-sectional, analisis multivariat</i>	433 penduduk di Provinsi Sumatera Selatan, yang dipilih secara purposif.	Intensi masyarakat untuk menolong korban henti jantung tergolong cukup baik, yaitu sebanyak 64,9% warga memiliki keinginan untuk menolong orang asing ataupun keluarganya yang mengalami henti jantung. Temuan dalam studi ini juga menemukan bahwa 84,8% warga masyarakat belum pernah menemukan korban henti jantung di lingkup luar rumah sakit, 67,2% masyarakat memiliki pengetahuan yang buruk mengenai pertolongan pada korban henti jantung, dan hanya 46,4% masyarakat yang mau mengikuti pelatihan bantuan hidup dasar.

### **Intensi Guru dan Siswa Sekolah terhadap tindakan Resusitasi Jantung Paru**

Berbagai penelitian juga telah mengidentifikasi intensi siswa sekolah dan guru di sekolah terhadap tindakan RJP. Hasilnya bervariasi di antara berbagai negara, di wilayah Eropa mayoritas siswa dan guru sekolah memiliki keinginan melakukan RJP jika menemukan korban henti jantung, sedangkan di kawasan Asia, antara lain Cina, Malaysia, dan Indonesia, rata-rata siswa memiliki intensi terhadap tindakan RJP yang cukup baik (lihat tabel 7.2).

Siswa merupakan salah satu kelompok yang berperan penting sebagai *bystander* dan berpotensi melakukan RJP serta menyebarkan pengetahuan dan keterampilan RJP yang diketahuinya kepada masyarakat yang lebih luas. Siswa

membutuhkan lebih sedikit waktu untuk mempelajari RJP dengan hasil belajar yang lebih baik dibandingkan dengan orang dewasa.

**Tabel 7.2 Penelitian intensi terhadap pertolongan pada korban henti jantung di lingkup sekolah**

Peneliti (tahun)	Metode dan Desain Penelitian	Sampel	Temuan Penelitian
<b>Kanstad, Nilsen, Fredriksen, (2011)</b>	Kuantitatif, Survei	376 siswa sekolah menengah berusia 16-19 tahun di Norwegia Utara	Mayoritas siswa bersedia melakukan tindakan RJP jika menemukan korban henti jantung. Lebih spesifik, keinginan untuk melakukan RJP lebih tinggi pada korban yang merupakan anggota keluarga dan kelompok usia anak. Siswa yang telah mengikuti pelatihan bantuan hidup dasar di sekolah menunjukkan sikap percaya diri dan hal ini berhubungan secara signifikan dengan kesediaan melakukan bantuan hidup dasar.
<b>Smedt, et al., (2019)</b>	Kuantitatif, Survei	390 siswa sekolah berusia 10-18 tahun, 493 guru, dan 100 kepala sekolah di Belgia.	Penelitian mengungkapkan bahwa sekitar 80% siswa telah menerima pelatihan mengenai RJP sebagai bagian dari kurikulum sekolah. Kesediaan melakukan RJP pada siswa sekolah sebesar 68%, sementara mayoritas guru dan kepala sekolah menunjukkan kesediaan melakukan RJP jika dihadapkan pada situasi menemukan korban henti jantung di sekitarnya. Siswa sekolah, guru, dan kepala sekolah sangat menyadari pentingnya RJP sehingga menjadi dasar yang kuat untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan terkait RJP melalui pendidikan dan pelatihan di lingkungan sekolah.
<b>Alwidyan, et al., (2023)</b>	Kuantitatif, Survei <i>online</i>	385 guru di Jordania	Guru sekolah yang pernah mengikuti pelatihan memiliki intensi yang lebih tinggi untuk melakukan <i>hands-only CPR</i> (RJP kompresi saja) kepada korban henti jantung dibandingkan dengan yang belum pernah mengikuti pelatihan ( $p<0,05$ . Hampir seluruh guru memiliki keinginan untuk melakukan RJP kepada anggota keluarga mereka, namun hanya setengahnya yang bersedia melakukan RJP kompresi saja kepada korban yang berbeda jenis kelamin dengan mereka).

<b>Huang, Hu, Mao, (2016)</b>	Kuantitatif, Survei	1.407 siswa sekolah di Cina.	Hampir seluruh siswa melaporkan akan melakukan RJP terhadap anggota keluarga, sementara hanya 59,7% siswa yang bersedia melakukan RJP terhadap orang asing. Temuan ini juga menunjukkan bahwa hanya 14,6% siswa yang pernah mengikuti kelas pelatihan RJP, dan sisanya berkeinginan untuk mempelajari bantuan hidup dasar. Alasan ingin mempelajari bantuan hidup dasar antara lain karena menganggap sistem tanggap darurat sangat baik ( $OR=3,15$ ), memiliki anggota keluarga dengan penyakit kardiovaskular ( $OR=2,74$ ), dan pernah mendengar tentang RJP ( $OR=2,43$ ).
<b>Fitri, et al., (2023)</b>	Kuantitatif, <i>Cross-sectional</i>	SMA negeri di Kabupaten Muara enim, Sumatera Selatan.	Temuan studi yaitu hampir seluruh siswa memiliki rasa ingin membantu korban henti jantung, dan lebih banyak siswa akan melakukan tindakan RJP kepada teman, anggota keluarga terdekat, dan kerabat dibandingkan dengan korban henti jantung lainnya. Lebih lanjut, siswa berjenis kelamin laki-laki memiliki intensi melakukan RJP yang lebih tinggi dibandingkan siswa perempuan.

### **Intensi Mahasiswa di Perguruan Tinggi terhadap tindakan Resusitasi Jantung Paru**

Studi yang melakukan penelitian tentang intensi terhadap tindakan RJP pada mahasiswa juga telah banyak dilakukan. Di kawasan Asia, hasilnya menunjukkan variasi yang serupa yaitu intensi yang tergolong rendah jika dibandingkan dengan negara pada benua lainnya. Meskipun demikian, mahasiswa pada perguruan tinggi menunjukkan keinginan yang tinggi untuk mempelajari dan mengikuti pelatihan RJP.

Mahasiswa memiliki sifat plastisitas dan antusiasme yang tinggi dalam mengambil peran dalam lingkungan masyarakat, sehingga melibatkan mahasiswa sebagai penolong pada kasus henti jantung di luar rumah sakit diharapkan memberikan solusi terhadap permasalahan dalam penanganan awal korban henti jantung di masyarakat. Selain itu, dengan jumlahnya yang cukup besar dan keaktifannya dalam berinteraksi dengan komunitas di sekitarnya, mahasiswa mempunyai peluang untuk mempromosikan dan mempopulerkan tindakan RJP di masyarakat.

**Tabel 7.3 Penelitian intensi terhadap pertolongan pada korban henti jantung di lingkup perguruan tinggi**

Peneliti (tahun)	Metode dan Desain Penelitian	Sampel	Temuan Penelitian
<b>Chew &amp; Yazid, (2008)</b>	Kuantitatif, Survei	204 mahasiswa kedokteran dan kedokteran gigi di Universitas Sains Malaysia dijadikan sampel penelitian. Setiap sampel penelitian diberikan kuesioner tentang tindakan pertolongan yang akan dilakukan jika menemukan korban henti jantung.	Hanya setengah mahasiswa dari total sampel yang memiliki intensi untuk melakukan RJP pada korban henti jantung. Penelitian ini juga menemukan bahwa tingkat intensi mahasiswa meningkat pada pemberian RJP kompresi saja dan RJP disertai dengan pemberian ventilasi menggunakan <i>pocket mask ventilation</i> , sedangkan intensi terhadap tindakan RJP yang disertai dengan pemberian <i>mouth-to-mouth ventilation</i> sangat rendah. Sementara itu, mahasiswa yang tidak memiliki intensi terhadap tindakan RJP memilih untuk memanggil bantuan (ambulans).
<b>Karuthan, et al., (2019)</b>	Kuantitatif, Survei <i>online</i>	393 mahasiswa di Malaysia	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menilai pengetahuan dan kemauan untuk melakukan RJP kompresi saja pada mahasiswa di Malaysia. Sebanyak 67,7% mahasiswa memiliki intensi untuk melakukan RJP kompresi saja pada anggota keluarga atau kerabat, 55% kepada orang asing, 37,4% kepada korban trauma, 45% kepada korban anak-anak, dan 49,1% kepada orang lanjut usia. Alasan mayoritas mahasiswa yang tidak memiliki intensi terhadap tindakan RJP untuk menolong korban henti jantung adalah tidak memiliki pengetahuan tentang RJP atau tidak memiliki keterampilan dalam melakukan RJP. Penelitian ini juga menemukan bahwa mayoritas mahasiswa tidak mengetahui tempat untuk mengikuti pelatihan RJP.
<b>Mao, et al., (2020)</b>	Kuantitatif, Survei.	1.128 mahasiswa pada 12 universitas di Kota Chongqing, Cina, yang dipilih secara <i>multistage random sampling</i> .	Hampir setengah mahasiswa dari total sampel berniat untuk memberikan pertolongan sederhana kepada korban yang mengalami henti jantung seperti memeriksa kesadaran korban, pernapasan korban, dan menelpon layanan gawat darurat. Dari sejumlah

			tersebut hanya sebesar 34,1% yang bersedia melakukan RJP pada orang asing, dan dari keseluruhan mahasiswa yang dijadikan sampel, hanya 45,5% yang bersedia mengikuti pelatihan RJP.
<b>Xia, et al., (2024)</b>	Kuantitatif, Survei, <i>online, path analysis</i>	575 mahasiswa di Cina	Sebanyak 75,85% mahasiswa memiliki kepercayaan diri untuk melakukan RJP kepada orang asing. Analisis jalur menunjukkan bahwa faktor yang mempengaruhi intensi adalah mahasiswa yang berasal dari keluarga petugas medis, memiliki pengalaman dalam memberikan pelatihan pertolongan pertama, berjenis kelamin perempuan, menguasai keterampilan RJP, serta memiliki pengetahuan, norma subjektif, dan sikap yang lebih baik. Semua faktor tersebut bersama-sama berkontribusi sebesar 57% variasi intensi.
<b>Fitri, et al., (2024)</b>	Kuantitatif, <i>cross-sectional, online, one group pretest-postest design</i>	51 mahasiswa jurusan keperawatan pada 13 institusi pendidikan tinggi di Indonesia, dipilih secara <i>quota sampling</i> dan diberikan pembelajaran mengenai bantuan hidup dasar melalui web.	Lebih dari 70% mahasiswa jurusan keperawatan memiliki intensi melakukan RJP kompresi saja setelah mengikuti pembelajaran bantuan hidup dasar melalui web. Mahasiswa yang memiliki sikap positif terhadap tindakan RJP memiliki intensi yang lebih tinggi terhadap tindakan RJP ( $OR=1,58$ ). Penggunaan web sebagai media pembelajaran memberikan dampak yang signifikan terhadap intensi tindakan RJP.

### Intensi Pekerja terhadap tindakan Resusitasi Jantung Paru

Penelitian di Provinsi Trento, Italia Timur laut terhadap pekerja yang berusia kurang dari 40 tahun menunjukkan bahwa sebanyak 77,2% bersedia untuk melakukan resusitasi jantung. Sementara itu, intensi melakukan resusitasi jantung paru pada polisi hanya sebesar 49,7%. Polisi merupakan petugas yang jumlahnya banyak beredar di masyarakat. Polisi berperan sebagai *first responder* dan mungkin tiba sebelum layanan darurat diberikan kepada korban kecelakaan atau korban henti jantung di area publik. Jika dilatih dengan baik, polisi dapat memberikan bantuan hidup dasar dan defibrilasi dini dalam hitungan menit, yang kemungkinan akan meningkatkan kelangsungan hidup para korban.

## C. Faktor yang Memengaruhi Intensi Masyarakat terhadap Tindakan Resusitasi Jantung Paru

---

Ada banyak faktor yang mempengaruhi intensi terhadap tindakan resusitasi jantung paru. Beberapa faktor yang menjadi penghambat bagi masyarakat untuk melakukan RJP antara lain kurang percaya diri, takut merugikan korban, takut menimbulkan masalah hukum, takut menularkan penyakit, kurang pengetahuan, tidak adanya pengalaman melakukan RJP, dan keraguan akan kemampuan dalam melakukan RJP. Faktor kedekatan atau hubungan yang lebih akrab menjadi salah satu faktor utama seseorang memiliki kemauan untuk melakukan RJP, penyebabnya adalah adanya rasa kasih sayang dan empati yang dimiliki oleh penolong kepada korban yang ditolong.

Namun penelitian yang dilakukan terhadap masyarakat di Hongkong menemukan bahwa pengetahuan bukan merupakan prediktor yang signifikan terhadap intensi untuk melakukan RJP atau menggunakan AED, meskipun pengetahuan sangat penting bagi seseorang untuk melakukan RJP dan menggunakan AED dengan benar. Faktor karakteristik demografi jenis kelamin laki-laki, usia kurang dari 40 tahun, latar belakang pendidikan tinggi, telah bekerja, telah menikah adalah alasan mengapa seseorang cenderung menunjukkan kesediaan untuk melakukan RJP dan menggunakan AED.

Dalam tinjauan teori perilaku dengan pendekatan *theory of planned behavior* ditemukan bahwa faktor *attitude forward behavior* (sikap), *subjective normative* (norma subjektif), dan *perceived behavior control* (kendali perilaku) dapat memengaruhi intensi terhadap tindakan resusitasi jantung paru. Faktor sikap sangat memengaruhi intensi terhadap resusitasi jantung paru dan menjadi faktor yang berpengaruh kuat dalam intensi melakukan resusitasi jantung paru. Seseorang yang mempunyai sikap yang rendah terhadap bantuan hidup dasar juga mempunyai intensi yang kurang terhadap resusitasi jantung paru.

Konstruksi *theory of planned behavior* secara tegas mengemukakan faktor sikap adalah faktor yang dapat memengaruhi intensi seseorang untuk melakukan suatu perilaku. Intensi berperilaku berasal dari nilai keyakinan dan evaluasi hasil terhadap suatu perilaku yang kuat sehingga dapat membentuk sikap yang baik dalam berperilaku. Sikap yang positif terhadap sesuatu akan timbul jika adanya keyakinan bahwa perilaku yang akan dilakukan tersebut memberi dampak positif dan juga sebaliknya. Seseorang yang memiliki keyakinan bahwa resusitasi jantung paru merupakan tindakan pertolongan yang baik untuk menyelamatkan jiwa seseorang maka cenderung untuk membentuk sikap yang baik.

Intensi atau keinginan berperilaku berasal dari nilai keyakinan dan evaluasi hasil terhadap suatu perilaku yang kuat sehingga dapat membentuk sikap yang baik dalam berperilaku. Seseorang yang memiliki keyakinan bahwa RJP merupakan tindakan pertolongan yang baik untuk menyelamatkan jiwa seseorang maka kecenderungan untuk membentuk sikap yang baik dalam berperilaku melakukan tindakan RJP akan terbentuk. Adanya sikap yang positif terhadap RJP maka dapat meningkatkan intensi seseorang untuk melakukan tindakan RJP. Namun, terdapat sejumlah faktor yang memengaruhi sikap terhadap niat melakukan RJP, diantaranya takut akan pengetahuan RJP yang tidak memadai, takut tertular penyakit, takut penyakit korban, takut akan konsekuensi hukum, dan faktor lain seperti faktor agama, personal, dan etis.

Selain faktor sikap, norma subjektif juga dapat memengaruhi intensi. Norma subjektif yang baik ini mendorong seseorang memiliki intensi melakukan resusitasi jantung paru jika dihadapkan pada korban henti jantung. Norma subjektif mengacu pada penilaian seseorang terhadap pandangan orang lain sehingga dapat memengaruhi perilakunya yang dapat membuatnya mengombinasikan antara motivasi dan tujuan-tujuannya untuk menyesuaikan perilaku dalam beradaptasi terhadap norma sosial yang berlaku di lingkungan. Norma subjektif adalah bentuk dari keyakinan tentang pandangan orang lain terhadap individu.

Terdapat dua faktor utama yang memengaruhi norma subjektif yaitu keyakinan seseorang terhadap norma dan motivasi mematuhi harapan orang di sekitarnya maupun orang yang dianggap memiliki posisi penting dalam kehidupannya. Norma subjektif mengacu pada ekspektasi yang dirasakan seseorang dari orang terdekatnya dan komunitas. Jika masyarakat memiliki ekspektasi yang tinggi terhadap seseorang untuk melakukan bantuan hidup dasar melakukan RJP dan menggunakan AED, maka individu tersebut akan memiliki keinginan yang lebih tinggi untuk melakukannya.

Faktor lainnya yang memengaruhi intensi dalam teori perilaku adalah kendali perilaku. Ini merupakan hasil dari *control beliefs* atau keyakinan terhadap faktor-faktor yang dapat memengaruhi terjadinya suatu perilaku. Kendali perilaku terdiri dari kemampuan kontrol dan efikasi diri. Kemampuan kontrol mencerminkan kekuatan yang dimiliki individu untuk mengontrol perilakunya sedangkan efikasi diri mencerminkan kesulitan yang dirasakan dan kepercayaan diri individu dalam mengontrol diri untuk melakukan suatu perilaku, keduanya merupakan dua sub-komponen yang berbeda namun saling berkaitan.

Kendali perilaku erat kaitannya dengan intensi melakukan bantuan hidup dasar. Efikasi diri yang baik untuk melakukan RJP ketika berada di dekat penderita henti jantung berhubungan dengan intensi melakukan *bystander CPR*. Semakin

banyak faktor yang mendukung dan semakin sedikit kesulitan yang dirasakan maka semakin baik efikasi diri individu sehingga dapat meningkatkan intensi dalam berperilaku. Kendali perilaku adalah kemudahan atau kesulitan yang dirasakan dalam melakukan suatu tindakan RJP. Seseorang yang memiliki kendali perilaku yang lebih tinggi terhadap RJP dan AED, dan adanya dorongan dan dukungan dari lingkungan sekitar, akan lebih bersedia melakukan pertolongan kepada korban henti jantung.

## D. Promosi dan Edukasi Tindakan Resusitasi Jantung Paru pada Masyarakat

---

*Bystander CPR* yang diusung oleh AHA merupakan upaya untuk membantu korban henti jantung di luar rumah sakit. Jumlah tindakan *bystander CPR* yang dilakukan oleh penolong awam masih sangat rendah dan hal ini menyebabkan penanganan korban dengan henti jantung di luar rumah sakit tertunda dan mengakibatkan banyak korban henti jantung yang tidak tertolong. Telah banyak inisiatif dan intervensi yang telah dilakukan selama lebih dari dekade terakhir di berbagai negara sebagai upaya untuk meningkatkan RJP oleh orang yang berada di dekat korban henti jantung agar tingkat kelangsungan hidup pada kasus ini dapat ditingkatkan. Berbagai edukasi dan pelatihan untuk meningkatkan jumlah *bystander CPR* dan meningkatkan keterampilan resusitasi jantung paru di masyarakat telah banyak dilakukan, mulai dari kelompok sekolah dasar sampai perguruan tinggi, bahkan pada masyarakat di dalam komunitas. Beberapa studi menemukan bahwa kesediaan masyarakat untuk melakukan RJP meningkat secara signifikan setelah mengikuti pelatihan bantuan hidup dasar, dan ditemukan adanya perbedaan antara pemberian RJP pada korban henti jantung di luar rumah sakit yang lebih tinggi pada wilayah yang telah melaksanakan pelatihan bagi masyarakat dibandingkan dengan yang tidak memberikan pelatihan bagi masyarakat.

Edukasi secara luas tentang RJP telah diusung oleh AHA sejak tahun 2013 dengan dibentuknya *Educational Sciences and Programs Subcommittee* untuk membantu menginformasikan edukasi dan pelatihan RJP yang tepat dengan berbasis bukti. Hal ini menjadi sumber daya untuk memberikan pembelajaran dan meningkatkan keterampilan penyelamat awam dalam melakukan RJP. Kualitas tindakan penyelamatan pada korban henti jantung sangat tergantung pada kemampuan peserta didik dalam mengintegrasikan, mempertahankan, dan menerapkan tiga aspek dasar yaitu keterampilan berpikir (kognitif), sikap (afektif), dan keterampilan motorik (psikomotorik) untuk melakukan tindakan RJP dengan efektif. Pendidikan mengenai RJP yang dirancang dengan mengimplementasikan

teori pembelajaran orang dewasa dan ilmu pendidikan meningkatkan kemungkinan terjadinya hal ini.

Peningkatan pengetahuan dan pelatihan mengenai RJP pada masyarakat telah dilakukan dengan berbagai metode. Suatu tinjauan sistematik mengungkapkan bahwa di Amerika Serikat, Swedia, Denmark, Netherlands, Australia, Jepang, Korea, dan Singapura secara garis besar menggunakan pendekatan intervensi komunitas atau gabungan antara intervensi komunitas dan perubahan layanan kesehatan. Intervensi berbasis komunitas yang dilakukan antara lain peningkatan keterampilan masyarakat dalam melakukan RJP melalui pelatihan bantuan hidup dasar, baik yang standar maupun RJP kompresi saja; pengadaan alat belajar RJP mandiri ke berbagai sekolah umum (yang dibiayai pemerintah) dan kepada siswa sekolah secara langsung; edukasi secara masif melalui televisi atau media massa; pelatihan RJP wajib bagi siswa sekolah, saat ingin memperoleh SIM, atau syarat wajib bagi pekerjaan tertentu seperti pemadam kebakaran, polisi, dan tim penyelamat; serta memotivasi masyarakat awam terlatih untuk dapat hadir di lokasi terjadinya henti jantung. Sementara itu, intervensi perubahan layanan kesehatan mencakup penguatan sistem layanan gawat darurat, peningkatan jumlah ambulans, penerapan protokol pendukung kehidupan tingkat lanjut di rumah sakit, pelatihan RJP bagi tim layanan gawat darurat dan staf rumah sakit, serta peningkatan kualitas sistem pada pelayanan kesehatan dalam penanganan korban henti jantung.

Siswa sekolah menjadi sasaran dengan *outcome* yang lebih baik jika dibandingkan dengan kelompok lainnya. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) juga telah merekomendasikan agar pendidikan dan pelatihan bantuan hidup dasar dapat dilaksanakan di lingkungan sekolah sebagai bagian dari kurikulum pendidikan sekolah. Banyak negara seperti di kawasan Amerika, Eropa, Kanada, Denmark, bahkan Taiwan, telah menjalankan anjuran ini dan menunjukkan hasil yang signifikan dalam meningkatkan *bystander CPR*. Kelompok lain yang disarankan adalah masyarakat yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit jantung. Tujuannya adalah melatih dan mendorong upaya penyelamatan bagi korban dengan penyakit jantung ketika mengalami henti jantung.

Penggunaan teknologi dalam upaya meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan intensi terhadap RJP juga telah banyak diadopsi dan dikembangkan. Suatu tinjauan sistematik menyimpulkan bahwa penggunaan video sebagai sarana mempelajari resusitasi jantung paru bagi penolong awam dapat meningkatkan kualitas RJP, yaitu waktu memulai tindakan RJP yang lebih cepat dan ketepatan dalam kedalaman, kecepatan, dan posisi peletakan tangan pada tubuh korban henti jantung di luar rumah sakit. Studi yang dilakukan terhadap siswa SMA menggunakan intervensi berupa media audiovisual juga menunjukkan hasil yang

signifikan dalam meningkatkan pengetahuan dan intensi terhadap tindakan bantuan hidup dasar. Penggunaan aplikasi ponsel juga telah dikembangkan sebagai metode pengganti pembelajaran di kelas pada masyarakat.

Pelatihan RJP secara daring (*online*) telah direkomendasikan oleh AHA sejak tahun 2015. Negara Taiwan memberikan akses secara daring kepada masyarakat untuk mengikuti pelatihan RJP, dengan memanfaatkan pelatihan secara daring masyarakat dapat lebih mudah mendapatkan pengetahuan mengenai RJP secara gratis dan fleksibel. Pelatihan dapat meningkatkan pemahaman masyarakat mengenai makna dari tindakan RJP dan menimbulkan kepercayaan diri untuk melakukan RJP dalam kondisi gawat darurat. Keinginan masyarakat untuk mempelajari tentang RJP berasal dari sikap dan kemauan yang sangat positif terhadap pemberian pertolongan kepada orang lain dan adanya harapan untuk dapat menghindari kematian akibat keterlambatan dalam pemberian pertolongan.

Penggunaan intervensi kursus online "*Help-Brain-Heart*" di Swedia sebelum pelatihan resusitasi jantung paru memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pengetahuan tentang stroke, infark miokard akut, dan faktor gaya hidup yang memengaruhi kondisi henti jantung, artinya pembelajaran daring dapat meningkatkan kemampuan belajar siswa. Metode bauran (*blended learning*) yang diujikan di Korea Selatan mendapatkan hasil yang cukup baik, yaitu pengetahuan tentang resusitasi jantung paru secara signifikan lebih tinggi 16,40 (SD = 1,56) pada kelompok yang diberikan pembelajaran secara daring dan luring dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Teori Taksonomi Bloom menekankan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah individu mengamati objek tertentu. Panca indra manusia yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba digunakan untuk mendeteksi suatu objek dan peristiwa. Pengetahuan merupakan hasil dari proses panca indra manusia atau hasil pengertian seseorang tentang suatu objek. Proses ini melibatkan panca indra dan dipengaruhi oleh kuatnya minat dan tanggapan seseorang terhadap objek-objek. Indra penglihatan dan pendengaran merupakan indra yang banyak digunakan untuk memperoleh pengetahuan, maka semakin banyak input informasi yang didapatkan oleh seseorang maka dapat memengaruhi pengetahuan tentang suatu objek. Domain pengetahuan sangat penting dalam menentukan bagaimana individu berperilaku.

Metode peningkatan pengetahuan melalui daring juga telah diuji coba di Indonesia. Pengetahuan mahasiswa keperawatan meningkat setelah diberikan pembelajaran tentang RJP melalui daring dengan menggunakan web BLS Sriwijaya, yaitu sebanyak 64,7% mahasiswa keperawatan memiliki pengetahuan yang baik setelah diberikan intervensi. Studi ini membuktikan bahwa adanya perbedaan

pengetahuan yang signifikan antara sebelum dan setelah mengikuti pembelajaran melalui web BLS Sriwijaya pada mahasiswa keperawatan. Namun, terdapat hal yang perlu menjadi perhatian yaitu sebagian besar mahasiswa keperawatan memiliki pengetahuan yang buruk sebelum diberikan pembelajaran melalui web BLS Sriwijaya padahal informasi tentang bantuan hidup dasar telah mereka dapatkan melalui pembelajaran di kelas pada mata kuliah keperawatan gawat darurat. Hal ini menunjukkan bahwa adanya penurunan daya ingat (retensi) pengetahuan tentang resusitasi jantung paru pada kelompok yang telah menerima pembelajaran maupun pelatihan RJP.

Retensi atau daya ingat merupakan kemampuan untuk memperoleh, menyimpan, dan menghasilkan kesan-kesan. Retensi berkaitan erat dengan keterampilan dalam menerima, menyimpan dan menghasilkan informasi yang telah diperoleh seseorang. Retensi menjadi hal yang sangat penting dalam proses pembelajaran karena berhubungan dengan kecakapan peserta didik untuk mempelajari dan mengingat pelajaran. Informasi baru sebagai memori jangka pendek perlu dialihkan ke memori jangka panjang sehingga terjadi penyimpanan pengetahuan. Proses pengalihan ini dapat dilakukan melalui pengulangan informasi, praktik atau latihan, elaborasi (pendalaman pengetahuan), atau eksplorasi pengetahuan.

Retensi atau kapasitas daya ingat mengenai sesuatu dapat menurun seiring berjalannya waktu. Penurunan retensi pengetahuan tentang resusitasi jantung paru terjadi hanya dalam waktu delapan minggu setelah mengikuti pelatihan. Retensi pengetahuan dan keterampilan yang menurun pun dapat terjadi pada satu bulan setelah mengikuti pelatihan resusitasi jantung paru yang disebabkan karena kurang terpapar dengan kasus henti jantung.

Rendahnya daya ingat pengetahuan tentang resusitasi jantung paru ini memerlukan upaya yang menekankan perlunya kursus penyegaran. Bagi sebagian besar penyedia layanan komunitas nonmedis di Malaysia, upaya yang dilakukan adalah dengan mengadakan kursus tahunan selama dua tahun. Kursus penyegaran yang sesuai dapat dilakukan dalam waktu 15 minggu dan dapat dilakukan secara berkala sepanjang tahun akademik dengan durasi satu jam untuk mencegah penurunan pengetahuan tentang resusitasi jantung paru. Retensi pengetahuan tentang resusitasi jantung paru dapat diperoleh melalui teknik pembelajaran berulang dalam interval waktu tertentu. Selain itu, latihan keterampilan dalam melakukan resusitasi jantung paru juga sangat diperlukan agar peserta didik terampil dalam melakukan tindakan pertolongan kepada korban dengan henti jantung.

Pengetahuan yang baik mengenai resusitasi jantung paru dapat mendukung peningkatan sikap, efikasi diri, dan kepercayaan diri dalam melakukan resusitasi jantung paru. Beberapa penelitian juga mengemukakan kesimpulan yang serupa, dan hal ini mengindikasikan bahwa pembelajaran yang efektif dapat mendorong kepercayaan diri dalam melakukan resusitasi jantung paru. Lebih jauh lagi, dapat terjadi peningkatan penghargaan terhadap diri sendiri, tanggung jawab moral terhadap orang lain, menurunkan ketakutan berbuat kesalahan, meningkatkan kepercayaan diri, dan menumbuhkan sikap positif untuk menolong orang lain.

Rantai kelangsungan hidup yang telah diperbarui oleh AHA (2020) merekomendasikan tindakan yang harus dilakukan untuk memberikan kesempatan terbaik bagi penderita henti jantung untuk bertahan hidup dengan membedakan urutan tindakan berdasarkan tempat (di luar rumah sakit atau di dalam rumah sakit) dan kelompok usia dewasa dan anak-anak. Hal ini dapat memudahkan peserta didik dalam memahami pelaksanaan langkah-langkah pertolongan dalam memberikan bantuan kepada penderita henti jantung sehingga dapat mendorong keinginan untuk melakukan RJP.

## **E. Peran Perawat dalam Upaya Peningkatan Intensi Masyarakat terhadap Tindakan Resusitasi Jantung Paru**

---

Keperawatan merupakan salah satu profesi kesehatan yang unik, salah satu sebabnya adalah karena adanya pelayanan pendidikan kepada pasien sebagai komponen utama pelayanan standar yang diberikan oleh perawat. Ketika keperawatan pertama kali diakui sebagai disiplin ilmu, tanggung jawab untuk memberikan pendidikan telah diakui sebagai peran penting perawat sebagai pemberi asuhan perawatan (*care givers*). Fokus upaya pendidikan oleh perawat adalah pada perawatan orang sakit dan meningkatkan kesehatan masyarakat yang sehat.

Pada tatanan klinis, perawat tidak hanya memiliki tanggung jawab dalam perawatan yang kompleks dan berpusat pada pasien (klien) tetapi juga pada peningkatan kualitas perawatan yang berkelanjutan yang membutuhkan peningkatan keterampilan, perluasan pengetahuan, dan kolaborasi secara intensif. Melalui peran profesional perawat sebagai pendidik, baik mendidik pasien dan anggota keluarga, kolega, atau mahasiswa keperawatan, perawat di tempat kerja bertanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman dan berkualitas tinggi.

Selain sebagai pemberi asuhan keperawatan kepada korban yang mengalami henti jantung, perawat juga memiliki peran sebagai edukator, yakni memberikan

pendidikan kesehatan kepada individu, keluarga, masyarakat, dan kelompok. Salah satu materi edukasi kesehatan yang sangat penting untuk diketahui adalah mengenai penanganan pertama pada korban yang mengalami henti jantung di luar rumah sakit, yakni pentingnya *first responder* yang berasal dari masyarakat atau komunitas awam untuk dapat melakukan tindakan resusitasi jantung paru untuk meningkatkan kesempatan hidup korban.

Saat ini peran lain perawat sebagai pendidik adalah melatih para pelatih (*training the trainer*), dengan demikian perawat dapat mengajar perawat lain dan menjadi pendidik utama bagi kolega dan personel staf layanan kesehatan lainnya. Perawat harus siap untuk secara efektif melakukan layanan pendidikan yang memenuhi kebutuhan individu dan kelompok dalam situasi yang berbeda di berbagai lingkungan praktik.

Perawat sebagai pendidik berada pada posisi kunci untuk mempromosikan gaya hidup sehat. Perawat dapat mengombinasikan ilmu keperawatan, pengetahuan dari teori pendidikan, serta model perilaku kesehatan untuk membentuk perilaku kesehatan individu melalui pendidikan. Oleh sebab itu, perawat harus mengikuti pendidikan berkelanjutan, program pelatihan, dan pengembangan diri untuk mempertahankan dan meningkatkan keterampilan klinis dan kemampuan sebagai pendidik.

Peran perawat sebagai pendidik meliputi fasilitator perubahan, pengembang pendidikan, penyelenggara, dan penilai.

1. Fasilitator perubahan. Ketika pendidikan (edukasi) dipandang sebagai sebuah intervensi maka perlu dipertimbangkan dalam konteks intervensi keperawatan lain yang akan menghasilkan perubahan. Tujuan perawat sebagai pendidik tentunya untuk meningkatkan kesehatan melalui pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan.
2. Promotor pendidikan. Kesesuaian antara klien sebagai pembelajar dan perawat sebagai pendidik merupakan kekuatan untuk memfasilitasi jalannya proses edukasi kesehatan. Perawat mendorong hal tersebut dan menciptakan sistem hubungan yang saling percaya, memuaskan, dan profesional.
3. Penyelenggara. Perawat bertugas untuk memastikan situasi proses pendidikan yang kondusif, diantaranya mengkreasikan materi edukasi dan ruang pertemuan, mengorganisasikan materi secara berurut mulai dari yang sederhana ke hal kompleks, dan menentukan prioritas materi edukasi.
4. Penilai. Program edukasi kesehatan selayaknya dapat dipertanggungjawabkan kepada klien atau konsumen layanan kesehatan. Perawat menjamin akuntabilitas ini melalui evaluasi diri, evaluasi peserta didik, evaluasi organisasi, evaluasi rekan kerja, dan evaluasi lainnya yang diperlukan. Ukuran evaluatif edukasi dapat dilihat

pada penerapan pengetahuan dan keterampilan yang meningkatkan kesehatan individu, keluarga, masyarakat, dan kelompok.

Teori-teori perilaku telah banyak digunakan dalam bidang keperawatan untuk mempelajari perilaku perawat, mahasiswa keperawatan, klien baik individu, keluarga, masyarakat, dan komunitas. Beberapa studi telah dilakukan oleh perawat dengan mengadopsi *theory of reasoned action* dan *theory of planned behavior*, diantaranya dalam studi pencegahan dan niat merokok, merancang intervensi untuk mengurangi perilaku berisiko heteroseksual, memahami intensi individu dalam menerima vaksin human papillomavirus, serta mempelajari asuhan keperawatan individu yang merupakan pecandu narkoba. Di Indonesia pun, beberapa perawat dari klinis maupun pendidikan tinggi mengadopsi teori-teori tersebut dalam mempelajari intensi terhadap tindakan resusitasi jantung paru.

Peran perawat dalam upaya peningkatan intensi terhadap tindakan resusitasi jantung paru oleh *first responder* yang menemukan korban henti jantung di luar rumah sakit dapat dilakukan sesuai dengan kewenangan perawat. Perawat sebagai pendidik perlu mempertimbangkan berbagai faktor, seperti keyakinan, faktor sikap, dan norma subjektif, dan sebagainya ketika merancang program pendidikan. Pendekatan teori-teori perilaku sangat berguna dalam memprediksi perilaku, terutama bagi para perawat yang ingin memahami konteks perilaku kesehatan yang bersifat dinamis.

Dalam memberikan edukasi kepada individu, keluarga, masyarakat, dan komunitas perawat perlu memperhatikan berbagai faktor yang dapat meningkatkan efektivitas proses pembelajaran, terutama faktor yang berasal dari peserta didik (klien). Berbagai faktor yang memengaruhi kemampuan seseorang (pasien/klien) untuk belajar, yaitu:

1. Kurangnya waktu untuk belajar dan banyaknya informasi yang diharapkan dapat dipelajari oleh klien yang pada nyatanya dapat melemahkan motivasi dan membuat frustrasi sehingga menghambat kemampuan dan kemauannya untuk belajar;
2. Stres akibat penyakit akut dan kronis, kecemasan, dan defisit sensorik dapat menurunkan motivasi belajar dan mengganggu proses belajar;
3. Tingkat literasi yang rendah dan buta huruf adalah faktor penting dalam kemampuan klien untuk belajar;
4. Adanya pengaruh negatif dari lingkungan rumah sakit itu sendiri yang menyebabkan hilangnya kendali, kurangnya privasi, dan isolasi sosial, dapat mengganggu peran aktif klien dalam pengambilan keputusan kesehatan dan keterlibatan dalam proses belajar-mengajar;

5. Kesiapan belajar, motivasi dan kepatuhan, karakteristik pada tahap perkembangan, serta gaya belajar klien dapat mempengaruhi keberhasilan proses belajar-mengajar;
6. Kompleksitas pembelajaran dan besarnya perubahan perilaku yang diperlukan setelah mengikuti pembelajaran dapat membuat klien kewalahan dan menghalangi dirinya untuk mencapai tujuan dan sasaran pembelajaran;
7. Kurangnya dukungan dan penguatan positif yang berkelanjutan dari perawat dan orang terdekat;
8. Hambatan psikologis seperti penolakan kebutuhan belajar, kebencian terhadap otoritas, dan kurangnya kemauan untuk mengambil tanggung jawab (*locus of control*);
9. Ketidaknyamanan, kompleksitas pembelajaran, sulitnya akses terhadap proses atau media belajar, fragmentasi, dan dehumanisasi sistem layanan kesehatan dapat menimbulkan frustrasi dan pengabaian upaya klien untuk berpartisipasi dalam proses pembelajaran.

Dari pembahasan sebelumnya, penggunaan berbagai model perilaku bermanfaat dalam proses edukasi kesehatan. Ketika faktor-faktor penting dipertimbangkan sehubungan dengan tahap perkembangan spesifik dari peserta didik (klien), model motivasi pembelajaran terintegrasi dalam promosi kesehatan dapat muncul. Beberapa penelitian yang telah disebutkan dalam tulisan ini merekomendasikan pendekatan multipel teori, pengembangan model edukasi baru yang menyintesis teori-teori perilaku, atau revisi model lama untuk mengedukasi perilaku kesehatan. Faktor promosi kesehatan yang dapat digunakan oleh perawat sebagai pendidik dalam pendekatan multipel teori terhadap pendidikan kesehatan di antaranya tingkat pengetahuan, sikap, nilai, keyakinan, persepsi, tingkat kecemasan, kepercayaan diri, penguasaan keterampilan, pengalaman masa lalu, niat, kapasitas fisiologis, pendukung sosiokultural, lingkungan, aliansi pendidik-peserta didik, sumber daya dan penguatan, penetapan tujuan yang saling menguntungkan dan realistik, hierarki kebutuhan, kualitas hidup, dan partisipasi sukarela dalam pembelajaran.

# BAB 8

## Penutup

Uraian dalam buku ini telah menggambarkan bahwa masyarakat mempunyai peran yang sangat signifikan dalam upaya pertolongan korban henti jantung yang terjadi di luar rumah sakit. Namun, terdapat variasi hambatan yang menyebabkan korban henti jantung tidak mendapatkan pertolongan segera di awal terjadinya henti jantung yang berkontribusi terhadap meningkatnya angka mortalitas pada kasus henti jantung di luar rumah sakit. Perilaku memberikan pertolongan darurat kepada korban henti jantung telah dikaji melalui berbagai penelitian dengan mengaitkan dengan teori-teori perilaku yang relevan. Bahkan, berbagai teori dan kombinasi beberapa teori perilaku telah digunakan untuk mempelajari perilaku intensi terhadap tindakan resusitasi jantung paru pada individu, masyarakat, dan komunitas.

Teori perilaku terencana (*theory of planned behavior*) merupakan salah satu yang telah banyak digunakan dan menjadi landasan teori yang sesuai dalam memprediksi intensi untuk melakukan resusitasi jantung paru pada korban henti jantung di luar rumah sakit. Faktor sikap terhadap perilaku, norma subjektif, dan kendali perilaku yang dipersepsikan berhubungan secara bermakna dengan intensi mahasiswa keperawatan terhadap resusitasi jantung paru. Konstruksi teori perilaku terencana dengan menstimulasi faktor-faktor yang memengaruhi sikap, norma subjektif, dan kendali perilaku yang dipersepsikan dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan intensi terhadap tindakan resusitasi jantung paru.

Selain faktor-faktor yang memengaruhi perilaku seseorang dalam melakukan tindakan resusitasi jantung paru pada korban yang mengalami henti jantung, beberapa faktor lainnya seperti keterbatasan pengetahuan, rendahnya keterampilan, belum jelasnya jaminan hukum bagi pemberi pertolongan, minimnya atau bahkan tidak tersedia sarana dan prasarana yang memadai, serta rendahnya kesadaran diri di antara masyarakat juga menjadikan pemberian bantuan dini pada korban henti jantung tidak berlangsung dengan baik.

Negara berkembang memiliki tantangan yang cukup tinggi dalam upaya meningkatkan intensi masyarakat terhadap tindakan resusitasi jantung paru. Hal ini disebabkan karena banyak faktor diantaranya sumber daya yang kurang mendukung, peraturan/ kebijakan dan konsekuensi hukum yang belum jelas bagi penolong yang melakukan bantuan kepada penderita henti jantung di luar rumah sakit, adanya hambatan budaya dan sosial ekonomi, kewaspadaan risiko terhadap keselamatan diri sendiri yang masih rendah, serta metode pembelajaran dan pelatihan yang masih perlu untuk diteliti dan dikembangkan.

Hal-hal yang penting terkait pembahasan dalam tulisan ini yaitu: 1) tindakan resusitasi jantung paru yang dilakukan oleh *first responder* merupakan kebutuhan nyata yang sangat diperlukan oleh korban karena kejadian henti jantung dapat terjadi di mana saja dan kapan saja; 2) perlunya melakukan identifikasi dan intervensi guna menstimulasi faktor-faktor yang memengaruhi intensi terhadap tindakan resusitasi jantung paru sehingga dapat meningkatkan intensi penolong awam untuk membantu korban henti jantung; 3) tenaga kesehatan sebaiknya meningkatkan intensi dan memiliki keterampilan yang memadai mengenai tindakan resusitasi jantung paru; 4) tenaga kesehatan, termasuk perawat mempunyai tanggung jawab dalam menjalankan peran sebagai pendidik untuk memberikan pendidikan kesehatan dan peningkatan keterampilan terkait henti jantung dan penanganannya kepada klien individu, keluarga, masyarakat, dan komunitas; 5) perlunya meningkatkan strategi yang efektif dan efisien pada program edukasi dan pelatihan bantuan hidup dasar bagi masyarakat; 6) dukungan lintas sektoral untuk menyediakan sarana, prasarana, aturan hukum, dan kebijakan untuk melindungi masyarakat dalam melakukan tindakan pertolongan kepada korban henti jantung di luar rumah sakit.

# Daftar Pustaka

- Abdullah, S.M. (2019). Social cognitive theory: a Bandura thought review published in 1982-2012. *Journal Psikodimensia*. 18(1): 85-100. doi: 10.24167/psidim.v18i1.1708
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl and J. Beckmann (Eds), *Action control: From cognition to behavior*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1987). Attitudes, traits, and actions: Dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. In L. Berkowitz (Ed), *Advances in experimental social psychology*, New York: Academic Press
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50 (2): 179-21. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
- Ajzen, I. (2005). Attitudes, Personality, and Behavior. 2nd Ed. London: Open University Press.
- Ajzen, I, Albarracin, D., Hornik, R. (2007). *Predicting and changing behavior: A reasoned action approach*. 1st ed. New York: Psychology Press.
- Ajzen I. (2012). *The Theory of Planned Behavior*. In P. A. M. Lange, A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Eds.). Handbook of Theories of Social psychology (1st ed 1, pp. 438-459). London, UK: Sage.
- Ajzen, I. (2019). Theory of planned Behavior with background factors. <https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.questionnaire.pdf>
- Allencheril , J., Lee, P.Y.K., Khan, K., Loya, A., Pally, A. (2022). Etiologies of In-hospital cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*. 175: 88-95. doi: 10.1016/j.resuscitation.2022.03.005.
- Al-Khatib, S.M., et al. (2018). AHA/ACC/HRS Guideline: 2017 AHA/ACC/HRS Guideline for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death. *Circulation*. 138(13): 272-391. doi: 10.1161/CIR.0000000000000549.
- Alwidyan MT, Alkhatib ZI, Alrawashdeh A, Oteir AO, Khasawneh EA, Alqudah Z, Albataineh SA, Abukheat Y. (2023). Knowledge and willingness of schoolteachers in Jordan to perform CPR: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 13(8): 73-80. doi: 10.1136/bmjopen-2023-073080.
- American Heart Association. (2015). 2015 AHA guidelines update for CPR and ECC. <https://www.cercp.org/wp-content/uploads/2015/10/Guidelines-RCP-AHA-2015-Full.pdf>
- American Heart Association (AHA). (2020a). Highlights of the 2020 American Heart Association Guidelines For CPR and ECC. [https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/highlights\\_2020\\_ecc\\_guidelines\\_english.pdf](https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/highlights_2020_ecc_guidelines_english.pdf)

- American Heart Association (AHA). (2020b). CPR Facts and Stats : American Heart Association CPR & First Aid. <https://cpr.heart.org/en/resources/cpr-facts-and-stats>
- American Nurses Association (ANA). (2015). *Nursing: Scope and Standards of Practice*, 3rd Ed. Diakses melalui <https://www.nursingworld.org>.
- Amin, Y., & Haswita. (2022). Dominant factor affecting to intention of nursing students toward basic life support (BLS) effort: Using theory of planned behavior approach. *Journal of Nursing Science Update* (JNSU). 10(1): 10–17. doi: 10.21776/ub.jik.2022.010.01.2.
- Asikin, M., Nuralamsyah, M., & Susaldi. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Kardiovaskular*. Jakarta: Erlangga.
- Axelsson, A., Thoren, A., Holmberg, S., Herlitz, J. (2000). Attitudes of trained Swedish lay rescuers toward CPR performance in an emergency.: A survey of 1012 recently trained CPR rescuers. *Resuscitation*. 44(1): 27-36. doi: 10.1016/S0300-9572(99)00160-4.
- Bakhtiar, A., Amran, W.S. (2016). Faal Paru Statis. *Jurnal Respirasi (JR)*. 2(3): 91–98. doi: 10.20473/jr.v2-I.3.2016.91-98.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy : The exercise of control*. New York : Freeman.
- Bastable, S.B. (2019). *Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 5th Ed. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Batt., A.M., Al-Hajeri, A.S., Cummins, F.H. (2016). A profile of out-of-hospital cardiac arrests in Northern Emirates, United Arab Emirates. *Saudi Med Journal*. 37 (11): 1206-1213.
- Belleza, M. (2024). Respiratory System Anatomy and Physiology. <https://nurseslabs.com/respiratory-system/>
- Bhanji, F., Donoghue A.J, Wolff M.S, Flores G.E, Halamek L.P, Berman J.M, Sinz E.H, Cheng A. (2015). Part 14: education: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 132(2): 561–573. doi: 10.1161/CIR.0000000000000268
- Biga, L., et al. (2019). Anatomy & Physiology. <https://open.oregonstate.education/aandp/chapter/22-4-gas-exchange/>
- Brady, W.J., et al. (2021). *Electrocardiogram in Clinical Medicine*. 1st ed. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Bylow, H, Karlsson T, Lepp M, Claesson A, Lindqvist J, Herlitz J. (2019). Effectiveness of web-based education in addition to basic life support learning activities: A cluster randomised controlled trial. *PLoS ONE*. 14(7): e0219341. doi: 10.1371/journal.pone.0219341.
- Chaudhry, R., Miao, J.H., & Rehman, A. (2022). Physiology, Cardiovascular. StatPearls Publishing LLC.
- Chew, K.S & Yazid, M.N. (2008). The willingness of final year medical and dental students to perform bystander cardiopulmonary resuscitation in an Asian community. *Int J Emerg Med*. 1(4): 301-309. doi: 10.1007/s12245-008-0070-y.
- Code, J. (2020). Agency for learning: Intention, motivation, self-efficacy and self-regulation. *Frontiers in Education*, 5. doi: 10.3389/feduc.2020.00019

- Coons, S.J. & Guy, M.C. (2009). Performing bystander CPR for sudden cardiac arrest: Behavioral intentions among the general adult population in Arizona. *Resuscitation*. 80(3): 334-340. doi: 10.1016/j.resuscitation.2008.11.024.
- Cummins, R.O., Ornato J.P., Thies W.H., Pepe P.E. (1991). Improving survival from sudden cardiac arrest: the "chain of survival" concept. A statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association. *Circulation*. 83(5):1832-47. doi: 10.1161/01.cir.83.5.1832.
- Darsini, D., Fahrurrozi, F., & Cahyono, E. A. (2019). Pengetahuan; Artikel Review. *Jurnal Keperawatan*, 12(1), 13. <https://e-journal.lppmdianhusada.ac.id/index.php/jk/article/view/96>
- Daud, A, Nawi AM, Aizuddin AN, Yahya MF. (2023). Factors and Barriers on Cardiopulmonary Resuscitation and Automated External Defibrillator Willingness to Use among the Community: A 2016–2021 Systematic Review and Data Synthesis. *Global Heart*. 18(1): 46. doi: org/10.5334/gh.1255.
- DeLauna, S.C & Ladner, P.K. (2011). *Fundamental of Nursing: Standards and Practice*, 4th Ed. USA: Delmar Cengage Learning.
- Fariduddin, MN & Jaafar, MJ. (2021). Retention of Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) Knowledge among Undergraduate Teacher Student in Malaysian University. *Malaysian Journal of Medicine and Health Science*, 17(1);3-9. [https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/2020123014335701\\_MJMHS\\_0224.pdf](https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/2020123014335701_MJMHS_0224.pdf)
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*, Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fitri, E.Y., Andhini, D., Effendi, Z., Handayani, S. (2023). Kemauan bertindak dalam resusitasi jantung paru pada siswa sekolah menengah atas. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(2):1581-1591. doi: 10.31539/jks.v6i2.5101
- Fitri, E.Y, Andhini, D., Effendi, Z., Wahyuni, D., & Pratitis, I. (2024). Intensi Resusitasi Jantung Paru dengan Pendekatan Theory Of Planned Behavior. *Journal of Borneo Holistic Health*. 7(1):32-40. doi: [10.35334/borticalth.v7i1.4843](https://doi.org/10.35334/borticalth.v7i1.4843)
- Fitrianti, Dwimartyono, F., Irna, A. (2024). A Literature Review: Risk Factors For Respiratory Arrest. *Jurnal Eduhealth*. 15(4): 988-993. doi: 10.54209/eduhealth.v15i04ESSN 2808-4608.
- Green, L. (1980). *Health Education: A Diagnosis Approach*. The John Hopkins University, Mayfield Publishing Co.
- Griffiths, M.J.D., et al. (2010). *Cardiovascular Critical Care*. United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Goldenberg, I, Jonas, M, Tenenbaum, A, Boyko, V, Matetzky, S, Shotan, A, et al. (2003). Current smoking, smoking cessation, and the risk of sudden cardiac death in patients with coronary artery disease. *Archives of Internal Medicine*. 163(19): 2301–2305. doi: 10.1001/archinte.163.19.2301.
- Hamid, A.Y.S., dkk. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. 8th Indonesia edition, vol 1. Elsevier: Singapore.

- Hardisman. (2014). *Gawat Darurat Medis Praktis*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Haryanto, Hariyono, Pratiwi. (2023). The effect of health education with audiovisual media on the level of knowledge about CPR in students of senior high school 1 Gedeg. *Jombang Nursing and Midwifery Journal*. 2(1): 37-45. doi: 10.57101/jnmj.v2i1.17.
- Heemskerk, W.M., Dauphin, S.L.M., Van Dorst, M.A., Bussemaker, M., Wallner, C. (2021). A learning community within nursing practice: The value created by the activities and interactions during the early stage of community development. *Nurse Education in Practice*, 57. doi: 10.1016/j.nepr.2021.103242.
- Hermayudi, A.P.A. (2017). *Kegawatdarurat Medik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hidayati, R. Tingkat pengetahuan masyarakat tentang penanganan henti jantung di Wilayah Jakarta Utara. *NERS: Jurnal Keperawatan*. 16(1): 10-17.
- Holmberg, M.J , et al. (2019). American Heart Association's Get With The Guidelines-Resuscitation Investigators. Annual Incidence of Adult and Pediatric In-Hospital Cardiac Arrest in the United States. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 12(7). doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005580.
- Huang, Q., Hu, C., Mao, J. (2016). Are Chinese Students Willing to Learn and Perform Bystander Cardiopulmonary Resuscitation?. *The Journal of Emergency Medicine*. 51(6): 712-720. doi: 10.1016/j.jemermed.2016.02.033.
- Hudak, C.M. (1997). *Keperawatan Kritis: Pendekatan Holistik*. Alih Bahasa Allenidekania, Betty Susanto, Teresa, Yasmin Asih. editor Monica Ester. Ed 6. Jakarta: EGC.
- Ilmiyah, Z.H., Andarini, S., Suharsono, T. (2022). The theory of planned behavior to identify out of hospital cardiac arrest (OHCA) bystander's intention. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. 32(1): 54-58. doi: 10.21776/ub.jkb.2022.032.01.11.
- Jaskiewicz, F., Kowalewski, D., Kanicka, E., Kozlowski, R., Marczak, M., & Timler, D. (2022). Factors Influencing Self-Confidence and Willingness to Perform Cardiopulmonary Resuscitation among Working Adults—A Quasi-Experimental Study in a Training Environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(14), 8334. doi: 10.3390/ijerph19148334
- Johnson, D. E. (1980). *The behavioral system model for nursing*. In McEwen, M. and Wills, E. (Ed.). Theoretical basis for nursing. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jiang, Y., Wu, B., Long, L., Li, J., & Jin, X. (2020). Attitudes and Willingness Toward Out-of-Hospital Cardiopulmonary Resuscitation: A Questionnaire Study among the Public Trained Online in China. *BMJ Open*. 10(10): 8-11. doi: 10.1136/bmjopen-2020-038712
- Jordan, M.R., Lopez, R.A., Morissonponce, D. (2023). *Asystole*. StatPearls Publishing LLC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430866/>
- Juntunen, S., Holmstrom,L., Vahatalo,J., Mantyniemi,L., Tikkanen,J., Pakanen,L., Kaikkonen,K., Perkiomaki,J., Huikuri,H., Junttila,J. (2024). The burden of sudden cardiac arrest in the setting of acute coronary syndrome. *Resuscitation*. doi: 10.1016/j.resuscitation.2024.110297.
- Kanstad, B.K & Nilsen, S.A., Fredriksen, K. (2011). CPR knowledge and attitude to performing bystander CPR among secondary school students in Norway. *Resuscitation*. 82(2): 1053-1059. doi: 10.1016/j.resuscitation.2011.03.033.

- Karuthan, S.R., et al. (2019). Knowledge of and willingness to perform Hands-Only cardiopulmonary resuscitation among college students in Malaysia. *Medicine (Baltimore)*. 98(51). doi: 10.1097/MD.00000000000018466.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). P119 Terobosan Baru Layanan Kegawatdaruratan Medik di Indonesia. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20160701/5715321/layanan-119-terobosan-baru-layanan-kegawatdaruratan-medik-di-indonesia/>
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Sindroma Koroner Akut: keputusan menteri kesehatan nomor HK.01/07/MENKES/675/2019.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Standar profesi perawat: keputusan menteri kesehatan nomor HK.01/07/MENKES/425/2020. Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). Penyakit Jantung Penyebab Utama Kematian, Kemenkes Perkuat Layanan Primer. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20220929/0541166/penyakit-jantung-penyebab-utama-kematian-kemenkes-perkuat-layanan-primer/>
- Kiguchi T., et al. (2020). Out-of-hospital cardiac arrest across the world: first report from the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). *Resuscitation*. 152: 39-49. doi: 10.1016/j.resuscitation.2020.02.044.
- Ko, J. S., Kim, S. R., & Cho, B. J. (2023). The effect of cardiopulmonary resuscitation (CPR) education on the CPR knowledge, attitudes, self-efficacy, and confidence in performing CPR among elementary school students in Korea. *Healthcare*.11(14), 2047. doi: 10.3390/healthcare11142047.
- Kuvaki, B. & Ozbilgin, S. (2018). School Children Save Lives. *Turk J Anaesthesiol Reanim.* 46(3):170-175. doi: 10.5152/TJAR.2018.25986.
- Lee, M.J., et al. (2013). Influence of nationwide policy on citizens' awareness and willingness to perform bystander cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*. 84 (7):889-894. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.01.009.
- Lenjani, B., et al. (2014). Cardiac arrest-cardiopulmonary resuscitation. *Journal of Acute Disease*, 3(1): 31–35. doi: 10.1016/S2221-6189(14)60007-X.
- Liou, F.Y., et al. (2021). The impact of bystander cardiopulmonary resuscitation on patients with out-of-hospital cardiac arrests. *Journal of Chinese Medical Association*. 84: 1078-1083. doi: 10.1097/JCMA.0000000000000630.
- Ludhwani, D, Goyal A, Jagtap M. (2019). Ventricular Fibrillation. StatPearls Publishing LLC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537120/>
- Magid, K.H., Ranney, M.L., & Risica, P.M. (2021). Using the theory of planned behavior to understand intentions to perform bystander CPR among college students. *Journal of American College Health*, 69(1), 47-52. doi: [10.1080/07448481.2019.1651729](https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1651729).
- Manuntung, A. (2018). *Terapi Perilaku Kognitif pada Pasien Hipertensi*. Malang: Wineka Media
- Mao, J., et al. (2021). Knowledge, training, and willingness to perform bystander cardiopulmonary resuscitation, among university students in Chongqing, China: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 11. doi: 10.1136/bmjopen-2020-046694.

- Mas'a, H.S., Wahab, I., Muthalib, A. (2024). Karakteristik Gagal Nafas. *INNOVATIVE : Journal of Social Science Research*. 4(5): 1060-1070. doi: 10.31004/innovative.v4i5.14942.
- Meaney, P.A., et al. (2013). Cardiopulmonary Resuscitation Quality: Improving Cardiac Resuscitation Outcomes Both Inside and Outside the Hospital: A Consensus Statement From the American Heart Association. doi: 10.1161/CIR.0b013e31829d8654.
- Menendez, P.A, Perez, A.L, Tassa, M. (2017). Knowledge and willingness to perform basic life support by local police officer. *An Sist Sanit Navar*.40(2):177-185. doi: 10.23938/ASSN.0033
- Merchant, R.M., Topjian, A.A., Panchal, A.R., Cheng, A., Aziz, K., Berg, K.M., Lavonas, E.J., Magid, D.J. (2020). Adult Basic and Advanced Life Support, Pediatric Basic and Advanced Life Support, Neonatal Life Support, Resuscitation Education Science, and Systems of Care Writing Groups. Part 1: Executive Summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 20:142. doi: 10.1161/CIR.0000000000000918.
- Moon, H. & Hyun, H.S. (2019). Nursing students' knowledge, attitude, self-efficacy in blended learning of cardiopulmonary resuscitation: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ*. 19, 414: 1-8. doi: 10.1186/s12909-019-1848-8.
- Moran, G. (2006). A Beginners Guide to Normal Heart Function, Sinus Rhythm & Common Cardiac Arrhythmias. <https://www.nottingham.ac.uk/nursing/practice/resources/cardiology/introduction/index.php>.
- Munot, S. et al. (2022). Out-of-hospital cardiac arrests and bystander responses by socioeconomic disadvantage in communities of New South Wales, Australia. *Resuscitation Plus*, 9:1-10.
- Nielsen, C.G., et al. (2021). Bystander interventions and survival following out-of-hospital cardiac arrest at Copenhagen International Airport. *Resuscitation*. 162: 381-387. doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.01.039.
- Nord, et al. (2017). The effect of a national web course "Help-Brain-Heart as a supplemental Learning tool before CPR training: a cluster randomised trial. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 25:93. doi 10.1186/s13049-017-0439-0.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nurfadilla, Tantra, A.H., Wahab, I. (2024). Efektifitas pemberian BHD terhadap keberhasilan henti napas. *PREPOTIF : Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 8(2): 2779-2792. doi: 10.31004/prepotif.v8i2.28523.
- Pakpahan, dkk. (2021). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Patel, K & Hipskind, J. (2023). *Cardiac Arrest*. StatPearls Publishing LLC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534866/>.
- Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Jakarta.

- Perkins, et al. (2015). Adult basic life support and automated external defibrillation section Collaborators. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*. 95: 81-99. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.015.
- Potter, P., Perry, A.G., Stockert, P.A., Hall, A.M. (2013). Fundamental of Nursing, 8th Ed. Missouri: Mosby Elsevier.
- PP PERKI. (2020). *Buku Ajar Kursus Bantuan Hidup Jantung Dasar BCLS Indonesia*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. (PP-PERKI)
- Juzar, D.A., et al. (2024). Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut. Edisi ke-5. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI).
- PPNI. (2013). Standar Kompetensi Perawat Indonesia. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI), Asosiasi Institusi Pendidikan Diploma Keperawatan Indonesia (AIPDiKI).
- Pratitis, I. A., Fitri, E. Y., Rizona, F. (2023). Pengembangan Prototipe Website "BLS Sriwijaya" sebagai Inovasi Media Pembelajaran Asynchronous Bantuan Hidup Dasar. *Jurnal Keperawatan*. 15(4): 1893–1902. doi: 10.32583/keperawatan.v15i4.1183.
- Pro Emergency. (2022). *Basic Trauma Cardiovascular Life Support*. Edisi ke-3. Bogor: Pro Emergency.
- Qian, Yu-Fei., et al. (2021). Analysis of the status Quo and influencing factors of community residents' awareness of basic life support and willingness to attempt rescue. *Risk Management and Healthcare Policy*. 14: 3129-3136.
- Ramdhani, N. (2016). Penyusunan Alat Pengukur Berbasis Theory of Planned Behavior. *Buletin Psikologi*. 19(2): 55-69. doi: [10.22146/bpsi.11557](https://doi.org/10.22146/bpsi.11557)
- Ricco, M., et al. (2020). Factors influencing the willingness to perform bystander cardiopulmonary resuscitation on the workplace: a study from North-Eastern Italy. *Acta Biomed*. 91: 1-12. doi: 10.23750/abm.v91i4.8593.
- Riva, G., et al. (2019). Survival in out-of-hospital cardiac arrest after standard cardiopulmonary resuscitation or chest compressions only before arrival of emergency medical services: nationwide study during three guideline periods. *Circulation*. 139(23): 2600–2609. doi: [10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038179](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038179).
- Saladin. (2004). Chapter 22 : The Respiratory System; Anatomy & physiology : the unity of form and function. The McGraw-Hill Companies. [https://faculty.ksu.edu.sa/sites/default/files/chapter22\\_respiratorysystem.pdf](https://faculty.ksu.edu.sa/sites/default/files/chapter22_respiratorysystem.pdf)
- Sankari, A. (2024). Overview of Respiratory Arrest:. <https://www.merckmanuals.com/professional/critical-caremedicine/respiratory-arrest/overview-of-respiratory-arrest>.
- Sendić, G. (2023). Respiratory system. <https://www.kenhub.com/en/library/anatomy/the-respiratory-system>.
- Singh, A; Museedi, A.S; & Grossman, S.A. (2023). *Acute Coronary Syndrome*. StatPearls Publishing LLC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459157/>.

- Smedt, L.D, et al. (2018). Awareness and willingness to perform CPR: a survey amongst Flemish schoolchildren, teachers and principals. *Acta Clinica Belgica*. 74(5): 297–316. doi: 10.1080/17843286.2018.1482087.
- Smith, A. (2015). Attitude, Subjective Norm, and Perceived Behavioral Control as Indicators for Nurse Educators' Intention to Use Critical Thinking Teaching Strategies: a Structural Equation Model Analysis. Michigan: Andrews University.
- Son JW, Ryoo HW, Moon S, Kim JY, Ahn JY, Park JB, Seo KS, Kim JK, Kim YJ. (2017). Association between public cardiopulmonary resuscitation education and the willingness to perform bystander cardiopulmonary resuscitation: a metropolitan citywide survey. *Clin Exp Emerg Med*. 4(2): 80-87. doi: 10.15441/ceem.16.160.
- Song, J.; Guo, W.; Lu, X.; Kang, X.; Song, Y.; Gong, D. (2018). The effect of bystander cardiopulmonary resuscitation on the survival of out-of-hospital cardiac arrests: A systematic review and meta-analysis. *Scand. J. Trauma Resusc. Emerg. Med.* 26(86). doi: 10.1186/s13049-018-0552-8.
- Subagjo, A., Achyar, Ratnaningsih, E., Sugiman, T., Kosasis, A., Agustinus, R. (2011). *Buku Panduan Khusus Bantuan Hidup Dasar*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia.
- Subagjo, A., Achyar, Ratnaningsih, E., Sugiman, T., Kosasis, A., Agustinus, R. (2013). *Buku Panduan Kursus Bantuan Hidup Jantung Dasar*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. (PP-PERKI).
- Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., Setiati, S. (2007). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Sunaryo. (2004). Psikologi untuk Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Suryabrata, S. (2010). *Psikologi Pendidikan*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Takahashi, H, Sagisaka, R, Natsume, Y, Tanaka, S, Takyu, H, Tanaka, H. (2018). Does dispatcher-assisted CPR generate the same outcomes as spontaneously delivered bystander CPR in Japan? *American Journal of Emergency Medicine*. 36(3): 384-91. doi: 10.1016/j.ajem.2017.08.034.
- Talbot, A., Dorrian, J., & Chapman, J. (2015). Using the Theory of Planned Behavior to examine enrolled nursing students' intention to care for patients with alcohol dependence: A survey study. *Nurse Education Today*. 35: 1054-1061. doi: 10.1016/j.nedt.2015.05.017.
- Tam, V.C.W & Kwok, A.W.L. (2024). Evaluation of the willingness to perform cardiopulmonary resuscitation (CPR) with automated external defibrillator (AED) among Hong Kong Chinese using the theory of planned behaviour framework: an online cross-sectional survey: *BMJ Public Health*. 2(1). doi: 10.1136/bmjph-2023-000406.
- Udjianti, W.J. (2011). *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta : Salemba Medika.
- Utami, R., Sommeng, F., Wahab, M.I., Dwimartyono, F., Muthalib, A. (2023). Peran code blue terhadap penanganan henti napas henti jantung di rumah sakit. *Fakumi Medical Journal : Jurnal Mahasiswa Kedokteran*. 3(8): 541-551. doi: 10.33096/fmj.v3i8.365.
- Virani, SS, et al. (2020). On behalf of the American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Heart*

- disease and stroke statistics—2020 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 141: e139–e596. doi: 10.1161/CIR.0000000000000757.
- Wahidah & Harahap, R.A. (2021). PJK (penyakit jantung koroner) dan SKA (sindrome koroner akut) dari perspektif epidemiologi. *Afiliasi: jurnal kesehatan masyarakat*. 6 (1): 54-65. doi: 10.31943/afiasi.v1i4.135.
- Wati, S.G., Wihastuti, T.A., Nasution, T.H. (2021). Application of the theory of planned behavior to identify nursing student's intention to be a bystander cardiopulmonary resuscitation. *NurseLine Journal*. 6(1): 24-29. doi: 10.19184/nlj.v6i1.19228.
- Widyarani, L. (2018). Analisis pengaruh pelatihan resusitasi jantung paru RJP dewasa terhadap retensi pengetahuan dan ketrampilan RJP pada mahasiswa keperawatan di Yogyakarta. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. 12(3): 143-149. doi: 10.20884/1.jks.2017.12.3.718.
- Wulansari, Y.W & Wirasakti, G. (2022). The effect of CPR multimedia learning to willingness of nursing students on conducting CPR. *Jurnal Kesehatan dr. Soebandi*.10(2) :133-139. doi: 10.36858/jkds.v10i2.408.
- Xia, L., Zhang, K., Huang, F., Jian, P., Yang, R. (2024). The intentions and factors influencing university students to perform CPR for strangers based on the theory of planned behavior study. *Heliyon*. 10: 1-9. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e38135
- Yow, A.G., Rajasurya, V., Ahmed, I., Sharma, S. (2024). Sudden Cardiac Death. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507854/>
- Yu, Y., Meng, Q., Munot. S., Nguyen, T.N., Redfern, J., Chow, C.K. (2020). Assessment of community interventions for bystander cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 3(7): 209-256. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.9256
- Zhan, L., Yang L.J., Huang Y., He Q., Liu G.J. (2017). Continuous chest compression versus interrupted chest compression for cardiopulmonary resuscitation of non-asphyxial out-of-hospital cardiac arrest. *Cochrane Database Syst Rev*. 3(3): CD010134. doi: 10.1002/14651858.CD010134.pub2.

# Glosarium

## A

<b>AED</b>	: <i>Automated external defibrillator</i> , perangkat portabel yang digunakan untuk menganalisis irama jantung secara otomatis dan dapat memberikan kejut listrik ke jantung melalui dada untuk mengembalikan irama jantung.
<b>Agonal breathing</b>	: pernapasan agonik, pernapasan tidak normal yang ditandai dengan suara napas seperti mendengkur, mendengus, terengah-engah, atau sesak napas. Saat terjadi henti jantung pernapasan agonik akan timbul dalam beberapa detik hingga menit setelah jantung berhenti berdetak.
<b>Airway</b>	: Pemeriksaan saluran napas yang bertujuan untuk membebaskan dan membuka jalan napas.
<b>Aksesibilitas</b>	: Aksesibilitas adalah kemampuan bagi difabel untuk memiliki kesempatan yang sama dalam semua aspek kehidupan dan penghidupan, termasuk kemudahan bergerak melalui dan menggunakan bangunan dan lingkungan dengan memperhatikan kelancaran dan kelayakan, yang berkaitan dengan masalah sirkulasi, visual, dan elemen setting.
<b>Anterior</b>	: bagian depan tubuh.
<b>Aorta</b>	: pembuluh darah arteri besar
<b>Apnea</b>	: kondisi berhentinya pernapasan.
<b>Arteri</b>	: pembuluh darah yang membawa darah dari jantung menuju organ tubuh lainnya.
<b>Arteriol</b>	: arteri dengan ukuran diameter yang lebih kecil.
<b>ARV</b>	: antiretroviral.
<b>Asfiksia</b>	: mati lemas, suatu keadaan yang ditandai dengan terjadinya gangguan pertukaran udara pernapasan, mengakibatkan oksigen darah berkurang disertai dengan peningkatan karbondioksida sehingga organ tubuh mengalami kekurangan oksigen dan menyebabkan kematian.
<b>Asidosis metabolik</b>	: penurunan konsentrasi serum bikarbonat dalam darah dan meningkatnya keasaman darah yang berlebihan.
<b>Asystole</b>	: tidak adanya denyut jantung.
<b>Asynchronous</b>	: asinkron, proses pembelajaran secara tidak langsung, yang dilakukan pada waktu dan tempat yang berbeda.
<b>Atrium</b>	: ruang di dalam jantung, terbagi menjadi atrium kanan dan atrium kiri.

## B

<b>BHD</b>	: bantuan hidup dasar, tindakan pertolongan kepada seseorang ketika mengalami kejadian henti jantung atau henti napas untuk menyelamatkan nyawanya.
<b>Biomarka</b>	: zat endogen yang dilepaskan ke dalam sirkulasi setelah kerusakan jaringan jantung.

<b>Blended learning</b>	: penggabungan antara pembelajaran konvensional secara tatap muka dan pembelajaran secara <i>online</i> dalam satu waktu.
<b>Bradikardia</b>	: kondisi jantung yang berdetak lebih lambat dari normal. Detak jantung normal adalah sekitar 60-100 kali per menit, pada bradikardia detak jantung adalah kurang dari 60 kali per menit.
<b>Breathing</b>	: Pemeriksaan pernapasan yang bertujuan untuk mengetahui apakah korban bernapas dengan normal atau tidak. Cara memeriksa pernapasan yaitu dengan mendengarkan bunyi/ suara napas, melihat pergerakan turun naik dada korban, atau merasakan hembusan napas dari hidung atau mulut korban dengan pipi penolong.
<b>Bystander CPR</b>	: tindakan resusitasi jantung paru yang dilakukan oleh orang yang berada di dekat korban.

## C

<b>Call centre 119</b>	: suatu desain sistem dan teknologi menggunakan konsep pusat panggilan terintegrasi yang merupakan layanan berbasis jaringan telekomunikasi khusus di bidang kesehatan di Indonesia.
<b>Cardiac output</b>	: curah jantung, volume atau jumlah darah yang dipompa oleh jantung selama satu menit.
<b>Caring</b>	: sikap atau perilaku sepenuh hati oleh perawat kepada klien dengan rasa peduli dan perhatian.
<b>Cath lab</b>	: layanan kateterisasi jantung, suatu pelayanan yang dilakukan di laboratorium kateterisasi jantung dan angiografi untuk menentukan diagnostik penyakit jantung dan pembuluh darah.
<b>Chain of survival</b>	: rantai kelangsungan hidup.
<b>Circulation</b>	: Pemeriksaan sirkulasi peredaran darah untuk mengetahui fungsi jantung berfungsi atau tidak. Pemeriksaan sirkulasi dilakukan dengan meraba denyut nadi karotis pada leher sebelah kanan atau kiri dengan dua jari selama 10 detik.
<b>CPR</b>	: <i>cardiopulmonary resuscitation</i> , resusitasi jantung paru.

## D

<b>Daring</b>	: dalam jaringan, terhubung melalui jejaring komputer, internet, dan sebagainya.
<b>Defibrilasi</b>	: pemulihan denyut jantung ke irama yang normal.
<b>Desmosome</b>	: sambungan antar sel
<b>Dewasa</b>	: usia yang berkisar antara 20-64 tahun.

## E

<b>EKG</b>	: elektrokardiogram, suatu pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan berbagai fase kerja jantung dengan menggunakan alat elektrokardiograf.
<b>E-learning</b>	: metode pengajaran yang disampaikan secara elektronik menggunakan media berbasis komputer.

## F

<b>Fibrilasi ventrikel</b>	: gerakan kontraksi ventrikel yang cepat dan halus, yang menyebabkan fungsi sirkulasi terhenti.
----------------------------	---

<b>First responder</b>	: orang yang pertama kali menemukan penderita yang mengalami henti jantung.
------------------------	---

## G

<b>Gap junction</b>	: hubungan antarsel yang mempunyai tekanan listrik yang sangat rendah.
<b>Gasp</b>	: pernapasan yang cepat dan pendek melalui mulut, <i>agonal breathing</i> .
<b>Gawat darurat</b>	: keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan.

## H

<b>Hands-only CPR</b>	: RJP kompresi saja, kompresi dada terus menerus tanpa pemberian bantuan napas.
<b>Henti jantung</b>	: berhentinya aktivitas normal jantung secara tiba-tiba yang disertai dengan kolaps hemodinamik ditandai dengan hilangnya kesadaran, tidak terabanya denyut nadi, dan tidak adanya pernapasan atau pernapasan tidak normal.
<b>Hipoksia</b>	: kondisi rendahnya kadar oksigen di dalam sel-sel tubuh.
<b>Hipovolemia</b>	: penurunan volume darah yang beredar akibat kehilangan cairan tubuh atau kehilangan cairan dari darah ke dalam jaringan.
<b>Hipokalemia</b>	: penurunan kadar kalium dalam darah.
<b>Hiperkalemia</b>	: peningkatan kadar kalium dalam darah.
<b>Hipotermia</b>	: penurunan suhu tubuh yang ekstrem.
<b>Homeostasis</b>	: keseimbangan
<b>Hs-cTn</b>	: <i>high sensitivity cardiac troponin</i> , suatu biomarka pada cedera kardimiosit.

## I

<b>IHCA</b>	: <i>intra hospital cardiac arrest</i> , kondisi jantung berhenti berdetak yang terjadi di dalam ruang perawatan di rumah sakit.
<b>Intensi</b>	: niat, keinginan individu untuk berperilaku tertentu.
<b>Irama idioventrikuler</b>	: jenis irama aritmia sementara dan intermiten dengan episode yang berlangsung dalam beberapa detik hingga satu menit.
<b>Irama sinus</b>	: irama jantung yang normal, yaitu jantung berdetak dalam kecepatan 60-100 kali per menit dengan teratur.
<b>Irama ventricular escape</b>	: irama ventrikuler dengan kecepatan 20-40 kali per menit.

## K

<b>Kardiomiopati</b>	: penyakit akibat kelainan pada otot jantung.
<b>Kardiovaskular</b>	: jantung dan pembuluh darah
<b>Kompresi dada</b>	: penekanan pada dinding dada korban henti jantung sebagai upaya pijat jantung eksternal/ pijat jantung luar.
<b>Kritis</b>	: keadaan yang mengancam kehidupan, dan menyebabkan kematian jika tidak segera mendapat pertolongan.

## M

<b>Metabolisme</b>	: reaksi kimia yang terjadi di dalam sel-sel makhluk hidup yang menghasilkan energi.
--------------------	--

<b>Miokardium</b>	: otot jantung.
<b>Mortalitas</b>	: ukuran tingkat kematian penduduk pada suatu wilayah.
<b>Mouth-to-mouth</b>	
<b>Resuscitation</b>	: suatu bentuk ventilasi buatan, di mana penolong menempelkan mulutnya ke mulut korban dan meniupkan udara ke paru-paru orang tersebut.

## N

<b>Nodus sinoatrial</b>	: nodus sinus, sekumpulan sel di bagian atas kanan jantung, di atas atrium yang merupakan bagian dari sistem konduksi jantung dan bertugas untuk mengirimkan impuls listrik ke dinding atrium jantung untuk membuat jantung berdetak (kontraksi).
<b>Norma</b>	: aturan, ukuran, atau kaidah yang dipakai sebagai tolok ukur untuk menilai atau memperbandingkan sesuatu.

## O

<b>OHCA</b>	: <i>out-of-hospital cardiac arrest</i> , kondisi jantung berhenti berdetak yang terjadi di luar rumah sakit seperti di rumah, jalan, tempat umum.
-------------	--

## P

<b>PEA</b>	: <i>pulseless electrical activity</i> , kondisi klinis yang ditandai dengan tidak adanya denyut nadi namun masih terdapat aktifitas listrik pada jantung
<b>Pelayanan gawat darurat</b>	: tindakan medis yang dibutuhkan oleh korban/pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan.
<b>Penolong awam</b>	: orang yang tidak terlatih atau tidak memiliki pengetahuan mengenai pertolongan pertama.
<b>Penyakit jantung bawaan</b>	: kelainan pada struktur dan fungsi jantung yang sudah terjadi sejak lahir.
<b>Penyintas</b>	: orang yang mampu bertahan hidup.
<b>Perilaku</b>	: tanggapan atau reaksi individu terhadap rangsangan atau lingkungan.
<b>Posterior</b>	: bagian belakang tubuh.
<b>Prognosis</b>	: perkiraan tentang kemungkinan perjalanan suatu penyakit serta hasil akhir serangannya dan prospek kesembuhan.

## R

<b>Resusitasi</b>	: resusitasi jantung paru.
<b>Resusitasi jantung paru</b>	: tindakan penyelamatan nyawa yang dilakukan ketika jantung berhenti berdetak. Tindakan ini bertujuan untuk menjaga aliran darah tetap bersirkulasi ketika terjadi henti jantung
<b>RJP</b>	: resusitasi jantung paru.
<b>ROSC</b>	: <i>return of spontaneous circulation</i> , keadaan dimana pasien henti jantung mengalami kembali terabanya nadi, tekanan darah terukur dan tanda sirkulasi bertahan atau berkelanjutan.

## S

<b>Sarkoidosis</b>	: penyakit yang ditandai dengan pertumbuhan sel-sel tubuh yang mengalami peradangan.
<b>Sikap</b>	: pernyataan evaluatif terhadap objek, orang atau peristiwa.
<b>Sternum</b>	: tulang dada, tulang pipih panjang yang melindungi otot, organ, dan pembuluh darah arteri di dalam rongga dada.
<b>Subjektif</b>	: mengenai atau menurut pandangan (perasaan) sendiri, tidak langsung mengenai pokok atau halnya.
<b>Survival rate:</b>	: proporsi orang dalam kelompok pengobatan yang masih hidup pada jangka waktu tertentu setelah diagnosis.

## T

<b>Takikardia</b>	: kondisi jantung yang berdetak lebih cepat dari normal. Detak jantung normal adalah sekitar 60-100 kali per menit, pada takikardia detak jantung adalah lebih dari 100 kali per menit.
<b>Takikardia ventrikel</b>	: gangguan irama jantung yang berasal dari ventrikel yang ditandai secara khas dengan adanya tiga atau lebih kecepatan detak jantung yang lebih dari 100 kali per menit berturut-turut.
<b>Tamponade jantung</b>	: peningkatan volume cairan secara berlebihan di dalam perikardium
<b>Tension pneumothorax</b>	: akumulasi udara di dalam rongga pleura sehingga menurunkan aliran balik vena ke jantung
<b>Toraks</b>	: rongga dada, yang tersusun dari tulang dada, ruas tulang belakang, dan tulang rusuk.
<b>Trombosis</b>	: pengumpulan darah di dalam pembuluh darah.

## U

<b>Unit gawat darurat</b>	: salah satu unit di dalam rumah sakit yang menyediakan penanganan awal pasien, sesuai dengan tingkat kegawatannya.
<b>Unit perawatan intensif</b>	: unit perawatan untuk pasien dengan penyakit serius dan butuh pemantauan ketat.
<b>Unit perawatan koroner</b>	: unit perawatan jantung intensif, unit perawatan bagi pasien dengan serangan jantung, angina tidak stabil, disritmia jantung dan berbagai kondisi jantung lainnya yang memerlukan pemantauan dan perawatan terus-menerus.
<b>Unstable angina pectoris</b>	: Angina pektoris tidak stabil ((APTS); Inggris: <i>Unstable Angina Pectoris</i> (UAP)) adalah tipe angina pektoris yang tidak beraturan.

## V

<b>Vakular</b>	: berhubungan dengan pembuluh darah.
<b>Vena</b>	: pembuluh darah yang berfungsi mengangkut darah dari organ tubuh menuju jantung.
<b>Ventilasi</b>	: proses pertukaran udara antara paru-paru dan udara di sekitarnya.
<b>Ventrikel</b>	: bilik jantung atau ruang pada organ jantung, terdiri dari ventrikel kanan dan ventrikel kiri.

## W

<b>Web</b>	: dokumen yang dapat diakses melalui internet, sistem untuk mengakses, memanipulasi, dan mengunduh dokumen tautan yang terdapat dalam komputer yang dihubungkan melalui internet.
------------	---

# Profil Penulis



**Eka Yulia Fitri, S.Kep., Ners, M.Kep.**, lahir di Kota Palembang, Sumatera Selatan, Indonesia, menyelesaikan pendidikan program Sarjana Keperawatan pada tahun 2006 dan melanjutkan program Profesi Ners di Universitas Sriwijaya dan lulus tahun 2007. Penulis menempuh program Magister Keperawatan dengan konsentrasi Keperawatan Kritis di Universitas Padjadjaran dan lulus tahun 2014. Karir sebagai dosen tetap di Bagian Keperawatan Universitas Sriwijaya mulai tahun 2008 pada Departemen Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis. Penulis aktif dalam melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat pada topik bantuan hidup dasar, dan beberapa karyanya telah terpublikasi secara nasional. Email: ekayulia\_01@unsri.ac.id.



**Dhona Andhini, S.Kep., Ners, M.Kep.**, lahir di Yogyakarta, Indonesia pada tanggal 8 Juni 1983, lulus S1 di program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya pada tahun 2006, lulus tahap profesi di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya pada tahun 2007, dan telah menyelesaikan Pendidikan S2 Keperawatan Peminatan Keperawatan Kritis di Universitas Padjadjaran tahun 2014. Saat ini adalah dosen di Bagian Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya, penulis mengampu mata kuliah Keperawatan Gawat Darurat, Keperawatan Bencana dan Keperawatan Kritis. Email: dhonaandhini@fk.unsri.ac.id.





Masalah kesehatan masyarakat merupakan masalah yang kerap kali terjadi di berbagai negara termasuk di Indonesia. Implikasi tingginya masalah kesehatan masyarakat menyebabkan penurunan kualitas dan derajat kesehatan di masyarakat. Kasus henti jantung yang terjadi di luar rumah sakit adalah masalah yang dihadapi oleh bidang kesehatan global.

Buku Penanganan Henti Jantung: Peran Dan Intensi Masyarakat ini menjabarkan permasalahan kesehatan di lingkup masyarakat pada kasus henti jantung yang terjadi di luar rumah sakit serta menyajikan pembahasan tentang peran dan intensi masyarakat dalam berkontribusi terhadap pemberian pertolongan kepada korban, serta peran perawat dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang terkait kasus henti jantung di luar rumah sakit dengan mengacu pada bidang ilmu keperawatan terkait peran spesifik perawat.

Setiap bab dibahas mengenai teori dan penelitian terdahulu yang dapat dijadikan sebagai referensi dan evidence based practice oleh perawat dalam menjalankan tugas dan perannya.

Dengan demikian buku ini tepat digunakan oleh peserta didik keperawatan, perawat praktisi, dan perawat peneliti yang ingin mengetahui mengenai kasus kesehatan di masyarakat terutama kasus henti jantung di luar rumah sakit.

ISBN 978-634-7139-32-0

9 78634 7139320

Penerbit :  
**PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)**  
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F  
Jalan S. Parman Kav. 22-24  
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah  
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480  
Telp: (021) 29866919