

**PENGALAMAN PERAWAT PUSKESMAS KOTA MALANG
DALAM PENATALAKSANAAN HENTI JANTUNG
(OUT-OF-HOSPITAL CARDIAC ARREST)**

Risna Yekti Mumpuni¹, Indah Winarni² dan Ali Haedar³

¹) Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya

Korespondensi : risnayekti@gmail.com

²) Fakultas Ilmu Budaya Universitas Brawijaya

³) Departemen Kedokteran Emergensi Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya

Abstrak

Henti jantung dapat terjadi dimana saja dan kapan saja. Penatalaksanaan OHCA diberikan segera setelah pasien dipastikan tidak memiliki denyut nadi karotis dengan menerapkan *Basic Life Support* yang dapat dilakukan baik oleh orang awam maupun tenaga kesehatan, termasuk perawat Puskesmas. Perawat Puskesmas dapat berperan sebagai *first responder* yang bertugas untuk mengenali tanda henti jantung dan menginisiasi pertolongan awal. Tujuan penelitian ini untuk memaknai pengalaman perawat Puskesmas dalam penatalaksanaan OHCA. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif, dilakukan di Puskesmas Kedungkandang dan Puskesmas Kendalkerep. Partisipan adalah empat orang perawat Puskesmas yang pernah melakukan penatalaksanaan OHCA. Data dikumpulkan melalui *in-depth interview* dengan pertanyaan terbuka. Analisis data dilakukan dengan menggunakan *thematic analysis* oleh Braun & Clarke (2006). Hasil penelitian menemukan tujuh tema yang menggambarkan pengalaman perawat Puskesmas dalam melakukan penatalaksanaan henti jantung, yaitu: ((1) berupaya mempertahankan profesionalisme dalam melakukan BLS, (2) memberikan dukungan psikologis yang bertujuan untuk menenangkan keluarga, (3), merasa terpanggil untuk memberikan pertolongan (4), memantapkan keinginan untuk menolong pasien, (5) tidak merasakan kepuasan batin setelah memberikan pertolongan, (6) menyadari bahwa pelayanan yang diberikan belum memenuhi standar untuk merawat pasien henti jantung, serta (7) mengharapkan ada perbaikan pelayanan bagi pasien henti jantung. Makna pengalaman perawat Puskesmas dalam

penatalaksanaan OHCA adalah perawat berusaha menembus segala dependensinya demi mempertahankan profesionalisme. Melihat dari seluruh fenomena tersebut, perlu dilakukan perbaikan di semua aspek untuk menyediakan pelayanan yang berkualitas bagi pasien henti jantung.

Kata kunci: penatalaksanaan henti jantung di luar rumah sakit, perawat puskesmas.

A. PENDAHULUAN

Kejadian henti jantung (*sudden cardiac arrest*) dapat terjadi di mana saja dan kapan saja. Henti jantung mendadak adalah kasus dengan prioritas gawat darurat. Kondisi gawat darurat merupakan keadaan yang mengancam nyawa, dan bila tidak segera ditangani dapat menyebabkan kematian (Hammond, 2013). Pasien dengan henti jantung ini harus segera mendapat pertolongan dengan diberikan tindakan CPR (*cardiopulmonary resuscitation*) dan AED (*automated external defibrillator*), baik oleh petugas kesehatan maupun orang awam (*American Heart Association*, 2015).

Di Amerika Serikat, tercatat hampir 360.000 kejadian henti jantung terjadi di luar rumah sakit (*Out of Hospital Cardiac Arrest*, OHCA), atau bisa dikatakan hampir 1000 kasus per hari (Wissenberg *et al*, 2013). Dari penelitian yang dilakukan oleh Chan *et al*. (2014) ditemukan bahwa OHCA terjadi setiap tahun di Amerika Serikat, dan sekitar 92% diantaranya meninggal sebelum mencapai rumah sakit. Pasien yang meninggal akibat henti jantung diketahui mengalami *ventricular fibrillation* (VF) dan *pulseless ventricular tachycardia* (*pulseless VT*), terjadi pada 40-50% kasus OHCA (Christ, 2007). Di Indonesia, laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (2013) menunjukkan bahwa prevalensi nasional penyakit jantung adalah 7,2% dan berpotensi mengalami henti jantung bahkan kematian mendadak apabila tidak ditangani dengan baik (Balitbang Kemenkes RI, 2013).

Cardiac arrest atau henti jantung merupakan suatu kondisi dimana kerja jantung tiba-tiba terhenti, sehingga berakibat kemampuan jantung untuk memompa darah tidak berfungsi, yang kemudian menyebabkan pasokan oksigen yang dibutuhkan oleh organ-organ vital dalam tubuh tidak cukup (Guyton & Hall, 2016). Apabila hal tersebut terjadi lebih dari 4 menit maka dapat mengakibatkan terjadinya kematian pada sel-sel otak dan dapat menyebabkan kematian pada seluruh organ vital tubuh hanya dalam waktu 10 menit. OHCA adalah kejadian henti jantung mekanis yang

ditandai dengan tidak adanya tanda-tanda sirkulasi, dan terjadi diluar area rumah sakit (Kronick *et al.*, 2015).

Kronick *et al.* (2015) menyatakan bahwa untuk mencegah kematian pada pasien OHCA, harus dilakukan penanganan henti jantung pada fase *pre-hospital*. Penanganan henti jantung ini dikenal dengan *chain of survival*. AHA (2015) menyatakan revisi dalam penatalaksanaan henti jantung dengan memisahkan penatalaksanaan antara henti jantung di dalam rumah sakit (*In Hospital Cardiac Arrest-IHCA*) dan OHCA. Penanganan pasien OHCA pada fase akut harus meliputi pengenalan dan aktivasi sistem respon gawat darurat, resusitasi jantung paru (RJP) yang berkualitas, defibrilasi segera, layanan gawat darurat dasar dan lanjut pada fase transportasi, serta perawatan paska henti jantung fase lanjut. Dalam penatalaksanaan OHCA versi 2015 ini, peran masyarakat awam serta petugas kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan primer menjadi sangat penting terutama pada fase pengenalan henti jantung, pemberian RJP dan defibrilasi sampai tim *Emergency Medical Service* (EMS) yang terlatih datang untuk mengambil alih proses pertolongan dan membawa pasien ke unit gawat darurat dan/atau laboratorium kateterisasi jantung. Seluruh komponen tersebut merupakan mata rantai yang sangat penting untuk mencapai ROSC (Kronick *et al.*, 2015). Keberhasilan satu rantai tergantung pada efektivitas rantai sebelumnya, sehingga diperlukan suatu sistem kesinambungan yang efektif antara pra-rumah sakit dan rumah sakit. Hal ini dengan sendirinya akan memperlihatkan bagaimana sistem pelayanan kesehatan masyarakat itu berjalan (Bobrow *et al.*, 2008).

Idealnya, kasus henti jantung yang terjadi di luar rumah sakit dapat diberikan pertolongan oleh masyarakat awam dengan *hands-only CPR* sampai petugas EMS datang. Dalam hal ini, pasien dapat dibawa ke layanan kesehatan publik (*public health center*) sebagai fasilitas pelayanan kesehatan primer karena lokasinya mudah dijangkau (Razzak & Kellerman, 2002). Hal tersebut dikarenakan pertolongan pada pasien OHCA sebaiknya dimulai pada fase prehospital sehingga dapat meningkatkan *survival rate* korban henti jantung (Kronick *et al.*, 2015).

Pertolongan korban henti jantung pada fase prehospital ini dapat dilakukan di Puskesmas. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di satu atau sebagian wilayah kecamatan, dilengkapi dengan SDM, sarana, dan prasarana untuk menunjang aktivitas preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif pada tatanan pelayanan

kesehatan primer (Kepmenkes, 2004). Dalam penatalaksanaan OHCA, Puskesmas merupakan salah satu aspek penyelenggara yang memegang peranan penting selama proses resusitasi berlangsung. Hasil dari penatalaksanaan OHCA akan sangat dipengaruhi oleh pengenalan awal dari tanda-tanda henti jantung serta penanganan resusitasi yang dapat diberikan oleh petugas Puskesmas. Kasus gawat darurat sering terjadi di rumah, sehingga diperlukan suatu sistem untuk meningkatkan kewaspadaan dari suatu kondisi gawat darurat yang digerakkan oleh masyarakat setempat. Masing-masing Puskesmas memiliki fasilitas yang berbeda baik dari segi sarana serta sumber daya manusia, dan hal ini sangat berpengaruh terhadap kapasitasnya dalam menyediakan pelayanan bagi kasus henti jantung. Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama, harus dibekali dengan kemampuan pelayanan gawat darurat dasar untuk menunjang sistem pelayanan kesehatan yang optimal (Razzak & Kellermann, 2002).

Kota Malang sebagai wilayah kota administrasi terbesar kedua di Jawa Timur memiliki 15 Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kota Malang. Empat dari 15 Puskesmas tersebut dilengkapi dengan unit gawat darurat dan rawat inap yaitu Puskesmas Kedung Kandang, Puskesmas Dinoyo, Puskesmas Kendalsari, dan Puskesmas Kendal Kerep. Dalam studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Kedung Kandang pada bulan Februari 2016, didapatkan data tentang kejadian henti jantung sebanyak 3 kasus pada interval tahun 2012-2014. Masyarakat setempat masih mengandalkan pelayanan Puskesmas mengingat jarak dengan rumah sakit terdekat sekitar 4 km. Untuk kebutuhan pelayanan ini, Puskesmas dilengkapi dengan tenaga perawat yang dinas di UGD (Data Primer, 2016).

Penelitian dalam bidang OHCA dikembangkan oleh Pan-Asian Resuscitation Outcomes Study (PAROS) sejak tahun 2009 sebagai penelitian internasional, *multicenter*, prospektif se-Asia Pasifik yang meliputi 89 juta jiwa di 9 negara. Tujuannya adalah untuk menyusun kuisisioner dan untuk menghasilkan panduan sistem *Emergency Medical Services* (EMS) di Asia, meningkatkan kesadaran masyarakat akan pelayanan darurat pra-rumah sakit, dan akhirnya untuk meningkatkan kelangsungan hidup pasien OHCA (Ong et al., 2011). Saat ini Indonesia sudah memulai menggunakan kuisisioner OHCA PAROS yang dimulai dari lingkup rumah sakit sekota Malang. Dari kuisisioner OHCA PAROS yang diterjemahkan dalam bahasa Indonesia, terdapat pertanyaan mengenai elemen pra-rumah sakit dan rumah sakit (Supriadi, 2016).

Salah satu penelitian PAROS dilakukan oleh Supriadi (2016) yang melakukan analisis faktor pra rumah sakit yang mempengaruhi ROSC. Hasil penelitian Supriadi (2016) menyebutkan bahwa macam lokasi henti jantung baik diluar rumah maupun didalam rumah, henti jantung yang disaksikan maupun yang tidak disaksikan, serta moda transportasi yang dipanggil baik ambulans atau non ambulans, tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap kembalinya sirkulasi spontan karena semua pasien tidak dilakukan RJP. Supriadi (2016) juga menemukan bahwa usaha melakukan panggilan nomor telepon ambulans menjadi sia-sia karena ternyata petugas yang datang tidak melakukan RJP. Hal tersebut disebabkan ambulans yang dipanggil adalah ambulans non rumah sakit berupa ambulans gratis yang dioperasikan oleh petugas ambulans yang tidak memiliki kemampuan BLS.

Dalam studi pendahuluan yang dilakukan di salah satu Puskesmas di kota Malang pada bulan Februari 2016, ditemukan bahwa korban OHCA yang dibawa ke Puskesmas mengalami henti jantung baik di dalam dan di luar rumah. Perawat Puskesmas sebenarnya telah melakukan RJP, namun pasien tetap tidak tertolong karena interval waktu kejadian dengan usaha RJP berkisar antara 10-15 menit (Data Primer, 2016). Kronick *et al.* (2015) mengatakan bahwa, bila pasien henti jantung tidak diberikan RJP hingga 10 menit setelah kejadian maka kemungkinan pasien untuk mencapai ROSC akan semakin kecil.

Berdasarkan data yang diperoleh dari bagian Farmasi, Makanan, dan Minuman Dinas Kesehatan Kota Malang pada bulan Februari 2016, ditemukan bahwa seluruh Puskesmas di kota Malang tidak dilengkapi dengan monitor jantung, defibrillator dan/atau AED (*automatic external defibrillator*). Dalam penelitian lain tentang henti jantung di rumah sakit di Mesir, ditemukan bahwa AED juga tidak ditemukan dalam bangsal perawatan. Ketiadaan AED ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam memulai RJP serta mempengaruhi kepercayaan diri perawat selama resusitasi (Taha *et al.*, 2015).

Data lain yang ditemukan adalah tenaga medis yang tersedia di UGD Puskesmas Kedung Kandang dan Kendal Kerep merupakan tenaga perawat yang sekaligus bertugas di ruang rawat inap. Saat ada pasien henti jantung yang datang ke Puskesmas, perawat jaga akan memusatkan perhatian dan tindakan kepada pasien tersebut, dan terpaksa mengabaikan pasien rawat inap yang ada. Salah seorang perawat mengatakan keadaan tersebut kadang menimbulkan kebingungan peran karena ia memiliki tanggung jawab pada pasien rawat inap, namun tidak dapat mengabaikan pasien henti jantung

yang baru datang. Menurut Cho *et al.*, (2003) penambahan beban kerja perawat ini dapat meningkatkan efek samping dan risiko akibat hospitalisasi seperti pasien jatuh, pneumonia, dan dekubitus.

Data lain yang berkaitan dengan SDM di salah satu Puskesmas ditemukan bahwa tenaga yang dinas di UGD selama 24 jam adalah tenaga perawat dan mereka tidak didampingi oleh dokter jaga saat menerima pasien (Data Primer, 2016). Bila ada pasien henti jantung yang datang, perawat Puskesmas akan melakukan penilaian pasien serta menentukan rencana tindakan yang akan diambil, setelah itu perawat akan memanggil dokter jaga. Permasalahannya, perawat yang melakukan tindakan tersebut sering merasa tidak yakin terhadap penilaian kegawatan jantung dan tindakan yang telah dilakukan, misalnya pada penilaian tidak terabanya nadi karotis serta upaya menginisiasi RJP. Watson (2006) mengatakan bahwa kesalahan penilaian kondisi klinis ini akan sangat mempengaruhi penatalaksanaan dan pilihan pertolongan yang tepat bagi pasien. Kondisi ini akan menurunkan kemungkinan kembalinya sirkulasi spontan (Hammond, 2013).

Data berikutnya yang ditemukan dari hasil studi pendahuluan adalah tiga perawat Puskesmas mengungkapkan bahwa RJP telah dilakukan selama 15-30 menit namun pasien tetap tidak tertolong. Dalam menginisiasi pelaksanaan RJP tersebut, perawat sering merasa ragu apakah tindakan yang dilakukannya akan menghasilkan respon positif karena muncul perasaan takut gagal dalam diri perawat saat melakukan RJP. Hasil studi Cole *et al.* (2001) menjelaskan bahwa pengalaman kegagalan perawat dalam melakukan RJP dapat menyebabkan rasa frustrasi, marah, perasaan bersalah, putus asa, dan perasaan tidak profesional. Perasaan tersebut dapat mengakibatkan perawat secara tidak sadar meragukan peran yang mereka harapkan dan berupaya menjauhi atau meminimalkan keterlibatan mereka dalam situasi gawat darurat yang menjadi tanggung jawabnya (Rajeswaran, 2009).

Fenomena lain yang ditemukan dalam penatalaksanaan OHCA adalah perawat sering merasa kesulitan dalam mengenali tanda henti jantung. Guyton & Hall (2016) menyatakan bahwa henti jantung dapat dikenali dengan tidak terabanya nadi karotis, penurunan kesadaran, serta pernapasan yang abnormal. Pada umumnya, perawat sering menyalahartikan *agonal gasping* sebagai napas normal dalam 40% kejadian henti jantung (Bobrow, 2008). Hal ini dapat mengakibatkan keterlambatan dalam menginisiasi resusitasi (Hammond, 2013). Hambatan tersebut menyebabkan perawat

merasa tidak mudah untuk segera memutuskan melakukan tindakan resusitasi (Hui, 2011).

Selain itu, ditemukan masalah lain bahwa perawat sering merasa cemas dalam melaksanakan RJP karena keluarga yang membawa korban henti jantung merasakan panik (Data Primer, 2016). Situasi tersebut dirasakan perawat dapat mempengaruhi proses pengambilan keputusan, meningkatkan stress kerja, serta menyebabkan perawat mengalami kelelahan fisik dan emosi (Rajeswaran, 2009).

Permasalahan mengenai penanganan henti jantung yang beragam, seperti ketiadaan dokter jaga dan AED di UGD Puskesmas, tindakan RJP yang melewati *response time*, kesulitan perawat dalam mengenali tanda henti jantung serta peran ganda perawat di UGD dan rawat inap akan sangat berpengaruh pada perawat sebagai individu yang terlibat secara langsung. Setiap perawat akan memiliki permasalahan dan pengalaman tersendiri dalam menghadapi fenomena tersebut.

Penelitian ini bertujuan untuk memaknai pengalaman perawat Puskesmas Kota Malang dalam penatalaksanaan OHCA. Kondisi Puskesmas yang tidak dilengkapi dengan fasilitas yang dibutuhkan untuk menolong pasien henti jantung serta keterbatasan lainnya akan memunculkan berbagai permasalahan dari sudut pandang perawat yang unik. Penelitian dan literatur yang terkait dengan pembahasan topik ini belum banyak diuraikan secara komprehensif dan mendalam sehingga eksplorasi terhadap pengalaman perawat Puskesmas dalam menolong pasien henti jantung penting untuk dilakukan.

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif, dilakukan di Puskesmas Kedungkandang dan Puskesmas Kendalkerep pada tanggal 3 Juni – 29 Juli 2016. Partisipan penelitian pada awalnya ada 7 orang, dan dipilih sebanyak 4 orang disesuaikan dengan tujuan penelitian dengan kriteria memiliki pengalaman dalam melakukan penatalaksanaan OHCA, pendidikan minimal DIII, memiliki sertifikat BLS dan atau ACLS, bersedia menjadi partisipan, serta mampu memahami dan menggunakan bahasa Indonesia. Saat peneliti melakukan pengumpulan data dalam tahap studi pendahuluan, peneliti menemukan ada tujuh partisipan, enam perawat di Puskesmas Kedungkandang, dan satu perawat di Puskesmas Kendal Kerep. Namun ketika peneliti melakukan proses wawancara, peneliti menemukan adanya

pengalaman yang berbeda dengan yang diinginkan oleh peneliti. Satu perawat menemui pasien henti jantung saat melakukan praktek profesi, serta dua perawat menghadapi pasien henti jantung yang langsung diperiksa oleh dokter dan divonis meninggal saat itu juga.

Peneliti kemudian menjelaskan *inform consent*. Setelah mendapatkan persetujuan dilakukan kontrak selanjutnya berupa wawancara. Wawancara dilakukan dengan teknik wawancara mendalam menggunakan panduan wawancara semi terstruktur. Wawancara dilakukan selama 30-60 menit. Analisis data dilakukan dengan menggunakan *thematic analysis* oleh Braun & Clarke (2006) melalui enam tahapan yaitu *familiarizing yourself with your data* (mengenal data), *generating initial codes* (membuat kode awal), *searching for themes* (mencari tema), *reviewing themes* (mereview tema), *defining and naming themes* (mendefinisikan dan memberi nama pada tema) dan *producing the report* (menuliskan hasil). Penelitian ini telah mendapatkan keterangan laik etik di Poltekkes Kemenkes Malang.

C. HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian ini menemukan tujuh tema yang menggambarkan pengalaman perawat Puskesmas dalam melakukan penatalaksanaan henti jantung, yaitu: (1) berupaya mempertahankan profesionalisme dalam melakukan BLS, (2) memberikan dukungan psikologis yang bertujuan untuk menenangkan keluarga, (3), merasa terpenggil untuk memberikan pertolongan (4), memantapkan keinginan untuk menolong pasien, (5) tidak merasakan kepuasan batin setelah memberikan pertolongan, (6) menyadari bahwa pelayanan yang diberikan belum memenuhi standar untuk merawat pasien henti jantung, serta (7) mengharapkan ada perbaikan pelayanan bagi pasien henti jantung. Masing-masing tema akan dibahas dengan menggunakan kode P1 – P4 yang menunjukkan partisipan 1 sampai dengan 4. Pernyataan partisipan ditulis dengan menggunakan huruf italic.

E. Tema berupaya mempertahankan profesionalisme dalam melakukan BLS.

BLS merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan sebagai respons saat terjadi henti jantung untuk mengembalikan sirkulasi, dapat dilakukan oleh orang awam dan tenaga kesehatan. Tema ini berarti bahwa partisipan mengupayakan segala kemampuan yang dimiliki untuk menyelamatkan pasien. Ungkapan partisipan yang mendukung sebagai berikut.

“Pasien dengan henti jantung yang datang ke Puskesmas waktu itu, awalnya memiliki keluhan dada terasa berdebar-debar, dada terasa sakit di sebelah kiri, menjalar ke punggung, kalau menjalar ke leher atau tangan, atau ke rahang, kurang Kurang ... apa ya, pokok yang penting, yang sering, di punggung, terus pasien berkeringat, terus yaa,, kalau dari obyektifnya pasien tampak memegang dada sebelah kiri, terus, terkadang juga disertai sesak napas..” (P1)

Partisipan diatas mengungkapkan bahwa ia menemukan tanda dan gejala gangguan jantung yang muncul dengan cara mengidentifikasi keluhan yang didapatkan dari hasil anamnesis pasien dan keluarga. Hal tersebut menunjukkan partisipan sebelumnya telah memiliki pengetahuan tentang gangguan jantung yang kemudian digunakan untuk mengidentifikasi tanda dan gejala yang muncul pada pasien.

“Dari nadinya itu, kadang teraba, kadang ndak teraba, kadang regular, kadang ireguler, terus tensinya Cuma 60 palpasi waktu itu. Terus di auskultasi memang lemah detak jantungnya..” (P3)

Partisipan diatas mengungkapkan bahwa ia mengenali perubahan klinis yang terjadi pada pasien gangguan jantung dengan cara mengidentifikasi tanda dan gejala yang muncul pada pasien. Partisipan menemukan adanya perubahan pada denyut nadi dan tekanan darah pasien yang memperkuat dugaan bahwa kondisi pasien menunjukkan perubahan yang mengarah pada tanda-tanda henti jantung.

“..Saat itu pas dokternya perempuan, jadi ikut megang ambu bag. Saya yang kompresi. Pasien itu juga tidak diberikan obat, tidak dipasang infus. Saya Cuma melakukan RJP. Saat itu saya sudah menanyakan apa perlu ada tindakan medis lain yang dapat diberikan ke pasien, dokternya bilang RJP saja dulu pak. Ya akhirnya saya manut, ndak bilang apa-apa lagi. Takut salah..” (P4)

Makna dari pernyataan diatas adalah partisipan mengenali tanda dan gejala yang ditemukan bila ada pasien yang diduga mengalami henti jantung dibawa ke Puskesmas. Partisipan mengidentifikasi tanda dan gejala tersebut tersebut dengan cara meraba nadi karotis, memeriksa pernapasan, serta mengevaluasi status kesadaran pasien. Bila partisipan menemukan tanda dan gejala tersebut, maka partisipan telah memahami tanda dan gejala yang muncul pada pasien henti jantung.

BLS dilakukan dengan cara mengidentifikasi adanya tanda henti jantung serta melakukan RJP untuk mengembalikan sirkulasi spontan.

Partisipan mengungkapkan segera setelah pasien dicurigai mengalami henti jantung, ia segera melakukan BLS sebagai upaya untuk menyelamatkan pasien.

BLS yang dilakukan oleh partisipan diawali dengan memastikan apakah pasien benar-benar mengalami henti jantung. Partisipan mengatakan bahwa ia perlu melakukan beberapa pemeriksaan untuk menguatkan kecurigaan terhadap kondisi pasien.

"Ya kita curiganya kesitu, kan nadinya sudah ndak ada. GCS-nya juga turun waktu itu..." (P2)

".. pas ditengah-tengah itu, pasiennya kejang. Terus dilihat nadinya lemah, tensinya ndak terukur. Jantungnya masih terdengar, cuman tambah lemah tambah lemah.." (P3)

Setelah pasien dipastikan mengalami henti jantung, partisipan mengungkapkan tentang perlunya dilakukan RJP segera setelah nadi karotis tidak teraba. RJP dilakukan partisipan dengan memberikan kompresi pada dada sebanyak 30 kali dan dilanjutkan dengan dua kali ventilasi secara terus-menerus. Hal ini diungkapkan partisipan dengan pernyataan:

"..pasien posisinya duduk, kemudian pasien tampak tercekik, pasiennya roboh. Saya spontan cek nadinya, nadi tidak ada, saya langsung kompresi." (P1)

"Kalau nadinya ndak teraba.. ya kita curiganya kesitu. Kan menurut pelatihan BLS kan gitu. Kalau ndak ada nadi kita langsung RJP.." (P2)

"Pas lagi nebul pasiennya kejang. Dicek tensi lemah. Saya spontan cek nadi, nadi ndak ada. Langsung RJP.." (P3)

"Ya awalnya kita evaluasi, begitu nadi ndak teraba saya langsung RJP.." (P4)

Dalam konteks ini, partisipan juga mengungkapkan bahwa RJP perlu dilakukan sampai pada batas kemampuan partisipan dan Puskesmas sebagai bentuk upaya mengembalikan respons sirkulasi spontan yang berhenti. Hal ini diungkapkan partisipan dengan pernyataan:

"Ya kita lakukan sesuai dengan teorinya, kita RJP semampu kita. Kalau ndak ada alat atau obat yawes kompresi saja terus.." (P2)

Makna dari pernyataan partisipan diatas adalah usaha melakukan RJP perlu dilakukan sesuai dengan batas kemampuan yang ada. Kemampuan yang dimaksud oleh partisipan adalah kemampuan fisik

partisipan dan perawat lainnya untuk melakukan kompresi saja, mengingat pada saat pelaksanaan RJP tersebut, partisipan sedang berada di Puskesmas pembantu yang tidak dilengkapi dengan alat ventilasi dan obat-obatan *life saving*.

“Semua tindakan dilakukan untuk menolong pasien, ya kita RJP, kita kasih oksigen, sebaiknya ya sampai pasiennya kembali..” (P3)

Partisipan diatas mengungkapkan bahwa usaha RJP yang berlangsung, dilakukan untuk mengembalikan sirkulasi spontan pasien sebagai bentuk upaya untuk memberikan pertolongan pada pasien. Sirkulasi spontan merupakan keadaan dimana jantung berkontraksi sendiri tanpa adanya bantuan mekanik dari luar, yang dapat diidentifikasi dengan meraba denyut nadi karotis. Bila denyut nadi karotis telah teraba, berarti sirkulasi telah berlangsung secara spontan.

Saat menerima pasien dengan gangguan jantung, partisipan melakukan pemeriksaan awal terhadap keluhan dan tanda-tanda vital pasien terlebih dahulu sebelum akhirnya memberitahukan keadaan pasien tersebut kepada dokter jaga Puskesmas. Hal ini diungkapkan partisipan sebagai berikut:

“..pasien tersebut saya terima terlebih dahulu, sudah saya lakukan anamnesa dan pemeriksaan TTV, kemudian diperiksa dokternya, dicek EKG, dan apa, masuk obat-obatan ASA 300 mg, CPG 75 mg, terus ditambah ISDN..” (P1)

Partisipan diatas mengungkapkan bahwa, dalam melakukan pelayanan bagi pasien di UGD Puskesmas, partisipan bertugas untuk mengumpulkan data dasar yang akan digunakan sebagai laporan keadaan awal pasien kepada dokter jaga. Setelah pasien diperiksa, dokter akan memberikan advis tentang pemeriksaan lanjutan dan terapi yang dibutuhkan kepada perawat untuk diberikan pada pasien. Semua tindakan tersebut dilakukan agar keadaan pasien membaik dan henti jantung tidak terjadi.

RJP merupakan tindakan yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan dan orang awam. Sebagai salah satu tenaga kesehatan yang tersedia di Puskesmas, perawat memiliki kewenangan untuk melakukan RJP. Namun partisipan memandang bahwa kehadiran perawat saja tidak cukup untuk melaksanakan RJP. Mereka membutuhkan dokter jaga untuk memimpin RJP. Partisipan juga mengungkapkan bahwa adanya dokter selama pelaksanaan RJP

membuat mereka merasa tenang karena ada tenaga yang dianggap lebih kompeten dalam menolong.

Selama pelaksanaan RJP di UGD Puskesmas, partisipan menyerahkan semua keputusan terkait tindakan yang akan dilakukan kepada dokter yang ada saat itu. Partisipan tidak berani mengambil keputusan berkaitan dengan upaya pertolongan selain RJP. Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

“Begitu pasiennya roboh, saya spontan melakukan RJP. Dokternya dipanggil oleh bidan, saya RJP. Dapat dua atau tiga siklus dokternya datang dan memberikan ventilasi. Kami bergantian melakukan RJP... (P1)

Partisipan diatas mengungkapkan bahwa ia mampu melakukan proses kerja sama yang baik dengan dokter. Saat pasien telah dipastikan mengalami henti jantung, partisipan kemudian melakukan RJP dan meminta bantuan bidan jaga untuk memanggil dokter yang saat itu sedang berada di ruang poliklinik. Setelah dokter tiba, dokter melakukan pemberian ventilasi dan bersedia untuk bergantian melakukan RJP dengan partisipan.

“Saat itu saya langsung periksa nadinya, karena saat itu dokternya sedang memeriksa pasien. Jadi kita inisiatif RJP duluan. Tapi tetep kita minta untuk datang dampingi kita. Dapat tiga siklus dokternya baru datang, kita dikasih instruksi untuk RJP terus. Ya akhirnya kita gentian RJP..” (P2)

“Pas pasiennya kejang itu, saya minta tolong ke bidan jaga untuk memanggil dokternya. Saya RJP saja sampai dokternya datang..tidak ada instruksi lain” (P3)

Makna dari pernyataan kedua partisipan diatas adalah partisipan memercayakan sepenuhnya semua keputusan kepada dokter sebagai penanggung jawab pasien. Partisipan mengungkapkan ia melakukan tindakan sesuai dengan apa yang diperintahkan dokter. Partisipan juga berpendapat bahwa seharusnya ada proses komunikasi dua arah yang dapat terjadi sebagai bentuk kerja sama saat melakukan resusitasi. Namun hal tersebut tidak terjadi dan partisipan merasa sudah melakukan tanggung jawabnya sesuai dengan batasan wewenang perawat selama melakukan RJP di UGD Puskesmas.

RJP merupakan tindakan yang dapat dihentikan sesuai prosedur jika pasien menunjukkan tanda-tanda kembalinya sirkulasi spontan, pasien tidak menunjukkan respons terhadap tindakan, dan penolong

sudah merasa kelelahan. Hal ini diungkapkan partisipan sebagai berikut:

“..saya penolong pertama, dokternya penolong kedua, ada penolong lain yang membawa senter untuk melihat pupil apa masih bereaksi atau sudah midriasis sempurna. Terus kalau sudah midriasis sempurna ya sudah, yang menghentikan RJP itu dokternya...” (P1)

“Setelah tiga siklus, cek nadi, cek pupil ndak ada, ya sudah kita hentikan. Kan ndak ada responnya, dicek nadi tetap ndak teraba, napasnya juga ndak kembali...” (P4)

Partisipan diatas mengungkapkan bahwa upaya RJP dinyatakan untuk dihentikan setelah partisipan mengevaluasi respons korban berupa tidak kembalinya denyut nadi karotis dan pernapasan pasien. Tidak munculnya denyut nadi dan napas tersebut menunjukkan tidak adanya respons sirkulasi yang muncul pada pasien henti jantung.

Selain itu, partisipan mengungkapkan bahwa RJP dapat dihentikan jika partisipan telah merasa kelelahan. Kelelahan partisipan ini muncul sebagai kepenatan; kepayahan, yang ditandai oleh adanya kelelahan, kejenuhan, ketegangan otot, serta secara umum tingkat energinya rendah. Hal ini diungkapkan partisipan dalam pernyataan berikut:

“Jadinya kan peraturannya kalau memang petugas sudah lelah ya sudah. Ndak harus diteruskan. Kan kita lihat juga keadaan pasiennya...” (P2)

Partisipan diatas mengungkapkan bahwa ia memutuskan untuk mengakhiri proses RJP setelah merasakan kelelahan fisik. Rasa lelah terjadi karena partisipan berusaha mengerahkan tenaganya untuk melakukan RJP sebagai usaha untuk menyelamatkan pasien.

F. Tema memberikan dukungan psikologis yang bertujuan untuk menenangkan keluarga

Dukungan psikologis ini diberikan perawat kepada keluarga ketika pasien sedang diberikan tindakan RJP dan kemudian dinyatakan tidak tertolong untuk menimbulkan rasa tenang. Hal ini diungkapkan partisipan dalam pernyataan berikut:

“Keluarganya itu ikut masuk, membantu kita didalam, ikut bantu mindahkan pasien ke bed. Ya ikut liat kita RJP juga. Tapi saya kasih tau ke keluarga biar tetap tenang, ndak panik duluan...” (P3)

“Waktu itu keluarganya juga panik. Jadi kita juga berusaha menenangkan keluarga. memberi penjelasan kalau kita sudah

berusaha sebaik-baiknya supaya keluarga mau mengerti, mau menerima keadaan pasien..” (P4)

G. Tema merasa terpanggil untuk memberikan pertolongan

Merasa terpanggil tersebut muncul dari dalam hati, bersamaan dengan munculnya perasaan tanggung jawab akan kewajibannya sebagai perawat. Hal ini diungkapkan partisipan dalam pernyataan berikut:

“Ya ingin menolong orang. Kita berusaha menolong orang lain..” (P3)

“Disini masyarakatnya juga masih sering datang kesini untuk berobat. Berarti masyarakat masih percaya sama kita..” (P4)

“..ada pasien yang datang dengan keadaan yang sudah jelek. Maksudnya ... waktu itu pasiennya kesetrum ya, pasien dibawa ke Puskesmas tapi nadinya sudah ndak ada. Ya meskipun sudah kelihatan jelek, tetap harus kita tolong, kalau bukan kita ya siapa lagi yang bisa bantu...” (P2).

H. Tema memantapkan keinginan untuk menolong pasien

Munculnya respons psikologis ini merupakan manifestasi dari keadaan batin partisipan sewaktu menghadapi situasi kegawatdaruratan jantung. Hal tersebut diungkapkan partisipan dalam pernyataan berikut:

“Ya kaget ya mbak. Kagetnya ya karena pasien ini sudah kelihatan jelek gitu, kita ndak tau pasien ini mau diapakan. Dari kejadian juga sudah sekitar 30 menit baru dibawa ke Puskesmas...” (P2)

“Selama RJP, wes ndak karu-karuan rasanya, campur aduk. Nanti pasien ini tertolong apa ndak. Selama disini saya ndak pernah dapat kejadian seperti itu, jadi ya takut, tertekan..” (P3)

“Jadi pas tindakan itu ya agak...agak ndak yakin gitu ya. Soalnya, pas itu, saya belum dapat informasi tentang perubahan BLS. Jadi yawes lakukan saja dengan sebisanya gitu, meskipun ya ndak yakin juga...” (P4)

Berdasarkan kutipan diatas, partisipan sempat merasakan perasaan tidak keruan, takut, dan tertekan. Partisipan merasa takut dalam melakukan tindakan karena sebelumnya tidak pernah mendapatkan pasien henti jantung di Puskesmas. Partisipan juga merasa takut tidak mampu memenuhi harapan keluarga dan takut gagal dalam memberikan pertolongan. Namun partisipan memandang semua jenis

kekhawatiran tersebut harus dapat diatasi sembari memikirkan apa yang harus dilakukannya untuk menyelamatkan pasien.

I. Tema Tidak merasakan kepuasan batin setelah memberikan pertolongan

Partisipan tidak merasakan kepuasan batin setelah memberikan pertolongan karena tidak mampu menyelamatkan pasien meskipun telah berusaha untuk memberikan pertolongan sesuai kemampuannya. Hal tersebut diungkapkan partisipan dalam pernyataan berikut:

“Saat melihat pasien itu.. ya gimana ya, kasihan.... Saya ndak tega mbak...” (P4)

“Saya sebagai perawat, ya berempati atas musibah yang dialami oleh pasien dan keluarganya..” (P1).

“Ya meskipun kita ini perawat, tapi kan kita juga harus bisa melakukan resusitasi. Malah ya.. seharusnya banyak yang bisa kita lakukan, seperti pasang infus, ngasih obat, kalau bisa harusnya ya dirujuk juga mbak..” (P4).

“Jadi pas tindakan itu ya agak...agak ndak yakin gitu ya. Soalnya, pas itu, saya belum dapat informasi tentang perubahan BLS. Jadi yawes lakukan saja dengan sebisanya gitu, meskipun ya ndak yakin juga...” (P4)

Partisipan diatas mengungkapkan bahwa saat ia menerima pasien henti jantung, ia merasakan tidak yakin. Perasaan tidak yakin yang muncul dalam diri partisipan tersebut muncul karena partisipan mengaku belum mendapatkan informasi terkait perubahan pnemonic dalam pelaksanaan BLS.

“maksudnya kalau update BCLS yang sekarang kan beda to, dulu kan ABC to, kalo sekarang airway dibalik, jadi circulationnya dulu. Jadi pas itu ya kita masih ngecek airway dulu. Ternyata salah ya, sudah diganti CAB. Ya gimana ya.. mungkin karena belum ikut pelatihan itu, jadi masih bingung...” (P2)

Pernyataan partisipan diatas mengungkapkan bahwa ia merasa bingung terkait pelaksanaan BLS. Bingung merupakan perasaan kurang jelas tentang sesuatu, kurang mengerti. Partisipan diatas mengaku belum mendapatkan informasi terkait perubahan urutan pnemonic dalam BLS sehingga partisipan merasa tidak mengerti tentang pelaksanaan BLS.

“Kurang puas, ya karena ndak bisa memberikan sesuai harapan keluarga, pasiennya ndak ada perkembangannya. Padahal saya sudah RJP, oksigen juga sudah...” (P1)

“Ya pokoknya kita berusaha saja yang terbaik. Pasiennya tertolong atau tidak itu kan kuasanya Allah..” (P2)

Partisipan tersebut mengungkapkan bahwa setelah diberikan pertolongan keadaan pasien tidak menunjukkan adanya perbaikan yang diharapkan. Partisipan merasa tidak lega, kecewa, dan kurang puas terhadap pelayanan yang telah diberikannya kepada pasien padahal seharusnya ada hal lain yang dapat diberikan untuk menyelamatkan pasien, misalnya merujuk pasien ke rumah sakit.

J. Tema Menyadari bahwa pelayanan yang diberikan belum memenuhi standar untuk merawat pasien henti jantung

Konteks ini muncul untuk menjelaskan pandangan dan tanggapan perawat terhadap kelayakan pelayanan yang diberikan terkait penatalaksanaan henti jantung.

“Ya kalau untuk resusitasi, tenaganya jelas kurang ya, harusnya kan kita bisa gentian RJP, ada yang masukkan obat. Kalau perawatnya sendirian ya tidak bisa...” (P2)

“Pasiennya harusnya diberikan injeksi adrenalin ya, cuman kita juga ndak berani. Wong ndak ada instruksi. Dari segi keperawatan harusnya kan kita ada kolaborasi..” (P3)

“.. yo kompresi aja, mau ngapain lagi..” (P1)

“Kalau selama pelatihan, prehospitalnya dituntut lengkap ini itu, baik itu alat, obat, keterampilan, pengetahuan, tapi kami di Puskesmas adanya ini, ya kami memanfaatkan semaksimal mungkin apa yang ada di Puskesmas untuk menolong pasien, meskipun alat sama obat-obatan juga tidak mencukupi..” (P1)

K. Tema mengharapkan ada perbaikan pelayanan bagi pasien henti jantung

Partisipan mengharapkan ada perbaikan pelayanan bagi pasien henti jantung yang diberikan oleh berbagai pihak untuk meningkatkan kualitas pelayanan terhadap pasien. Hal tersebut diungkapkan partisipan dalam pernyataan berikut:

“Memang seharusnya secara rutin itu ada pelatihan. Ilmunya di update lagi. BLS-nya, PPGD-nya. Kan soalnya kalau ga pernah diaplikasikan ke pasien lama-lama ya lupa. Makanya perlu di update tiap berapa lama gitu ya..” (P4)

“BLS bagi masyarakat itu penting. Jadi kita bersama-sama dengan dokter perlu memberikan pelatihan BLS ke masyarakat. Soalnya biar pasien henti jantung itu di RJP dulu dirumah. Jadi pasien dibawa kesini itu sudah dikasih tindakan, mungkin oleh saudaranya yang sudah bisa RJP..” (P3)

“Ya kalau ada dokternya kan kita kerja lebih enak, kita merasa lebih tenang. Terus kita bisa dapat ilmu, kalau keadaannya gini, tindakannya ini..” (P3)

“Terus sarana dan prasarananya ditambah, ini kan UGD. Jangan kayak gini, sudah obat sama tenaganya terbatas, alat juga ndak ada..” (P4)

D. PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menggambarkan pengalaman perawat Puskesmas dalam melakukan penatalaksanaan OHCA dimana ditemukan 7 tema yang saling berkaitan. Interpretasi ini merupakan hasil dari penggabungan informasi yang didapatkan dari semua partisipan selama penelitian, yang kemudian dirujuk pada teori yang ada atau penelitian yang berkaitan sebelumnya, sehingga menghasilkan makna yang bersifat kontekstual dan dapat merangkai kerangka pengalaman partisipan sebagai sebuah makna yang utuh.

Merawat pasien baik yang masih berada pada tahap gangguan jantung maupun yang sudah mengalami henti jantung di UGD Puskesmas dipandang oleh partisipan sebagai suatu usaha untuk menembus dependensi demi mempertahankan profesionalisme. Perawat mengalami respons psikologis berupa adanya perasaan terpenggil untuk memberikan pertolongan, perasaan tidak siap dalam menghadapi pasien henti jantung, serta perasaan bersalah karena tidak mampu berkontribusi secara maksimal.

BLS (*Basic Life Support*) merupakan tindakan dasar untuk menyelamatkan nyawa pasien setelah terjadinya henti jantung. Aspek fundamental dalam BLS bagi korban dewasa meliputi deteksi dini tanda henti jantung dan aktivasi sistem respons gawat darurat, pelaksanaan RJP, serta pemberian defibrilasi dengan menggunakan AED (*automatic external defibrillation*) sesegera mungkin (Kleinman, 2015). Rangkaian tindakan BLS tersebut merupakan hal yang dapat dilakukan perawat di UGD Puskesmas sebaik-baiknya, dengan mempertimbangkan segala keterbatasan yang ada dalam diri perawat dan Puskesmas. Idealnya BLS dapat mulai dilakukan segera setelah pasien dipastikan mengalami henti jantung oleh

siapapun yang menemukan pasien tersebut. Bila pasien henti jantung ditemukan oleh orang awam, maka ia harus mengaktifasi EMS (*emergency medical service*) dan melakukan *hands-only CPR* hingga ada penolong yang datang mengambil alih pertolongan atau hingga denyut nadi pasien teraba, atau jika ia merasa kelelahan. Dan bila pasien henti jantung ditemukan oleh tenaga kesehatan, maka penolong harus mengaktifasi *rapid response team* (RRT) dan meminta defibrillator (Terzi *et al*, 2011). Selama menunggu bantuan datang, penolong harus melakukan RJP dengan rasio 30:2 (Kleinnman, 2015). Hal tersebut berarti bahwa BLS merupakan kegiatan yang harus dilakukan secara spontan dan simultan sekurang-kurangnya empat menit sejak henti jantung terjadi. Apabila henti jantung terjadi lebih dari 4 menit tanpa ada RJP maka dapat mengakibatkan terjadinya kematian pada sel-sel otak dan dapat menyebabkan kematian pada seluruh organ vital tubuh hanya dalam waktu 10 menit (Guyton & Hall, 2016).

Saat menerima pasien dengan gangguan jantung, perawat perlu melakukan pemeriksaan yang dapat digunakan sebagai data yang dapat mengarah pada suatu kasus tertentu. Perawat melakukan pengamatan terhadap keadaan umum pasien dan menemukan tanda dan gejala yang akhirnya disimpulkan sebagai gangguan jantung. Kemampuan perawat tersebut didapatkan dari pengetahuan yang telah didapatkan sebelumnya melalui pendidikan dan pelatihan yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan dan juga perawat sendiri telah mengikuti seminar tentang kegawatdaruratan jantung secara mandiri.

Di Indonesia, perawat menghadapi beragam tantangan dalam pelayanan henti jantung di *prehospital*. Permasalahan inti dari tantangan tersebut adalah kurangnya kemampuan dan keterampilan perawat dalam mengenali tanda dan gejala henti jantung. Bila perawat terlambat mengenali henti jantung, maka penanganannya akan terlambat pula. Selain itu, permasalahan tersebut juga dapat menyebabkan adanya dampak psikologis perawat seperti rasa khawatir, takut untuk melakukan tindakan, sehingga memunculkan rasa tidak percaya diri saat menemui pasien henti jantung karena merasa kurang kompeten dan kurang berpengalaman. Pengalaman yang dimiliki perawat ini akan sangat berkaitan dengan proses pengambilan keputusan sehingga akan berpengaruh terhadap pelayanan yang diberikan. Selain itu, perawat yang tidak didukung dari pihak terkait akan menyebabkan pelayanan *prehospital* di tempat tersebut menjadi sulit berkembang (Pitt dan Pusponegoro, 2005; Gunnarsson dan Stomberg 2008; Ebben *et al.*, 2012).

Saat pasien telah dipastikan mengalami henti jantung, maka saat itu pula perawat perlu segera melakukan RJP untuk tetap mengalirkan sirkulasi darah ke organ-organ vital. Menurut AHA (2015), RJP dilakukan dengan memberikan 30 kali kompresi dada dan dua kali ventilasi dengan memperhatikan kedalaman, kecepatan, dan memfasilitasi kembalinya dinding dada agar ruang jantung dapat terisi kembali oleh darah. Idealnya, RJP dilakukan terus menerus hingga pasien menunjukkan tanda-tanda ROSC (*return of spontaneous circulation*), atau hingga pasien tidak menunjukkan respons sirkulasi setelah tindakan dilakukan selama 30 menit, atau jika penolong telah merasa kelelahan (Morrison *et al*, 2010).

Salah satu tindakan yang perlu dilakukan untuk menolong pasien henti jantung adalah memberikan terapi defibrilasi dengan alat *DC shock* atau AED. Defibrilasi adalah terapi dengan cara memberikan aliran listrik yang kuat dengan metode asinkron ke jantung pasien melalui elektroda yang ditempatkan pada permukaan dada pasien. Tujuannya adalah untuk mengkoordinasikan aktivitas listrik jantung dan mekanisme pemompaan, ditunjukkan dengan membaiknya *cardiac output*, perfusi jaringan dan oksigenasi. AHA (2015) merekomendasikan agar defibrilasi diberikan secepat mungkin saat pasien mengalami gambaran VT atau VF, yaitu 3 menit atau kurang untuk *setting* rumah sakit dan dalam waktu 5 menit atau kurang dalam setting luar rumah sakit.

Berdasarkan hasil penelitian, perawat UGD tidak melakukan terapi defibrilasi karena alat tersebut tidak ada di UGD Puskesmas. Perawat memandang alat ini perlu disediakan di UGD Puskesmas mengingat pasien dengan kondisi yang gawat masih ada yang dibawa ke Puskesmas. Dalam penelitian lain tentang henti jantung di rumah sakit di Mesir, ditemukan bahwa AED juga tidak ditemukan dalam bangsal perawatan. Ketiadaan AED ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam memulai RJP serta mempengaruhi kepercayaan diri perawat selama resusitasi (Taha *et al.*, 2015). Agar mampu memberikan defibrilasi dini, perawat harus mampu berpikir secara kritis tentang bagaimana dan kapan AED digunakan. Selain itu, perawat harus memahami bahwa penggunaan AED ini merupakan tindakan esensial yang menjadi peran primernya dalam penatalaksanaan resusitasi. Dengan menggabungkan pelatihan BLS yang menyertakan penggunaan AED ini diharapkan perawat dapat mengakomodasi perannya dalam proses defibrilasi serta membantu menginisiasi pelaksanaannya.

Pada tahap deteksi dini tanda henti jantung, perawat melakukan pemeriksaan status kesadaran, meraba denyut nadi karotis, serta melihat

naik turunnya gerakan dinding, yang digunakan untuk memastikan apakah pasien benar-benar mengalami henti jantung. Dalam pelaksanaannya, adakalanya perawat menghadapi pasien yang menunjukkan tanda-tanda akan mengalami henti jantung. Saat menemui situasi tersebut, perawat melakukan observasi intensif terhadap tanda-tanda vital dan keluhan pasien, serta tetap mengupayakan untuk memberikan terapi oksigen dan obat-obatan sebagai bentuk kolaborasi dengan dokter. Pasien kemudian sebaiknya disiapkan untuk dirujuk ke sarana kesehatan dengan fasilitas dokter spesialis jantung, kateterisasi, dan ICU untuk menemukan penyebab gangguan yang dialami oleh pasien sebagai bentuk kesadaran perawat akan tanggung jawabnya untuk memberikan pelayanan yang komprehensif (Terzi *et al*, 2011).

Untuk mendapatkan hasil terbaik saat melakukan penatalaksanaan henti jantung, perlu diperhatikan aspek kerja sama tim yang melibatkan koordinasi dan interaksi yang adekuat antar anggota tim. AHA (2015) merekomendasikan bahwa upaya resusitasi harus dilakukan dalam tim yang bekerja secara dinamis. Idealnya, resusitasi dilakukan oleh enam orang pada satu pasien henti jantung. Deskripsi kerja anggota tim antara lain satu petugas di jalan napas dan ventilasi yang dapat bergantian dengan petugas yang memberikan kompresi dada, satu petugas obat-obatan, satu petugas defibrilasi, satu *observer* yang sekaligus mencatat semua kronologis tindakan yang dilakukan, dipimpin oleh seorang *team leader* yang mampu melakukan analisis situasi dan membagi deskripsi kerja serta memiliki kemampuan kepemimpinan dan komunikasi yang baik. Setiap anggota tim wajib memiliki sikap saling menghormati dan dapat memberikan saran selama pelaksanaan resusitasi (Kleinnman *et al*, 2015).

Selama melakukan penatalaksanaan henti jantung, perawat harus memiliki komitmen yang kuat saat berada dalam tim. Komitmen tersebut merupakan wujud integritas perawat dalam berkolaborasi dengan sesama anggota tim dengan memperhatikan otonomi kerja masing-masing petugas. Rendahnya otonomi perawat terlihat dimana ia tidak yakin dan selalu bertanya kepada dokter mengenai tindakan keperawatannya padahal semestinya ia memiliki kesempatan yang sama untuk dapat mengubah dan mengambil keputusan sendiri dalam hal pelaksanaan tindakan (Lumbanraja & Nizma, 2011).

Henti jantung merupakan salah satu kondisi kegawatdaruratan jantung yang dapat meninggalkan trauma emosional bagi keluarga pasien. Saat pasien dinyatakan mengalami henti jantung, respons keluarga yang muncul

antara lain panik, histeris, tidak menerima keadaan, serta berduka (Schmidt, 2010). Kejadian tersebut dapat mengganggu pelaksanaan resusitasi sehingga perawat perlu melakukan tindakan untuk menenangkan keluarga. Rasa panik yang muncul berasal dari adanya kebingungan, ketidaktauhan, dan ketakutan sehingga tidak dapat berpikir dengan tenang.

Bentuk dukungan psikologis yang diberikan oleh perawat merupakan salah satu respons perawat yang terjadi sebagai bentuk empati dan keprihatinan atas penderitaan pasien dan keluarganya. Hal tersebut merupakan respons yang wajar karena situasi yang sedang terjadi merupakan situasi yang tidak diharapkan baik oleh keluarga pasien dan perawat. Dukungan psikologis merupakan kenyamanan fisik dan psikologis, perhatian, penghargaan, maupun bantuan dalam bentuk yang lainnya yang diterima individu dari orang lain ataupun dari kelompok yang membuat orang tetap berani, bersemangat, bergairah, berdisiplin, dan sebagainya. Perawat memberikan dukungan psikologis dengan mengucapkan kata-kata yang menunjukkan empati dan menenangkan keluarga, memberikan penjelasan tentang kondisi pasien dan tindakan yang telah diberikan, serta menyadarkan keluarga bahwa semua usaha hendaknya dikembalikan pada Tuhan yang memiliki nyawa manusia. Tindakan tersebut dilakukan perawat dengan tujuan agar keluarga dapat tenang kembali dan mau menerima keadaan pasien.

Perasaan terpanggil merupakan perasaan berkewajiban atau bertanggung jawab yang muncul sebagai respons psikologis perawat ketika menerima pasien henti jantung. Perasaan terpanggil ini berasal dari dalam diri perawat dan merupakan bentuk tanggung jawab dan kesadaran diri untuk memberikan pertolongan sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. Perawat memandang bahwa perasaan ini merupakan motivasi yang mendorong perawat untuk menerima pasien atas dasar kesukarelaan, kesediaan, dan berjuang sepenuh hati untuk menyelamatkan pasien, bersamaan dengan munculnya perasaan tanggung jawab akan kewajibannya sebagai perawat.

Motivasi adalah dorongan yang timbul pada diri seseorang secara sadar atau tidak sadar untuk melakukan suatu tindakan dengan tujuan tertentu (KBBI, 2016). Motivasi merupakan kondisi yang berpengaruh membangkitkan, mengarahkan, dan memelihara perilaku yang berhubungan dengan lingkungan kerja (Mangkunegara, 2005). Motivasi kerja yang semakin tinggi menjadikan perawat mempunyai semangat yang tinggi untuk memberikan pelayanan yang terbaik (Mudayana, 2010).

Motivasi dapat berasal dari internal dan dari eksternal (Mangkunegara, 2005). Motivasi internal perawat berasal dari pandangan perawat bahwa dirinya mampu memberikan pertolongan kepada pasien henti jantung karena ingin menyelamatkan orang lain. Hal tersebut bermakna bahwa perawat memiliki kemuliaan hati serta kepedulian, yang dengan penuh kesadaran mampu merasakan penderitaan pasien dan keluarganya serta membawa dirinya untuk bersungguh-sungguh mengerahkan segenap kemampuan dan tenaga yang dimiliki untuk menolong pasien. Perawat juga memandang salah satu kepuasan batin yang diperoleh dengan menjadi perawat adalah dapat meringankan penderitaan orang lain dengan membantu pasien yang mengalami kondisi gawat darurat. Hampir semua perawat merasa hati tersentuh pada pasien yang mereka rawat. Rasa tersentuh ini berasal dari adanya rasa belas kasih yang membuat perawat mampu merasakan empati atas musibah yang dialami pasien dan keluarganya. Terciptanya perasaan ini secara sadar maupun tidak, timbul dari dalam diri naluri individu sendiri karena perawat terlibat secara langsung dalam usaha untuk memberikan pertolongan kepada pasien. Empati muncul setelah perawat merasakan adanya kepedulian pada pasien yang sedang berada dalam penderitaan.

Selanjutnya, motivasi eksternal perawat berasal dari adanya perasaan dibutuhkan oleh masyarakat. Perasaan dibutuhkan ini merupakan perasaan dimana partisipan merasa penting, dan kehadirannya di UGD Puskesmas memiliki manfaat bagi masyarakat sekitar. Perasaan tersebut merupakan manifestasi yang berasal dari dalam diri perawat karena ia menilai dirinya memiliki peran yang penting dalam memberikan pelayanan kesehatan. Kedua jenis motivasi tersebut membuat perawat mampu melakukan tindakan yang menjadi tanggung jawabnya dengan sungguh-sungguh demi menjunjung tinggi profesionalisme kerja. Nursalam (2014) menyatakan bahwa semakin tinggi motivasi seorang perawat, maka ia akan mampu menunjukkan performa kerja yang semakin baik sehingga profesionalisme akan semakin tinggi.

Memantapkan keinginan untuk menolong pasien henti jantung merupakan respons psikologis yang timbul dari keadaan batin perawat sewaktu menghadapi situasi kegawatdaruratan jantung. Respons psikologis merupakan tanggapan dari kondisi mental, psikis, dan kejiwaan yang muncul terhadap sesuatu. Respons psikologis perawat yang muncul adalah adanya perasaan kekhawatiran ketika menghadapi pasien henti jantung.

Munculnya kekhawatiran tersebut menyebabkan perasaan yang tidak tenang dan kurangnya rasa percaya diri perawat dalam melakukan tindakan.

Rasa khawatir memiliki makna bahwa perawat merasakan suasana hati yang tidak tenang, gelisah, dan cemas terhadap sesuatu yang belum diketahui dengan jelas. Perasaan yang tidak tenang tersebut merupakan hal yang wajar dan tidak dapat dihindari dalam situasi gawat darurat. Munculnya perasaan tidak tenang ini terjadi karena perawat merasa kaget saat mengetahui bahwa pasien yang harus ia tangani sudah berada dalam kondisi yang buruk. Perawat juga merasa takut melakukan tindakan karena sebelumnya tidak pernah mendapatkan pasien henti jantung di Puskesmas. Dalam situasi tersebut, perasaan takut yang dialami oleh perawat bermakna takut akan kegagalan dalam memberikan pertolongan dan takut tidak dapat memenuhi harapan keluarga pasien. Perawat merasakan kaget, bingung, dan takut sebagai respons psikologis saat menerima pasien karena kasus henti jantung merupakan kasus yang tidak pernah ditemui sebelumnya oleh perawat di UGD Puskesmas sepanjang karirnya. Kurangnya pengalaman perawat dalam suatu tindakan akan menimbulkan keragu-raguan serta mempengaruhi bagaimana perawat bersikap dan mengambil keputusan berkaitan dengan kondisi pasien (Jakeway *et al*, 2008).

Saat perawat menyadari bahwa pasien yang ditanganinya sudah mengalami henti jantung, perawat merasakan takut dalam pelaksanaan tindakan dan takut mengalami kegagalan. Namun respons psikologis tersebut dapat diatasi perawat, dan akhirnya perawat dengan sigap mampu berpikir tentang tindakan apa yang perlu dilakukan untuk menolong pasien tersebut.

Kegagalan perawat dalam menyelamatkan pasien merupakan salah satu kejadian yang dapat menimbulkan stress pada diri perawat (Drotske & De Villiers, 2007). Kegagalan tersebut dapat menimbulkan rasa bersalah yang merupakan respons psikologis perawat ketika tidak berhasil menyelamatkan nyawa pasien. Perawat mengetahui bahwa sebagai tenaga kesehatan, ia memiliki kewajiban yang sama untuk memberikan pertolongan karena memahami tentang situasi yang dialami pasien serta langkah apa yang seharusnya dilakukan agar dapat memenuhi profesionalisme kerja. Selain itu, perawat juga menyadari besarnya tanggung jawab yang dimiliki sebagai salah satu petugas Puskesmas. Adanya anggapan bahwa perawat yang bekerja di Puskesmas harus mampu melakukan banyak hal merupakan konsekuensi dari banyaknya tugas

perawat yang harus dikerjakan. Perawat berusaha menikmati peran tersebut dan tidak menjadikannya sebagai beban.

Semua pasien henti jantung yang dibawa ke UGD Puskesmas tidak mengalami ROSC. Perawat menyadari bahwa pasien henti jantung yang dibawa ke UGD layak mendapatkan pertolongan terbaik namun ternyata hal tersebut tidak terjadi dan menimbulkan penyesalan yang mendalam atas kegagalan yang terjadi. Berdasarkan hasil penelitian, perawat UGD Puskesmas mengalami perasaan kecewa karena tidak mampu melakukan tindakan sesuai dengan prosedur karena segala keterbatasan yang ada. Perawat juga merasa kurang puas dalam pelaksanaan RJP karena pada akhirnya pasien tidak berhasil ditolong. Terlepas dari semua itu, perawat merasa bahwa semua kejadian tersebut sudah digariskan oleh Tuhan. Perawat boleh merasa kecewa, tidak puas, dan marah, namun perawat berpandangan bahwa usaha terbaik harus tetap dilakukan sebagai bentuk ikhtiar dan kepasrahan, serta menyerahkan hasil akhirnya kepada Tuhan.

Perasaan batin yang tidak puas setelah memberikan pertolongan juga dapat berasal dari adanya rasa tidak percaya diri perawat dalam mengambil keputusan dan melakukan tindakan. Percaya diri merupakan perasaan yakin benar atau memastikan akan kemampuan atau kelebihan seseorang atau sesuatu (bahwa akan dapat memenuhi harapannya dan sebagainya). Kepercayaan diri menjadi modal bagi seorang perawat karena perawat dituntut untuk bersikap tegas, tidak boleh ragu-ragu dalam melaksanakan dan memenuhi kebutuhan pasien (Hadjam, 2001). Rasa tidak percaya diri ini muncul dari diri perawat yang merasa tidak kompeten terkait penatalaksanaan henti jantung.

Kompetensi yang baik didapatkan melalui pengembangan ilmu pengetahuan dan keterampilan melalui pelatihan yang diasah terus menerus, serta pengalaman tentang situasi tertentu yang akhirnya akan meninggalkan pengalaman yang berharga dalam diri perawat. Semua hal tersebut sulit didapatkan oleh perawat Puskesmas karena minimnya kesempatan untuk mengikuti pelatihan yang berkaitan dengan pertolongan pada pasien henti jantung. Menurut Mangkuprawira (2004), pelatihan merupakan sebuah proses yang mengajarkan pengetahuan dan keahlian tertentu serta sikap agar karyawan semakin terampil dan mampu melaksanakan tanggung jawabnya dengan semakin baik, sesuai dengan standar. Biasanya pelatihan merujuk pada pengembangan ketrampilan bekerja (*vocational*) yang dapat digunakan dengan segera. Banner (1982) dalam Jarrin (2007) menyatakan bahwa perawat dapat mengembangkan diri melalui pendidikan dan

pelatihan sehingga akan meningkatkan pengalaman dalam perawatan pasien. Perawat yang memberikan pelayanan gawat darurat di *prehospital* sangat membutuhkan pendidikan yang mendukung dalam proses pelayanan sehingga kompetensinya dapat diakui.

Dalam penatalaksanaan OHCA, Puskesmas merupakan salah satu aspek penyelenggara yang memegang peranan penting selama proses resusitasi berlangsung. Hasil dari penatalaksanaan OHCA sangat dipengaruhi oleh pengenalan awal dari tanda-tanda henti jantung serta penanganan resusitasi yang dapat diberikan oleh petugas Puskesmas. Masing-masing Puskesmas memiliki fasilitas yang berbeda baik dari segi sarana serta sumber daya manusia, dan hal ini sangat berpengaruh terhadap kapasitasnya dalam menyediakan pelayanan bagi kasus henti jantung. Berdasarkan perspektif ini, tingkatan pelayanan yang dapat diberikan oleh Puskesmas kemungkinan akan lebih rendah dari yang tersedia di rumah sakit tersier. Namun, Puskesmas sebagai penyelenggara kesehatan tingkat pertama, seharusnya dibekali dengan kemampuan pelayanan gawat darurat dasar untuk menunjang sistem pelayanan kesehatan yang optimal.

Kapasitas dari sebuah fasilitas pelayanan kesehatan akan ditentukan dari faktor sumber daya manusia dan faktor strukturnya. Sumber daya manusia yang dimaksud adalah jumlah dan komposisi tenaga kesehatan, serta jenis pelatihan yang pernah diikuti. Faktor struktur mencakup bangunan fisik, obat-obatan, alat kesehatan, serta perlengkapan khusus sesuai kebutuhan (Razzak & Kellermann, 2002). Berdasarkan hasil penelitian, perawat memandang bahwa pasien OHCA sebaiknya tidak dibawa ke Puskesmas. Kurangnya SDM yang berpengalaman dalam penatalaksanaan resusitasi, tidak adekuatnya proses kolaborasi dalam dinamika tim, serta keterbatasan sarana dan prasarana yang ada di UGD Puskesmas adalah kendala yang ditemukan perawat saat memberikan upaya pertolongan. Berbagai kendala tersebut dapat diselesaikan dengan dukungan dari Puskesmas dan dinas kesehatan yang memiliki kewenangan untuk memberikan kebijakan terkait penatalaksanaan OHCA.

Kasus OHCA dapat terjadi di mana saja sehingga diperlukan suatu sistem untuk meningkatkan kewaspadaan dari suatu kondisi gawat darurat yang digerakkan oleh masyarakat setempat. Kasus OHCA tidak dapat terpisah dari tanggung jawab masyarakat dan akses pelayanan kesehatan. Pasien yang mengalami henti jantung di tempat umum memiliki *survival rate* yang lebih baik, karena dalam beberapa kasus, masyarakat yang menyaksikan korban henti jantung akan menelpon EMS dan memberikan

hands-only CPR dengan panduan petugas EMS, sehingga resusitasi akan lebih cepat diberikan (Carlbom *et al.*, 2014). Berdasarkan hasil penelitian, layanan EMS belum tersedia sehingga keluarga memutuskan untuk langsung membawa pasien OHCA ke Puskesmas dengan harapan dapat segera diberikan pertolongan. Pertolongan pada pasien OHCA sebaiknya dilakukan segera setelah pasien ditemukan tidak sadar dengan melakukan BLS. BLS dapat dilakukan oleh masyarakat awam dengan *hands-only CPR* hingga ada bantuan medis yang datang.

Untuk mencapai penatalaksanaan yang efektif dalam henti jantung, harus dimulai dari respons segera dari saksi untuk mengenali tanda dan gejala henti jantung, aktivasi EMS, pemberian resusitasi jantung paru, serta penggunaan AED. Negara bersama-sama dengan departemen kesehatan dan pendidikan harus bekerja sama dengan organisasi profesi, kelompok masyarakat, sekolah dan perusahaan untuk mempromosikan kewaspadaan publik yang berkaitan dengan tanda, gejala, dan penatalaksanaan henti jantung. Program tersebut dapat dilakukan dengan pelatihan RJP dan penggunaan AED secara komprehensif dan terus-menerus, sehingga akan menciptakan budaya aktif masyarakat yang siap siaga terhadap kondisi gawat darurat dan memotivasi masyarakat untuk berespons saat menyaksikan korban henti jantung dengan segera dan efektif (Graham *et al.*, 2015).

E. KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini tidak menggali lebih jauh mengenai hal-hal yang mempengaruhi kegagalan dalam pelaksanaan resusitasi karena lebih mengutamakan pada perspektif perawat selama melakukan RJP. Keberhasilan dalam suatu resusitasi membutuhkan peran serta banyak pihak yang terkait dengan kebijakan, sehingga tidak dapat dilihat dari sisi perawat saja.

Penelitian ini juga tidak mengeksplorasi kualitas RJP yang dilakukan perawat selama pelaksanaan resusitasi. RJP yang berkualitas didapatkan dari SDM yang terlatih, sarana dan prasarana yang memadai, serta ketersediaan tim yang mampu bekerja secara dinamis.

F. IMPLIKASI KEPERAWATAN

Henti jantung merupakan kasus yang jarang ditemukan di Puskesmas. Hal tersebut mengakibatkan pengalaman perawat yang pernah memberikan pertolongan pada pasien henti jantung belum dapat mewakili eksplorasi

pengalaman perawat pada kasus tersebut secara umum. Beragamnya kasus pasien dengan henti jantung yang berbeda-beda pada tiap partisipan juga menimbulkan keragaman data sehingga belum menimbulkan asumsi yang sama pada kasus henti jantung di Puskesmas.

Selanjutnya, penelitian ini tidak menggali lebih jauh mengenai hal-hal yang mempengaruhi kegagalan dalam pelaksanaan resusitasi karena lebih mengutamakan pada perspektif perawat selama melakukan RJP. Keberhasilan dalam suatu resusitasi membutuhkan peran serta banyak pihak yang terkait dengan kebijakan, sehingga tidak dapat dilihat dari sisi perawat saja.

Penelitian ini juga tidak mengeksplorasi kualitas RJP yang dilakukan perawat selama pelaksanaan resusitasi. RJP yang berkualitas didapatkan dari SDM yang terlatih, sarana dan prasarana yang memadai, serta ketersediaan tim yang mampu bekerja secara dinamis.

G. KESIMPULAN DAN SARAN

Perawat berupaya melakukan BLS dengan kesadaran akan keterbatasan yang dimiliki dan memberikan dukungan psikologis yang bertujuan untuk menenangkan keluarga. Hal tersebut dirasakan perawat karena merasa terpanggil untuk memberikan pertolongan. Ketika menemui pasien henti jantung perawat merasa tidak siap menghadapi pasien henti jantung, dan setelah melakukan tindakan pertolongan perawat merasa bersalah tidak mampu berkontribusi secara maksimal namun tetap bekerja sesuai kemampuan. Perawat menyadari bahwa puskesmas bukan tempat yang ideal untuk merawat pasien henti jantung, sehingga mengharapkan ada perbaikan pelayanan bagi pasien henti jantung.

Diperlukan adanya peningkatan kompetensi perawat yang bertugas di UGD Puskesmas melalui pendidikan bantuan hidup lanjut (ACLS) dan pelatihan khusus prehospotal yang berkesinambungan untuk memperbaharui ilmu pengetahuan dan keterampilan klinis khususnya dalam bidang memberikan pertolongan bagi pasien henti jantung pada *setting* prehospotal. Disisi lain perlu dilakukan koordinasi pada tingkat dinas kesehatan, pemerintah kota dan pemerintah provinsi untuk kebijakan sarana dan prasarana UGD Puskesmas, sistem penanggulangan gawat darurat terpadu, serta penyelenggaraan pelatihan yang berkaitan bagi pelayanan pasien henti jantung.

Melakukan koordinasi pada tingkat dinas kesehatan, pemerintah.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti Y, Rachmawati NI. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Alfsen D, Møller TP, Egerod I, Lippert FK. (2015). Barriers to recognition of out-of-hospital cardiac arrest during emergency medical calls: a qualitative inductive thematic analysis. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(1). <http://www.sjtem.com/content/23/1/70>, accessed March 14, 2016.
- Alligood MR. (2014). *Nursing Theorists and Their Work, 8th Edition*. Saint Louis: Elsevier.
- American Heart Association. (2015). *Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC)*.
- Aschauer S, Dorffner G, Erdogmus A, Laggner A. (2014). A prediction tool for initial out-of-hospital cardiac arrest survivors. *Resuscitation*. 85, pp 1225–1231. <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.06.007>.
- Berdowski J, Berg RA, Tijssen JG, Koster RW. (2010). Global incidences of out-of hospital cardiac arrest and survival rates: A systematic review of prospective studies. *Resuscitation*, 81(11):1479–1487.
- Bon CA. (2015). *Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)*. <http://emedicine.medscape.com/article/1344081-overview> (online).
- Bobrow BJ, Clark LL, Ewy GA, Chikani V, Sanders AB, Berg, RA, Kern KB. (2008). Minimally interrupted cardiac resuscitation by emergency medical services for out-of-hospital cardiac arrest. *Journal of American Medical Association*, 299(10), 1158–1165.
- Boyd R. (2000). Witnessed resuscitation by relatives. *Resuscitation*, 43:171-176.
- Carlbom D, Doll A, Eisenberg M, Emert J, Husain S, et al. (2014). Strategies sudden cardiac arrest: an evidence-based analysis. Resuscitation Academy and King County Emergency Medical Services.
- Chan PS, McNally B, Tang F, Kellermann. (2014). Recent trends in survival from out-of-hospital cardiac arrest in the United States. *Circulation*, 130: 1876–1882.
- Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH, & Smith DG. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71–79.

- Christ J, Lorenz M. (2007). Significant improvement of the quality of bystander first aid using an expert system with a mobile multimedia device. *Journal of Resuscitation*. 74 pp: 286-295.
- Cole FL, Slocumb EM, Mastey JM. (2001). A measure of critical nurses' post-code stress. *Journal of Advanced Nursing*. 34 (3): 281-288.
- Creswell JW. (2013). Desain Penelitian: Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif. Jakarta: KIK Press.
- Drotske JS, De Villiers PJT. (2007). Resuscitation debriefing for nurses at the Accident and Emergency Unit of St Dominique's Hospital in East London (South Africa). *SA Fam Practice*, 49(10).
- Ebben RHA, Vloet CML, Donna MJS, Joke GA, Achterberg TV. (2014). An exploration of factors influencing ambulance and emergency nurses' protocol adherence in Netherland. *Journal of Emergency Nursing*, 40: 124-130.
- Fishman GI, Chugh SS, DiMarco JP, Albert CM, Anderson ME, et al. (2010). Sudden cardiac death prediction and prevention: report from a National Heart, Lung, And Blood Institute and heart rhythm society workshop. *Circulation*. 122; 2335-2348. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.976092.
- Forslund AS, Lundblad D, Jansson JH, Zingmark K, Söderberg S. (2013). Risk factors among people surviving out-of-hospital cardiac arrest and their thoughts about what lifestyle means to them: a mixed methods study. *BioMed Central Cardiovascular Disorders*. 13:62. doi:10.1186/1471-2261-13-62.
- Graham R, Eisenberg M, Atkins D, Aufderheide TP, Becker L, et al. (2015). Strategies to Improve Cardiac Arrest Survival: A Time to Act. Report Brief.
- Guyton AC, Hall JE. (2016). Cardiac arrhythmias and their electrocardiographic interpretation. In W. Schmitt (Ed.), *Textbook of Medical Physiology* (Vol. 13, pp. 287-288). Philadelphia: Elsevier Inc.
- Hadjam MNR. (2001). Efektivitas pelayanan prima sebagai upaya meningkatkan pelayanan di rumah sakit (Perspektif Psikologi). *Jurnal Psikologi*, 28(2), 105-115.
- Hammond BB. (2013). Cardiopulmonary arrest. In B. B. Hammond (Ed.), *Sheehy's Manual of Emergency Care*. St Louis: Elsevier, Inc.
- Hara M, Hayashi K, Hikoso S, Sakata Y, Kitamura T. (2015). Different impacts of time from collapse to first cardiopulmonary resuscitation on

- outcomes after witnessed out-of-hospital cardiac arrest in adults. *Circulation Cardiovascular Quality Outcomes*. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.115.001864. pp 277-284.
- Hazinski MF, Idris AH, Kerber RE, Epstein A, Atkins D, Tang W, MD; Lurie K. (2005). Lay rescuer automated external defibrillator programs: lessons learned from an international multicenter trial. *Circulation*, 111: 3336-3340. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.165674
- Jakeway CC, LaRosa G, Cary A, & Schoenfisch S. (2008). The role of public health nurses in emergency preparedness and response: A position paper of the association of state and territorial directors of nursing. *Public Health Nursing*, 25(4), 353-361.
- Jarrin OF. (2007). An integral philosophy and definition of nursing. *Journal of Integral Theory and Practice*, 2 (4): 79-101.
- Kleinman ME, Brennan EE, Goldberger ZD; Swor RA, Terry M, et al. (2015). Part 5: Adult basic life support and cardiopulmonary resuscitation quality. *Circulation*; 132 [2]: S414–S435. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000259.
- Kronick SL, Lin S, Kurz MC, Edelson DP, et al. (2015). Part 4: Systems of care and continuous quality improvement 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 132(18 suppl 2): S397–S413.
- Lim SH, Subbiah RN, Leong-Sit P, Gula LJ, Skanes AC, Yee R, Klein GK, Krahm AD. (2011). How to diagnose the cause of sudden cardiac arrest. *Cardiology Journal*, 18 (2):210–216. ISSN 1897–5593.
- Link, M.L., Berkow, L.C., Kudenchuk, P.C., Halperin, H.R., Hess, E.P., et al. (2015). Part 7: adult advanced cardiovascular life support 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*; 132 [2]: S444–S464. DOI: 10.1161/ CIR.0000000000000261.
- Lumbanraja, P., Nizma, C. (2011). Pengaruh pelatihan dan karakteristik pekerjaan terhadap prestasi kerja perawat di badan pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Langsa. *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan (Journal of Management and Entrepreneurship)*, 12(2), pp-142.
- Mangkunegara, A.P. (2005). *Perilaku dan Budaya Organisasi*. Bandung: Refieka Aditama.

- Maleong, L.J. (2014). *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Morrison, L. J., Kierzek, G., Diekema, D. S., Sayre, M. R., Silvers, S. M., *et al.* (2010). Part 3: Ethics, 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 122(18 suppl 3), S665–S675.
- Mudayana AA. (2010) Pengaruh Motivasi dan Beban Kerja terhadap Kinerja Karyawan di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul. *Jurnal Kesehatan Masyarakat FKM UAD*. 4(2): 84-9.
- Neumar, R.W., Shuster, M., Callaway. C.W, *et al.* (2015). Part 1: Executive summary 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 132(18 suppl 2): S315–S367.
- Nurmi J, Pettilä V, Biber B, Kuisma M, Komulainen R, Castrén M. (2006). Effect of protocol compliance to cardiac arrest identification by emergency medical dispatchers. *Resuscitation*; 70: 463–469. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2006.01.016.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ong MEH, Shin SD, Tanaka H, Ma M, Khruengkarnchana P, Hisamuddin N, Khan MN. (2011). Pan-Asian Resuscitation Outcomes Study (PAROS): rationale, methodology, and implementation. *Academic Emergency Medicine : Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 18(8), 890–7. <http://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01132.x>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 75 tahun 2004 tentang Puskesmas.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. (2015). Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut. Centra Communications: Jakarta.
- Pitt E, Pusponegoro A. (2005). Prehospital care in Indonesia. *Journal of Emergency Medicine*, 22: 144-147.
- Polit DF, Beck CT. (2010). *Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 7th edition. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Rajeswaran L. (2009). *Cardiopulmonary Resuscitation: Perceptions, Needs, and Barriers Experienced by the Registered Nurses in*

- Botswana. Disertasi. University of South Africa. Diakses dari <http://uir.unisa.ac.za>.
- Razzak JA, Kellermann AL. (2002). Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (11): 900-905.
- Schmidt B. (2010). Review of three qualitative studies of family presence during resuscitation. *The Qualitative Report*; 15 (3): 731-736.
- Södersved Källested ML. (2011). *In hospital cardiac arrest: A study of education in cardiopulmonary resuscitation and its effect on knowledge, skills, and attitudes among healthcare professionals and survival of in-hospital cardiac arrest patients. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine*. 664 (90). ISBN 978-91-554-8050-9
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Alfabeta: Bandung.
- Supriadi A. (2016). Analisis Faktor-Faktor Pra Rumah Sakit yang Mempengaruhi Kembalinya Sirkulasi Spontan pada Pasien Henti Jantung di Luar Rumah Sakit di Kota Malang. Tesis. Tidak Diterbitkan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Malang.
- Svensson A, Fridlund B. (2008). Experiences and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: A critical study. *International Emergency Nursing*, 16: 35-42.
- Taha HS, Bakhounm SWG, Kasem HH, Fahim MAS. (2015). Quality of cardiopulmonary resuscitation of in-hospital cardiac arrest and its relation to clinical outcome: An Egyptian University Hospital Experience. *The Egyptian Heart Journal*, 67(2), 137–143. <http://doi.org/10.1016/j.ehj.2014.11.001>
- The Scottish Government. (2015). *Out-Of-Hospital Cardiac Arrest: A Strategy For Scotland*. Crown: Edinburgh.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan.
- Wissenberg M, Lippert FK, Folke F, Weeke P, Hansen CM, et al. (2013). Association of national initiatives to improve cardiac arrest management with rates of bystander intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. *Journal of American Medical Association*. 310 (13) pp: tre1377-1384.