

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di Indonesia terdapat berbagai penyakit dan kondisi kesehatan yang dapat menyebabkan terjadinya henti jantung mendadak. *Cardiac Arrest* atau lebih dikenal dengan henti jantung adalah penghentian aktivitas jantung secara tiba-tiba sehingga korban menjadi tidak responsif, tanpa pernapasan normal dan tanpa tanda-tanda sirkulasi (Patel & Hipkind, 2023). Karakteristik henti jantung yaitu jantung kehilangan fungsi secara mendadak dan sangat tiba-tiba ditandai dengan terjadinya henti nafas dan jantung (AHA,2020).

Memahami penyebab henti jantung menjadi penting untuk upaya pencegahan dan penanganan yang tepat. Henti jantung dapat disebabkan oleh beberapa etiologi yang secara umum diklasifikasikan menjadi tiga, yaitu disebabkan oleh jantung (kardiak), non jantung- (non-kardiak), dan trauma. Penyebab kardiak merupakan faktor dominan yang mencakup sekitar 70% kasus, terutama akibat penyakit jantung koroner iskemik, kelainan struktural jantung, serta gangguan listrik jantung seperti sindrom QT panjang dan Brugada (Patel & Hipkind, 2023; Hirsch et al., 2025). Penyebab non-kardiak berasal dari organ yang lain meliputi gangguan pada sistem pernapasan (gagal napas akibat hipoksia, asma berat, COPD, pneumotoraks tension dan emboli paru), gangguan sistem saraf pusat (perdarahan intrakranial dan stroke), dan gangguan sistem metabolic (ketidakseimbangan elektrolit (hipo/hiperkalemia), hipoglikemia, asidosis, dan hipotermia) yang menyumbang sekitar 15% kasus (Patel & Hipkind, 2023; Soar et al., 2021). Henti jantung akibat trauma dapat terjadi karena trauma tumpul dan trauma penetrasi. Kondisi ini relatif jarang terjadi namun memiliki angka mortalitas tinggi dari keseluruhan kasus OHCA. Data dari berbagai negara menunjukkan bahwa proporsi TCA berkisar antara 3–4% dari seluruh kasus OHCA, yaitu sekitar 4,0% di Jerman (Truhlar et al., 2021), 3,3% di Denmark (Wolthers et al., 2023), serta sekitar 3,9% pada populasi dewasa berdasarkan studi kohort retrospektif di Prancis (Bouzat et al., 2019).

Secara keseluruhan, etiologi tertinggi dari henti jantung disebabkan oleh faktor kardiak. Hal ini sejalan dengan data prevalensi penyakit jantung di Indonesia. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2025, prevalensi penyakit jantung di Indonesia bervariasi antar provinsi, dengan prevalensi tertinggi tercatat di Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 1,67% atau sekitar 63.151 jiwa dari total penduduk yaitu 3.781,55 jiwa, sedangkan provinsi lain menunjukkan kisaran prevalensi 0,88–1,65% (Kementerian Kesehatan RI, 2025; dilaporkan oleh FaktaKalbar.id). Secara global, penyakit jantung iskemik menyebabkan 19,8 juta kematian per tahun atau 32% dari seluruh kematian dunia (WHO, 2022). Penyebab kedua adalah serangan jantung (*infark miokard*) yang merupakan komplikasi akut dari penyakit arteri koroner, dengan prevalensi 3,8% pada usia <60 tahun dan 9,5% pada usia ≥60 tahun (Salari et al., 2023). Peringkat ketiga adalah gangguan struktur dan listrik jantung. Gangguan struktur jantung, seperti kardiomiopati hipertrofik, memiliki prevalensi sekitar 0,2% pada populasi dewasa dan berperan dalam meningkatkan risiko aritmia fatal (Basit et al., 2024). Sementara itu, gangguan listrik jantung bawaan seperti *Long QT Syndrome* (LQTS) juga berkontribusi terhadap risiko henti jantung mendadak, meskipun prevalensinya rendah, sekitar 1 dari 2.000 individu, yang setara dengan ±0,05% populasi umum (Galić et al., 2021). Ketiga kondisi ini pada akhirnya dapat memicu aritmia ventrikel, khususnya *ventricular fibrillation*, yang merupakan mekanisme aritmia tersering pada kejadian henti jantung mendadak (Ricketts et al., 2025), sehingga penderita henti jantung harus segera mendapatkan pertolongan karena dapat terjadi kapan saja dan dimana saja bahkan pada individu yang terlihat sehat. Hal ini dibuktikan dengan adanya kasus henti jantung yang dialami oleh atlet profesional seperti Markis Kido, Zhang Zhijie, dan Christian Eriksen (News Unair, 2021; Rowan, 2024).

Secara umum kejadian henti jantung dapat terjadi di dalam rumah sakit (*in-hospital cardiac arrest/IHCA*) maupun diluar rumah sakit (*out-of-hospital cardiac arrest/OHCA*). Penanganan pertama pada kedua kondisi tersebut sama, yaitu melakukan kompresi dada atau pijat jantung, namun perbedaannya terletak pada ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan. Pada IHCA, penanganan dilakukan oleh tim medis profesional yang dilengkapi dengan obat-

obatan emergensi, defibrilator, dan peralatan medis lanjutan dengan tingkat keberhasilan mencapai 23,6% pada pasien dewasa (Panchal et al., 2020). Pada OHCA, penanganan sangat bergantung pada peran *first responder* di komunitas melalui kompresi dada berkualitas tinggi dan penggunaan *Automated External Defibrillation* (AED) apabila tersedia. Waktu merupakan faktor krusial, karena setiap keterlambatan satu menit dapat menurunkan peluang kelangsungan hidup sebesar 7–10% (AHA, 2025; Cleveland Clinic, 2025).

Secara global, insiden henti jantung di luar rumah sakit (*out-of-hospital cardiac arrest*/OHCA) mencapai sekitar 55 kasus per 100.000 penduduk per tahun pada populasi dewasa dengan angka kelangsungan hidup 8,8% (Yan et al., 2020). Di Amerika Serikat tercatat lebih dari 357.000 kasus OHCA setiap tahun, namun hanya 10,5% yang bertahan hidup dan 8,2% dengan fungsi neurologis baik (AHA, 2025; Panchal et al., 2020). Kondisi ini semakin diperberat karena kerusakan otak ireversibel dapat terjadi dalam 4–6 menit tanpa oksigenasi, sementara hanya sekitar 40% korban menerima RJP dari penolong pertama di lokasi kejadian sebelum petugas medis tiba (Cleveland Clinic, 2025). Oleh karena itu, RJP oleh masyarakat awam menjadi krusial karena terbukti mampu meningkatkan peluang kelangsungan hidup dua sampai tiga kali lipat pada kondisi tanpa ketersediaan defibrilator (AHA, 2025).

Keberadaan *first responder* pada kejadian henti jantung di luar rumah sakit (OHCA) menjadi sangat krusial, terutama di wilayah dengan keterbatasan akses fasilitas kesehatan. Kader kesehatan memiliki posisi strategis sebagai perpanjangan tangan tenaga kesehatan dan berpotensi berperan sebagai *first responder* komunitas yang mampu mengenali kegawatdaruratan serta memberikan pertolongan pertama, termasuk resusitasi jantung paru (RJP), sebelum tim medis profesional tiba (Dainty et al., 2022). Namun, efektivitas peran *first responder* sangat bergantung pada tingkat pengetahuan, keterampilan, dan kesiapan kader kesehatan. Berbagai studi menunjukkan bahwa meskipun respon awal oleh *first responder* terbukti meningkatkan kelangsungan hidup korban OHCA, akan tetapi masih terdapat kesenjangan antara peran kader kesehatan dan kondisi aktual di lapangan, khususnya terkait pengetahuan, keterampilan, dan kesiapan dalam melakukan RJP (Yu et al., 2020; Dainty et al., 2022).

Efektivitas peran kader kesehatan sebagai *first responder* sangat bergantung pada tingkat pengetahuan tentang henti jantung dan RJP. Menurut *Information-Motivation- Behavioral Skills Model* (Fisher & Fisher, 1992), pengetahuan adalah dasar utama yang mempengaruhi motivasi seseorang untuk melakukan tindakan kesehatan. Social Cognitive Theory (Bandura, 1986) juga menjelaskan bahwa pengetahuan menciptakan keyakinan diri dan harapan akan hasil positif, yang kemudian mendorong motivasi untuk bertindak. Hal ini didukung oleh penelitian yang menunjukkan bahwa individu dengan pengetahuan yang baik memiliki peluang lebih besar untuk bertindak dalam situasi kegawatdaruratan (Pivac et al., 2020; Juniarta et al., 2025).

Penelitian di Indonesia melaporkan bahwa ketidakmampuan melakukan RJP (61,35%) serta ketakutan menyebabkan cedera (43,82%) menjadi hambatan utama dalam pelaksanaan RJP di luar rumah sakit/OHCA (Juniarta et al., 2025). Pedoman *American Heart Association* 2025 juga menegaskan bahwa pelatihan RJP perlu menekankan tidak hanya keterampilan teknis, tetapi juga kesiapan psikologis dan motivasi responder, terutama di komunitas dengan sumber daya terbatas (AHA, 2025). Tanpa tindakan resusitasi jantung paru (RJP) yang segera, peluang kelangsungan hidup korban henti jantung menurun secara signifikan, dimana setiap 1 menit keterlambatan RJP dan defibrilasi dapat menurunkan angka survival sekitar 7–10%, sehingga sebagian besar korban berisiko mengalami kematian sebelum mencapai fasilitas pelayanan kesehatan (AHA, 2025).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti melalui wawancara kepada 10 kader kesehatan yang hadir pada pertemuan rutin, yaitu 5 kader dari Desa Jabung dan 5 kader dari Desa Kemantren, diperoleh gambaran awal sebagai berikut: ketika peneliti menanyakan pemahaman tentang henti jantung, seluruh kader menyatakan belum memahami konsep henti jantung secara jelas, dan salah satu kader menyebutkan bahwa henti jantung dianggap sama dengan serangan jantung. Saat ditanya mengenai tanda-tanda henti jantung, jawaban kader bervariasi, antara lain menyebutkan pingsan, tidak bisa dibangunkan, kulit pucat, kebiruan, dan terasa dingin, namun tidak ada kader kesehatan yang menyebutkan kriteria klinis utama seperti tidak bernapas dan tidak ada denyut nadi. Peneliti juga menanyakan apakah kader pernah mendengar istilah *resusitasi jantung paru* (RJP). Seluruh kader menyatakan tidak mengenal

istilah tersebut, meskipun beberapa di antaranya mengaku pernah melihat atau mengetahui tindakan pijat jantung tanpa mengetahui nama dan langkah-langkahnya. Ketika ditanya lebih lanjut mengenai langkah-langkah pelaksanaan RJP, tidak ada satu pun kader yang dapat menjelaskan prosedur RJP secara benar. Seluruh kader juga menyatakan belum pernah mengikuti pelatihan pertolongan pertama atau pelatihan RJP, dan hanya pernah mengikuti pelatihan terkait pemberian makanan tambahan (PMT).

Terkait pengalaman lapangan, kader kesehatan menyampaikan bahwa mereka belum pernah menangani kasus henti jantung secara langsung di masyarakat. Namun, beberapa kader mengungkapkan pernah menghadapi kejadian warga yang pingsan secara mendadak. Dalam situasi tersebut, tindakan yang dilakukan antara lain membaringkan pasien, melonggarkan pakaian, serta mengoleskan minyak kayu putih pada bagian tubuh tertentu sambil menunggu bantuan atau melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan. Ketika peneliti bertanya mengenai kesiadaan melakukan RJP pada korban henti jantung, jawaban kader bervariasi. Sebagian menyatakan bersedia karena menganggap hal tersebut sebagai bagian dari tanggung jawab sebagai kader kesehatan, sedangkan sebagian lainnya ragu atau tidak bersedia karena belum memahami prosedur RJP dan belum pernah mendapatkan pelatihan, sehingga khawatir tindakan yang dilakukan dapat memperburuk kondisi korban.

Berdasarkan data dari UPT Puskesmas Jabung, jumlah kunjungan pasien dengan keluhan penyakit jantung ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) tercatat sejumlah 15 pasien pada tahun 2024 dan 13 pasien pada tahun 2025. Selain itu, data kematian penduduk menunjukkan bahwa di Desa Jabung terdapat 76 kasus kematian pada tahun 2024 dan 87 kasus pada tahun 2025. Sementara itu, di Desa Kemantren tercatat 86 kasus kematian pada tahun 2024 dan 80 kasus pada tahun 2025. Namun, data kematian yang diperoleh dari desa hanya mencatat jumlah penduduk yang meninggal tanpa disertai informasi mengenai penyebab maupun lokasi kematian. Oleh karena itu, peneliti tidak mengetahui secara spesifik tentang jumlah kematian yang terjadi di rumah maupun di rumah sakit pada kedua desa tersebut. Tingginya angka kematian di kedua desa tersebut menunjukkan bahwa RJP menjadi langkah pertolongan terakhir yang dapat diberikan kepada korban henti jantung sebelum tenaga medis tiba. Oleh karena itu, kader kesehatan

sebagai *first responder* di komunitas memiliki tugas dan tanggung jawab yang diharapkan mampu melakukan RJP guna memberikan kesempatan hidup bagi korban henti jantung.

Mengingat terbatasnya waktu kritis (*golden period*) dalam penanganan henti jantung serta keterbatasan akses layanan kesehatan, penelitian ini menjadi penting untuk menyediakan dasar empiris dalam merancang intervensi dan pelatihan RJP yang sesuai dengan kebutuhan kader kesehatan, guna meningkatkan kesiapan komunitas dan peluang kelangsungan hidup korban henti jantung. Apabila kader kesehatan tidak memiliki pengetahuan yang memadai tentang henti jantung dan tidak termotivasi untuk melakukan RJP, dampaknya sangat signifikan. Kader yang tidak mengenali tanda-tanda henti jantung akan gagal mengidentifikasi kondisi kegawatdaruratan tersebut, sehingga respons pertolongan pertama menjadi terlambat atau tidak dilakukan sama sekali. Selain itu, menurut Arief Sulistyanto et al. (2023) perawat memiliki peran penting sebagai tenaga kesehatan yang berwenang dalam memberikan edukasi, pelatihan resusitasi jantung paru (RJP), serta pemberdayaan kader kesehatan di tingkat komunitas.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah terdapat hubungan antara pengetahuan tentang henti jantung dengan motivasi melakukan Resusitasi Jantung Paru (RJP) pada kader kesehatan di wilayah UPT puskesmas jabung?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara pengetahuan tentang henti jantung dengan motivasi melakukan Resusitasi Jantung Paru (RJP) pada kader kesehatan di wilayah UPT puskesmas jabung.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan kader kesehatan tentang henti jantung.
2. Mengidentifikasi tingkat motivasi kader kesehatan dalam melakukan Resusitasi Jantung Paru (RJP).
3. Menganalisis hubungan antara pengetahuan tentang henti jantung dengan motivasi melakukan RJP pada kader kesehatan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademik

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi ilmiah di bidang kesehatan masyarakat, khususnya terkait pengetahuan tentang henti jantung dan motivasi melakukan resusitasi jantung paru (RJP) pada kader kesehatan, serta menjadi bahan rujukan bagi penelitian selanjutnya mengenai pertolongan pertama pada kasus henti jantung di luar rumah sakit (*Out-of-Hospital Cardiac Arrest/OHCA*).

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar dalam perencanaan dan pengembangan program pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) yang lebih efektif bagi kader kesehatan.

2. Bagi Kader Kesehatan

Penelitian ini meningkatkan pengetahuan dan motivasi kader kesehatan terhadap pentingnya pengetahuan dan keterampilan resusitasi jantung paru (RJP) dalam memberikan pertolongan pertama di masyarakat.

3. Bagi Masyarakat

Peningkatan kapasitas kader kesehatan diharapkan dapat meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat serta peluang kelangsungan hidup korban henti jantung di luar rumah sakit.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi referensi awal bagi penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan pengetahuan, motivasi, dan keterampilan pertolongan pertama pada kasus henti jantung di tingkat komunitas.