

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Henti jantung atau *cardiac arrest* adalah hilangnya fungsi jantung secara tiba-tiba dan mendadak dengan tanda gejala yang sangat cepat, bisa terjadi pada siapapun, kapanpun dan dimanapun (Sayre *et al.*, 2010). Menurut WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2005 tercatat 17,5 juta (30%) dari 58 juta kematian di dunia disebabkan oleh penyakit jantung dan pembuluh darah. Di negara maju seperti Amerika Serikat, henti jantung masih menjadi masalah masyarakat paling utama (Adam, 2013). Berdasarkan laporan *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) di United States selama periode 1 Oktober 2005–31 Desember 2010, didapatkan data sekitar 31.689 kasus *cardiac arrest* terjadi di luar rumah sakit (Bryan *et al.*, 2011). Sedangkan di Indonesia sendiri belum ada data statistik yang secara pasti menyebutkan jumlah prevalensi penderita henti jantung.

American Heart Assosiation merekomendasikan sebuah rantai kehidupan yang terdiri dari segera kenali tanda henti jantung dan mengaktifkan bantuan gawat darurat, segera lakukan Resusitasi Jantung-Paru (RJP), segera lakukan defibrilasi, bantuan hidup lanjut yang efektif dan perawatan *post* henti jantung (Sayre *et al.*, 2010). Rantai utama tersebut menekankan pada pemberian RJP sedini mungkin untuk meningkatkan *survival rate* pada pasien henti jantung. Dalam hal ini peran dari masyarakat sebagai orang yang pertama menemui kondisi henti jantung (*bystander* RJP)

sangat memegang peranan yang krusial dalam keberhasilan rantai kehidupan dari pasien henti jantung.

Saat ini, *bystander* RJP menjadi komponen yang paling penting dalam menyelamatkan korban henti jantung yang terjadi di luar rumah sakit. Daerah yang memiliki prevalensi *bystander* RJP yang tinggi, akan mengalami perbaikan dalam kelangsungan hidup penderita henti jantung. Dengan pemberian RJP oleh *bystander* dapat meningkatkan kemungkinan bertahan hidup pasien henti jantung dua atau tiga kali lipat. Menurut Lancet (2010) anak yang mendapat RJP oleh orang tua (*bystander*) mempunyai prognosis hasil neurologik yang lebih baik (5,4%) dibandingkan dengan korban yang tidak mendapat RJP oleh *bystander* (1,9%). Data ini didukung hasil laporan Bryan *et al.* (2011) yang menyatakan bahwa pasien henti jantung yang mendapatkan tindakan RJP pertama kali dari *bystander* memiliki tingkat kelangsungan hidup lebih besar (11,2%) dibandingkan mereka yang tidak (7,0%). Akan tetapi, saat ini ketersediaan *bystander* masih sangat rendah. Secara internasional, prevalensi *bystander* RJP juga bervariasi, dengan tingkat terendah 1% dan tertinggi sekitar 44% (Wissenberg *et al.*, 2012).

Data dari 3 kota di Carolina Utara menunjukkan pada tahun 2010-2011 terdapat 2.022 kasus henti jantung di luar rumah sakit, akan tetapi ketersediaan *bystander* RJP hanya 36,5% (Fosbol *et al.*, 2013). *Centers for Disease Control and Prevention* melaporkan bahwa dari 31.689 kasus *cardiac arrest* yang terjadi di United States hanya sejumlah 33,3% yang memperoleh bantuan RJP dari *bystander* (Bryan *et al.*, 2011). Data lain menyebutkan meskipun kemauan orang tua untuk melakukan RJP pada anaknya cukup tinggi yaitu lebih dari 84%, akan tetapi pada kenyataannya

orang tua yang benar-benar melakukan RJP saat terjadi henti jantung pada anak hanya sekitar 15-30% saja (Trudy, 2008). Penelitian yang dilakukan Kuramoto *et al.* (2008) di Jepang mendapatkan data bahwa hanya 13% masyarakat yang bersedia melakukan RJP kepada keluarga dan teman-temannya, dan hanya 7% yang bersedia melakukan RJP kepada orang asing.

Rendahnya peran *bystander* erat kaitannya dengan kemauan untuk melakukan RJP dan menolong pasien henti jantung. Faktor psikososial seperti serangan panik, kekhawatiran tidak dapat melakukan RJP dengan benar, takut merugikan korban dan keyakinan bahwa orang tersebut sudah meninggal juga menjadi faktor penentu kemauan *bystander* untuk melakukan RJP (Coons and Guy, 2009). Hambatan lain yang dirasakan *bystander* adalah kesulitan dalam mengenali serangan henti jantung, mengharapkan ada orang lain yang dapat melakukan tindakan pertama dan adanya kebutuhan yang dirasakan untuk bernapas ke dalam mulut seseorang (Bradley *et al*, 2011).

Di Indonesia, peran masyarakat sebagai *bystander* RJP masih sangat perlu ditingkatkan. Banyak masyarakat di Indonesia belum memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup mengenai tindakan Resusitasi Jantung Paru. Penelitian mengenai tingkat kesadaran RJP di Universitas Brawijaya Malang mendapatkan data bahwa hanya 5,8% responden mendapat nilai sempurna; 15,4% mendapat skor penilaian 90; 17,3% mendapat nilai 80; dan 61,5% mendapat nilai dibawah 80. Data ini menunjukkan bahwa kesadaran akan pentingnya RJP masih sangat buruk (Suharsono *et al*, 2013).

Oleh karena itu, dibutuhkan sebuah tindakan untuk meningkatkan peran masyarakat sebagai *bystander* RJP pada henti jantung melalui pembelajaran dan pelatihan Bantuan Hidup Dasar Resusitasi Jantung Paru (BHD-RJP). Pembelajaran dan pelatihan RJP ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat di Indonesia terhadap pentingnya tindakan RJP saat menemui kondisi henti jantung, meningkatkan keinginan dan kemauan untuk menolong, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan RJP, meningkatkan *bystander* RJP dan *survival rate* serta menurunkan angka kematian henti jantung di luar rumah sakit.

Berdasarkan hal ini, *International Liaison Committee on Resuscitation* dan *American Heart Association* (AHA) merekomendasikan bahwa pelatihan RJP harus dilaksanakan seluruh masyarakat dan dimasukkan sebagai bagian standar dari kurikulum sekolah (Cave *et al.*, 2011). Pada tahun 2008, Palang Merah Indonesia memasukkan pengetahuan tentang resusitasi jantung paru sebagai kompetensi pendukung pada kurikulum palang merah remaja wira atau setingkat SMA (PMI, 2008). Menurut Lindner (2011) pelatihan pada siswa SMA juga merupakan investasi jangka panjang untuk seluruh generasi orang dewasa yang terlatih. Selain itu, usia sekolah merupakan usia ketika pengetahuan dan keterampilan dapat dipertahankan dengan baik (Aaberg *et al.*, 2014).

Penelitian yang dilakukan Meissner *et al.* (2012) menyatakan bahwa pelatihan RJP harus dimulai sejak usia dini, diulang secara berkala dan dilakukan terus-menerus. Pelatihan RJP ini dapat berupa *Computer-based* RJP yang sering disebut juga dengan istilah program RJP *online* atau *e-learning* RJP. *E-learning* RJP mempunyai banyak keunggulan dibanding

dengan metode pelatihan. Menurut Rehberg *et al.* (2009) pelatihan *e-learning* RJP dapat dilakukan kapanpun dan dimanapun di area yang dapat mengakses jaringan internet, lebih fleksibel dari segi waktu dan biaya, tanpa harus dilakukan pada waktu maupun lokasi tertentu. Bentuk dari *e-learning* dapat berupa simulasi RJP berbasis web (*web based simulation CPR*), *games CPR*, Telephone-CPR (T-CPR) dan modul pemicu virtual pasien (*voluntary virtual patient module*) (Khanal *et al.*, 2014; Kononowicz *et al.*, 2012). Bentuk inovasi *e-learning* yang digunakan oleh penulis adalah modul virtual android, yaitu suatu modul pembelajaran *online* maupun *offline* berbasis android yang berisi materi tutorial dan video pembelajaran RJP.

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Perbedaan Tingkat Pengetahuan dan Kemauan Menolong Korban Henti Jantung setelah diberikan Modul Virtual Android Resusitasi Jantung Paru pada Siswa SMA Negeri 8 dan SMA Negeri 9 Malang.”

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada perbedaan tingkat pengetahuan dan kemauan menolong korban henti jantung setelah diberikan modul virtual android resusitasi jantung paru pada siswa SMA Negeri 8 dan SMA Negeri 9 Malang ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan dan kemauan menolong korban henti jantung setelah diberikan modul virtual android

resusitasi jantung paru pada siswa SMA Negeri 8 dan SMA Negeri 9 Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengukur tingkat pengetahuan dan kemauan menolong korban henti jantung pada siswa sebelum diberikan modul virtual android resusitasi jantung paru.
2. Untuk mengukur tingkat pengetahuan dan kemauan menolong korban henti jantung pada siswa setelah diberikan modul virtual android resusitasi jantung paru.
3. Untuk menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan dan kemauan menolong korban henti jantung pada siswa sebelum dan setelah diberikan modul virtual android resusitasi jantung paru.
4. Untuk mengukur tingkat pengetahuan dan kemauan menolong korban henti jantung pada siswa sebelum diberikan pengetahuan resusitasi jantung paru.
5. Untuk mengukur tingkat pengetahuan dan kemauan menolong korban henti jantung pada siswa setelah diberikan pengetahuan resusitasi jantung paru.
6. Untuk menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan dan kemauan menolong korban henti jantung pada siswa sebelum dan setelah diberikan pengetahuan resusitasi jantung paru.
7. Untuk menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan dan kemauan menolong korban henti jantung pada siswa yang diberikan pengetahuan resusitasi jantung paru dengan diberikan modul virtual android resusitasi jantung paru.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

1. Menambah wawasan dan pengetahuan peneliti yang lain mengenai pengaruh modul virtual android resusitasi jantung paru terhadap tingkat pengetahuan dan kemauan siswa untuk menolong korban henti jantung.
2. Modul virtual android sebagai salah satu modifikasi pengembangan pelatihan resusitasi jantung paru dalam bentuk *e-learning* bagi orang awam.
3. Membantu meningkatkan pengetahuan RJP pada masyarakat sebagai *bystander* RJP.

1.4.2 Bagi Institusi Keperawatan

1. Sebagai pengembangan dari ilmu kegawat daruratan khususnya pada *Basic Life Support* (BLS).
2. Sebagai bahan informasi dan pengembangan pembelajaran resusitasi jantung paru sehingga dapat dijadikan sebagai bahan pengambilan keputusan dalam masalah kesehatan.

1.4.3 Bagi Sekolah

Memperkenalkan siswa pentingnya pengetahuan tentang bantuan hidup dasar resusitasi jantung paru dan meningkatkan peran *bystander* RJP di kalangan siswa SMA.