

PENINGKATAN KEMAMPUAN DAN KEMANDIRIAN MASYARAKAT KOTA BANDAR LAMPUNG DALAM PERTOLONGAN HENTI JANTUNG MENDADAK (HJM) DI LUAR RUMAH SAKIT

Tori Rihiantoro^{1*}, Purbianto², Ririn Sri Handayani³

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang
Jl. Soekarno Hatta No. 1 Hajimena, Natar, Lampung Selatan
Penulis Korespondensi : toririhiantoro@gmail.com

Abstrak

Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan penyakit kardiovaskuler dengan prevalensi tertinggi (1,5%) di Indonesia. PJK adalah penyebab kematian terbanyak kedua (12,9%) di Indonesia. PJK bersesiko mengalami henti jantung mendadak (HJM). Kelangsungan hidup korban HJM sangat tergantung kecepatan pertolongan orang didekatnya. Berdasarkan hasil penelitian pengetahuan masyarakat awam di Kota Bandar Lampung tentang RJP dan HJM masih sangat rendah. Kegiatan ini menggunakan pendekatan perlakuan (eksperimen) berupa sosialisasi HJM dan pelatihan RJP bagi karyawan dan siswa(perhotelan, restoran, tempat hiburan dan tempat wisata di Kota Bandar Lampung dengan jumlah subyek sebanyak 98orang. Pelaksanaan kegiatan berjalan dengan baik. Hasil analisis terhadap pengetahuan sebelum dan sesudah sosialisasi dan pelatihan terjadi perubahan rata-rata tingkat pengetahuan dari 41,06 menjadi 88,96. Berdasarkan analisis statistik dengan uji t dependent, terdapat perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan (p value= 0,000). Disimpulkan juga bahwa adanya minat dan kepedulian yang tinggi dari stake holder terkait untuk mengikuti sosialisasi dan pelatihan, serta ersedianya bystander (penolong awam) bagi korban HJM pada area perhotelan, restoran, tempat wisata dan tempat hiburan di Kota Bandar Lampung. Berdasarkan hal tersebut disarankan bahwa perlunya keterlibatan pemerintah dan masyarakat (pendidikan, organisasi massa, profesi, LSM, dll) dalam memperbanyak bystander dan ketersediaan AED di area pelayanan publik.

Kata kunci: HJM, Pelatihan, RJP

1. Pendahuluan

Data kejadian kematian akibat penyakit kardiovaskular menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2012 menunjukkan sebanyak 17,5 juta. Lebih dari 75% kematian akibat penyakit kardiovaskuler tersebut terjadi di negara-negara berkembang. Dari jumlah tersebut sebanyak 7,4 juta (42,3 kematian disebabkan oleh Penyakit Jantung Koroner (PJK) (Kemenkes RI, 2014). Menurut riskedas tahun 2018 prevalensi penyakit jantung di Indonesia rata-rata 1,5%, dengan angka tertinggi di Kalimantan Utara sebesar 2,2% dan terendah di Nusa Tenggara Timur sebesar 0,7%. Sedangkan di Provinsi Lampung angkanya lebih kecil dari angka nasional sebesar 1,2% (Kemenkes RI, 2019)

Salah satu penyumbang terbesar kematian akibat penyakit jantung di Indonesia

adalah PJK. Berdasarkan laporan riskedas 2013 PJK merupakan penyakit kardiovaskuler dengan prevalensi tertinggi (1,5%) di Indonesia. Sedangkan berdasarkan hasil survei *Sample Registration System* (SRS) tahun 2014 PJK adalah penyebab kematian terbanyak kedua (12,9%) pada semua kelompok umur di Indonesia. Berdasarkan laporan riskedas 2013 di Provinsi Lampung, angka kejadian PJK menurut diagnosis dokter estimasi sebanyak 11.121 orang (0,2%) dan diagnosis gejala sebanyak 22.242 orang (0,4%) (Kemenkes RI, 2014).

PJK beresiko menyebabkan terjadinya henti jantung mendadak (HJM) atau serangan jantung (*heart attack*). HJM merupakan keadaan dimana fungsi pompa jantung berhenti secara mendadak. Keadaan ini kemungkinan

masih dapat dipulihkan bila segera dilakukan pertolongan, tetapi dapat juga menyebabkan kegagalan multi organ, bahkan berakhir dengan kematian bila tidak dilakukan tindakan segera (Fuster, 2011). Di Indonesia angka kejadian HJM atau *cardiac arrest* berkisar 10 dari 100.000 orang berusia dibawah 35 tahun dan 300.000-350.000 kejadian per tahunnya (PERKI, 2015).

HJM dapat terjadi di mana saja, kapan saja dan kepada siapa saja. Data kejadian HJM lebih banyak terjadi di luar rumah sakit yang dikenal dengan *Out of Hospital Cardiac Arrest* (OHCA). Di beberapa negara, angka kejadian OHCA ini terus mengalami peningkatan. Kelangsungan hidup korban yang mengalami HJM dapat dipertahankan melalui tindakan RJP sejak korban ditemukan. Tindakan RJP akan memberikan hasil yang paling baik jika dilakukan dalam waktu kurang dari 5 menit saat penderita ditemukan tidak sadar. Bila RJP dilakukan lebih dari 5 menit, maka penderita akan mulai mengalami kerusakan otak dan dapat berakhir dengan kematian. Untuk itu peran orang yang pertama kali menemukan korban HJM dalam melakukan pertolongan RJP sangat dibutuhkan untuk mempertahankan hidup korban.

Menurut Berg (2000) terdapat beberapa hambatan yang dapat menyebabkan kurangnya masyarakat yang mau melakukan RJP ketika menemui korban HJM diantaranya adalah karena pengetahuan dan kepedulian masyarakat yang masih rendah untuk melakukan RJP (WHO, 2011). RJP merupakan tindakan yang dapat membantu mempertahankan kelangsungan hidup korban HJM. Oleh karena itu perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan jumlah penolong awam (*bystander*) RJP di masyarakat (AHA, 2011).

American Heart Association (AHA) pada tahun 2013 mempublikasikan bahwa insiden OHCA di Amerika mencapai 359.400 orang. Dari jumlah tersebut 40,1% dilakukan tindakan Resusitasi Jantung Paru (RJP) atau *Cardiopulmonary Resuscitation* (CPR) oleh orang-orang yang berada dekat dengan korban,

hasilnya bahwa angka keberhasilan hidup dari korban yang dilakukan tindakan RJP mencapai 9,5% (AHA, *Cardiac Arrest Statistic*, 2014). Sedangkan di Indonesia, sampai dengan saat ini belum ada laporan data jumlah orang awam (*bystander*) yang memiliki kemampuan RJP dan telah memberikan tindakan RJP ketika orang tersebut bertemu korban HJM.

2. Bahan dan Metode

Skema pengabmas ini adalah Skema Program Kemitraan Masyarakat (PKM) dalam bentuk kegiatan sosialisasi/penyuluhan tentang HJM/OHCA dan Pelatihan RJP bagi orang awam. Subyek dalam kegiatan ini adalah karyawan perhotelan, restoran, tempat wisata dan hiburan di Kota Bandar Lampung yang tergabung dalam DPD PHRI Provinsi Lampung serta siswa, guru dan karyawan SMK perhotelan Kridawisata Bandar Lampung dengan jumlah seluruhnya sebanyak 98 orang.

Pelaksanaan kegiatan dilakukan melalui metode ceramah, tanya jawab, simulasi dan praktik. Pelaksanaan kegiatan menggunakan peralatan berupa peralatan audio visual untuk presentasi materi. Sedangkan untuk simulasi dan praktik menggunakan peralatan berupa alas, manekin RJP, Automatic External Defibrillator (AED), sarung tangan dan *barrier face*. Evaluasi dilakukan dengan mengukur pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan. Pengukuran pengetahuan menggunakan instrumen test yang berisi pertanyaan tentang HJM dan RJP. Sedangkan penilaian keterampilan RJP dilakukan setelah pelatihan dengan menggunakan lembar observasi berupa checklist prosedur keterampilan RJP.

Data hasil pengukuran selanjutnya diolah dan dianalisis dengan menggunakan uji t dependen, untuk mengetahui perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan. Sedangkan untuk keterampilan langsung dinilai sesuai dengan standar kelulusan dengan 100% melaksanakan SOP dengan benar.

3. Hasil dan Pembahasan

Hasil pengumpulan data dilakukan dengan menilai pengetahuan keterampilan peserta latih tentang HJM dan RJP. Pada kegiatan ini evaluasi pengetahuan dilakukan dengan membandingkan nilai hasil ujian tulis sebelum pelatihan (pre test) dan sesudah pelatihan (post test). Kemudian kedua hasil penilaian tersebut dianalisis dengan menggunakan analisis statistik uji beda dua mean (*dependent T test*). Adapun hasilnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1. Analisis rerata pengetahuan sebelum dan sesudah sosialisasi HJM dan pelatihan RJP

Penge- tahuan	Mean	Median	St. Deviasi	St. Error Mean	n	p value
Pre Test	41,06	40	8,57	0,87	98	0,000
Post Test	88,96	93	7,01	0,71		

Berdasarkan tabel di atas diketahui nilai rata-rata pengetahuan sebelum dilakukan sosialisasi dan pelatihan sebesar 41,06 dengan standar deviasi 8,57, sedangkan setelah pelatihan rata-rata 88,98 dengan standar deviasi 7,01. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai p sebesar 0,000 yang berarti ada perbedaan pengetahuan peserta latih sebelum dan setelah dilakukan sosialisasi HJM dan pelatihan RJP. Besarnya rata-rata peningkatan sebesar 47,9%.

Hasil penilaian praktikum dilakukan dengan observasi praktik RJP peserta latih oleh masing-masing trainer. Setiap peserta latih diminta untuk melakukan praktik RJP dan AED dengan menggunakan alat peraga (manekin RJP) dan dilakukan penilaian oleh trainer. Hasil penilaian terhadap 98 peserta latih seluruhnya dinyatakan mampu untuk melakukan tindakan resusitasi jantung bagi orang awam.

Berdasarkan data pengetahuan sebelum dilakukan sosialisasi HJM dan pelatihan RJP terlihat bahwa pengetahuan masyarakat awam di bandar lampung khususnya yang bekerja pada area pelayanan publik perhotelan, restoran, tempat wisata dan tempat hiburan masih rendah.

Rendahnya pengetahuan dan pemahaman masyarakat awam tentang RJP di merupakan masalah yang lazim di Indonesia. Pengetahuan yang rendah tentang RJP juga terjadi di berbagai kota dan daerah di Indonesia. Dalam penelitian Yulia Cahya Khasanah (2017) di Kabupaten Pasawaran menunjukkan pengetahuan rata-rata masyarakat awam tentang RJP sebelum dilakukan pelatihan kurang, dengan rata-rata nilai 28-33% (Khasanah, 2017). Hasil Penelitian lain di Kota Jember pengetahuan tentang RJP juga sangat kurang. Dari 30 responden menunjukkan 100% responden berpengetahuan kurang baik (Lutfi, Susilo, & Kurniawan, 2015).

Di negara-negara yang tingkat ekonomi dan pendidikannya telah maju pengetahuan masyarakatnya tentang RJP juga masih kurang. Hasil penelitian di New Zealand, dari sejumlah responden dilakukan pelatihan RJP setelah dilakukan evaluasi ternyata hanya 4% yang berpengetahuan baik dan hanya 9% yang mengetahui rasio kompresi dada dan ventilasi pada tahun berikutnya (Larsen, Pearson, & Galletly, 2004). Hasil penelitian yang terhadap lulusan sarjana kedokteran di India diperoleh pengetahuan tentang RJP sebagian besar pada tingkat cukup, dengan skor nilai rata-rata sebesar 64% (Bhatnagar, Tandon, Jinjil, Dwivedi, Kiran, & Verma, 2017).

Menurut Notoatmodjo (2012) bahwa pengetahuan diperoleh dari hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya, penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba dengan sendirinya. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2012). Pengetahuan juga merupakan faktor penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan merupakan dasar untuk melakukan suatu tindakan, sehingga setiap orang melakukan suatu tindakan biasanya didahului dengan tahu selanjutnya mempunyai inisiatif untuk melakukan tindakan berdasarkan pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Berdasarkan teori tersebut, maka rendahnya pengetahuan masyarakat tentang RJP akan menyebabkan rendahnya respon dan peran serta masyarakat dalam melakukan pertolongan RJP pada korban HJM. Rendahnya partisipasi masyarakat untuk melakukan pertolongan segera pada korban HJM di luar rumah sakit akan meningkatkan angka kematian dan menurunkan *survival rate* korban HJM di luar rumah sakit.

Pengetahuan masyarakat yang kurang tentang RJP ini dapat disebabkan oleh berbagai macam faktor. Keterbatasan dan ketiadaan informasi melalui pelatihan RJP yang seharusnya diperoleh masyarakat menjadi faktor utama. Menurut Notoatmodjo (2013) tinggi rendahnya pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya usia, informasi, pendidikan dan pengalaman. Selanjutnya menurut Notoatmodjo (2003) bahwa informasi memiliki pengaruh terhadap individu yang akan mengakibatkan perubahan atau peningkatan pengetahuan, sehingga informasi tentang BHD harus ditingkatkan, karena semakin banyak informasi, maka semakin banyak pula pengetahuan yang didapat (Wiliastuti, Anna, & Mirwanti, 2018).

Pelatihan merupakan metode terpenting dalam penyebaran informasi tentang RJP. Pelatihan yang terstandar dan benar diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan masyarakat awam tentang RJP. Pelatihan merupakan bagian dari pendidikan non formal yang dapat diperoleh masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilakunya dalam bidang-bidang tertentu.

Hasil sosialisasi HJM dan pelatihan RJP yang dilakukan pada karyawan dan siswa perhotelan, restoran, tempat wisata dan tempat hiburan di Kota Bandar Lampung telah meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat awam untuk melakukan pertolongan HJM dengan tindakan RJP dan AED.

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap siswa SMK di Kota Banjarmasin juga menunjukkan adanya hubungan antara

pengetahuan dengan penanganan BHD. Hubungan bersifat positif dan berbanding lurus, artinya semakin baik pengetahuan tentang BHD, maka semakin baik pula penanganan BHD. Adanya hubungan antara pengetahuan dengan penanganan bantuan hidup disebabkan karena siswa SMK tersebut belum pernah mendapatkan informasi tentang BHD (Okvitasari, 2017).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat Kota Bandar Lampung dan daerah-daerah lainnya di Indonesia tentang RJP disebabkan karena kurangnya informasi. Pelatihan merupakan bagian utama dari proses penyebaran informasi secara terstruktur yang mampu meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku individu dan masyarakat untuk melakukan suatu perbuatan. Untuk itu pelatihan RJP yang terstandar dan benar kepada individu dan masyarakat diyakini akan mampu meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk melakukan pertolongan pada korban HJM dengan RJP.

Meningkatnya pengetahuan, sikap dan keterampilan individu dan masyarakat dalam RJP diharapkan akan berdampak terhadap peningkatan partisipasi masyarakat dalam pertolongan segera terhadap korban HJM di luar rumah sakit. Dengan demikian diharapkan akan berdampak pula terhadap penurunan angka kematian dan peningkatan *survival rate* pada korban HJM di luar rumah sakit.

4. Kesimpulan

Berdasarkan data sebelum dilakukan sosialisasi HJM dan pelatihan RJP dapat disimpulkan bahwa sebagian besar masyarakat Bandar Lampung yang bekerja pada area pelayanan publik seperti hotel, restoran, tempat wisata dan tempat hiburan masih sangat kurang. Namun setelah dilakukan peningkatan kemampuan dengan sosialisasi HJM dan pelatihan RJP terjadi peningkatan pengetahuan dan keterampilan yang nyata.

Dalam rangka meningkatkan kemandirian masyarakat di Kota Bandar Lampung untuk

melakukan pertolongan pada korban HJM dengan melakukan tindakan RJP, maka perlu dilakukan pelatihan RJP oleh semua pihak yang berkepentingan dalam hal ini pemerintah bersama dengan masyarakat.

Ucapan Terima Kasih

Terimakasih kami ucapkan kepada Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang yang telah memberikan fasilitasi dan bimbingan dalam pelaksanaan kegiatan pengabmas ini. Terimakasih juga kami ucapkan kepada kelompok mitra pengabmas DPD PHRI Provinsi Lampung dan SMK Kridawisata Bandar Lampung serta seluruh mahasiswa yang terlibat dalam kegiatan ini.

Daftar Pustaka

- AHA. (2014). *Cardiac Arrest Statistic*. Dallas: Association American Heart Inc.
- AHA. (2015). *Highlights of The 2015 American Heart Association Guidelines Update for CPR and ECC*. Dallas: AHA.
- Al-Turki, Y. A., Al-Fraih, Y. S., Jalaly, J. B., Al-Maghlouth, I. A., Al-Rashoudi, F. H., Al-Otaibi, A. S., et al. (2008). Knowledge and Attitudes Towards Cardiopulmonary Resuscitation Among University Students in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 1306-1309.
- Berdowski, J., Berg, R., Tijssen, J., & Koster, R. (2010). Global Incidences of Out of Hospital Cardiac Arrest and Survival Rate: Systematic Review of 67 Prospective Studies. *Resuscitation*, 1479-1487.
- Bhatnagar, V., Tandon, U., Jinjil, K., Dwivedi, D., Kiran, S., & Verma, R. (2017). Cardiopulmonary Resuscitation: Evaluation of Knowledge, Efficacy, and Retention in Young Doctors Joining Postgraduation Program. *Anesth Essays Res.*, 842-846.
- Fuster, V. e. (2011). *Husr't the Heart. 13th Edition, Two Volume*. Colombus: McGraw-Hill Publishing Company Inc.
- Kemenkes RI. (2019). *Laporan Riskesdas 2018*. Jakarta: Balitbangkes Kemenkes RI.
- Khasanah, Y. C. (2017). *Perbedaan Pengetahuan Sebelum Dan Sesudah Pendidikan Kegawatdaruratan Dan Analisis Keterampilan Pada Agen Mantap Di Desa Munca, Kabupaten Pesawaran, Lampung*. Universitas lampung, Fakultas Kedokteran. Bandar Lampung: FK Unila.
- Larsen, P., Pearson, J., & Galletly, D. (2004). Knowledge and attitudes towards cardiopulmonary resuscitation in the community. *The New Zealand Medical journal*, 1-8.
- Lutfi, M., Susilo, C., & Kurniawan, H. (2015). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Resusitasi Jantung Paru Terhadap Kemampuan Menolong Korban Henti Jantung Pada Penolong Awam Di Universitas Muhammadiyah Jember*. Jember: Universitas Jember.
- Okvitasari, Y. (2017). Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Penanganan Bantuan Hidup Dasar (Basic Life Support) Pada Kajadian Kecelakaan Lalu Lintas Di Smk. *Caring Nursing Journal*, 6-15.
- PERKI. (2015, Mei 7). http://www.inaheart.org/education_for_patient/2015/5/7/henti_jantung. Retrieved September 17, 2018, from <http://www.inaheart.org>: http://www.inaheart.org/education_for_patient/2015/5/7/henti_jantung
- Suranadi, I. W. (2017). *Tingkat Pengetahuan Tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*. Denpasar: Universitas Udayana.
- WHO. (2011). *Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control*. Jenewa: WHO.

- Wiliastuti, U. N., Anna, A., & Mirwanti, R. (2018). Pengetahuan Tim Reaksi Cepat Tentang Bantuan Hidup Dasar. *Jurnal Keperawatan Komperhensif*, 77-85.
- Wnent, J., Grasner, J., Bohn, A., & Jantzen, T. (2013). In hospital emergency care of patients with in-hospital cardiac arrest. *Anesthesil Intensivmed*, 402-405.
- Yasin, D. D., Ahsan, & Rachmawati, S. D. (2017). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Efikasi Diri Remaja Dalam Melakukan Resusitasi Jantung Paru Di Smk Negeri 2 Singosari. *Journal Care*, 477-490.