

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Panembahan Senopati Bantul yang terletak di Jl. Dr. Wahidin Sudiro Husodo, Trirenggo Bantul. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Panembahan Senopati Bantul merupakan salah satu rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Bantul dengan akreditasi B. RSUD Panembahan Senopati Bantul diresmikan dengan SK Menkes RI No 202/Menkes/SK/II/1993. RSUD Panembahan Senopati Bantul memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan kelengkapan fasilitas peralatan medik dan penunjang medik yang meliputi : Laboratorium, Radiografi, Ultra Sonografi, Elektrokardiografi, Elektrik Encephalografi dan brain mapping serta mempunyai pelayanan spesialisasi yang mencakup Penyakit Dalam, Umum, Bedah Orthopedi, Syaraf, Kebidanan, Telinga Hidung Tenggorokan (THT), Kulit Kelamin, Anak, Rehabilitasi Medik, Jiwa, Mata, Gigi, Bedah Umum, Tumbuh Kembang, Psikologi, *Canna*, Bedah Onkologi dan Unit Hemodialisa.

2. Analisa Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini disajikan dalam table sebagai berikut:

a. Karakteristik responden penelitian

Karakteristik responden dalam penelitian ini disajikan dalam tabel sebagai berikut:

1) Karakteristik responden penelitian

a) Karakteristik responden berdasarkan usia

Tabel 4. 1. Distribusi responden *cardiac arrest* berdasarkan usia di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada Tahun 2016

Usia	Frekuensi (n)	Persentase (%)
14-20	1	6,6
21-59	6	40
≥60	8	53,3
Total	15	100

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia lansia (≥ 60 tahun) sebanyak 8 orang (53,3%).

b) Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 4. 2. Distribusi responden *cardiac arrest* berdasarkan jenis kelamin di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada Tahun 2016

Jenis Kelamin	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Laki laki	10	66,7
Perempuan	5	33,3
Total	15	100

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 10 orang (66,7%).

c) Karakteristik responden berdasarkan lama rawat

Tabel 4. 3. Distribusi responden *cardiac arrest* berdasarkan lama rawat di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada Tahun 2016

Lama Rawat	Frekuensi (n)	Persentase (%)
0-2 jam	12	80
3-5 jam	2	13,3
6-8 jam	1	6,7
9-11 jam	0	0
Total	15	100

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semua responden dirawat paling banyak 0-2 jam sebanyak 12 responden (80%).

- d) Karakteristik responden berdasarkan terapi obat

Tabel 4. 3. Distribusi responden *cardiac arrest* berdasarkan terapi obat di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada Tahun 2016

Terapi obat	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Epineprin 1 mg	5	33,3
Epineprin 1 mg + Amiodaron 1 mg	1	6,7
Epineprin 3 mg + SA 2 mg	1	6,7
Epineprin 2 mg + SA 1mg	1	6,7
Adrenalin 2mg	1	6,7
Adrenalin 1 mg + SA 1 mg	1	6,7
Responden tidak diberikan terapi obat	5	33,3
Total	15	100

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapat terapi epineprin 1 ampul dan tidak diberikan terapi obat yaitu sebanyak 5 orang (33,3%).

- e) Karakteristik responden berdasarkan terapi cairan

Tabel 4. 4. Distribusi responden *cardiac arrest* berdasarkan terapi cairan di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada Tahun 2016

Terapi cairan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
NaCL 15 tetes per menit	9	60
NaCl 20 tetes per menit	1	6,7
RL 15 tetes per menit	1	6,7
Responden tidak diberikan terapi cairan	4	26,6
Total	15	100

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan terapi cairan NaCL 15 tetes per menit yaitu sebanyak 9 orang (60 %).

f) Karakteristik responden berdasarkan terapi elektrik

Tabel 4. 5. Distribusi responden *cardiac arrest* berdasarkan terapi elektrik di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada Tahun 2016

Terapi elektrik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Defib 200 joule	1	6,7
Responden tidak mendapatkan terapi elektrik	14	93,3
Total	15	100

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak mendapatkan terapi elektrik yaitu sebanyak 14. orang (93,3%).

g) Karakteristik responden berdasarkan lama resusitasi

Tabel 4. 6. Distribusi responden *cardiac arrest* berdasarkan lama resusitasi di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada Tahun 2016

Lama resusitasi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
RJP 3 siklus	1	6,7
RJP 5 siklus	2	13,3
RJP 6 siklus	1	6,7
RJP 8 siklus	3	20
RJP 10 siklus	2	13,3
RJP 15 siklus	1	6,7
RJP 30 siklus	2	13,3
Responden tidak diberikan RJP	3	20
Total	15	100

Tabel 4.7 Menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan resusitasi RJP selama 8 siklus dan tidak diberikan resusitasi RJP yaitu sebanyak 3 orang (20%).

h) Karakteristik responden berdasarkan kasus DNR

Distribusi responden *cardiac arrest* berdasarkan DNR menunjukkan bahwa semua responden tidak mendapat DNR (100%).

i) Karakteristik responden berdasarkan penyakit penyerta

Tabel 4. 8. Distribusi responden *cardiac arrest* berdasarkan penyakit penyerta di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada Tahun 2016

Penyakit Penyerta	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Hipertensi	8	53,3
Diabetes Mellitus	2	13,3
Stroke	2	13,3
CHF	1	6,7
Kejang Demam	1	6,7
STEMI	1	6,7
Total	15	100

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penyakit penyerta pada responden *cardiac arrest* paling banyak adalah hipertensi sebanyak 8 responden (53,3%).

j) Karakteristik responden berdasarkan diagnosis keperawatan

Tabel 4. 9. Distribusi responden *cardiac arrest* berdasarkan diagnosis keperawatan di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada Tahun 2016

Diagnosis Keperawatan	Frekuensi	Persentase
	(n)	(%)
1. Ditegakkan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif	4	33,3
2. Ditegakkan Pola Nafas Tidak Efektif	4	33,3
3. Ditegakkan Perfusi Jaringan Tidak Efektif	8	66,6
4. Ditegakkan Kerusakan Pertukaran Gas	2	16,6
5. Ditegakkan Penurunan Curah Jantung	2	16,6
6. Ditegakkan Kerusakan Ventilasi Spontan	5	41,6
7. Ditegakkan Kekurangan Volume Cairan	2	16,6
8. Ditegakkan Intoleransi Aktivitas	1	8,3
9. Ditegakkan Resiko Aspirasi	3	25
10. Ditegakkan Hambatan Mobillitas Fisik	1	8,3
11. Ditegakkan Retensi Urin	1	8,3
12. Ditegakkan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial	1	8,3

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa sebagian besar responden ditegakkan diagnosa keperawatan perfusi jaringan tidak efektif yaitu sebanyak 8 orang (66,6%).

k) Karakteristik responden berdasarkan ruang rawat

Distribusi responden *cardiac arrest* berdasarkan ruang rawat menunjukkan bahwa semua responden dirawat di ruang IGD (100%).

B. PEMBAHASAN

Henti jantung atau *cardiac arrest* dipengaruhi oleh beberapa aspek, adapun beberapa aspek tersebut adalah sebagai berikut:

1. Karakteristik responden pada pasien *cardiac arrest*

a. Usia

Dengan bertambahnya usia, system aorta dan arteri perifer menjadi kaku dan tidak lurus. Perubahan ini terjadi akibat peningkatan serat kolagen dan hilangnya serat elastis dalam lapisan medial arteri hal tersebut mengakibatkan kekuatan kontraktil yang kurang efektif, serta lapisan inti arteri menebal dengan peningkatan deposit kalsium. Proses perubahan yang berhubungan dengan penuaan ini meningkatkan kekakuan dan ketebalan yang disebut dengan arteriosklerosis. Sebagai suatu mekanisme kompensasi, aorta dan arteri besar lain secara progresif mengalami dilatasi untuk menerima lebih banyak volume darah. Vena menjadi meregang dan mengalami dilatasi dalam cara yang hamper sama. Katup-katup vena menjadi tidak kompeten atau gagal untuk menutup secara sempurna (Stanley & Beare, 2007)

b. Jenis Kelamin

Dalam penelitian ini mayoritas responden yang mengalami *cardiac arrest* adalah laki-laki yaitu 10 responden (66,7%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Haedar (2015) yang menjelaskan sebagian besar responden henti jantung adalah laki-laki (57,8%). Terdapat kesenjangan antara laki-laki dan perempuan terkait kasus kardiovaskuler, wanita umumnya memiliki estrogen yang berguna sebagai proteksi terhadap penyakit kardiovaskuler sedangkan laki-laki tidak (Wahyuni, 2014). Estrogen memiliki kemampuan untuk mempengaruhi stabilitas plak, estrogen menimbulkan *up-regulation* kelompok enzim matrix metalloproteinase (MMP), antara lain MMP-9. MMP mendegradasi matriks ekstraseluler di dalam dinding arteri (Wahyuni, 2014).

c. Lama dirawat

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semua responden dirawat paling banyak 0-2 jam yaitu 12 responden (80%). Sekitar 25% dari orang yang mengalami serangan jantung akan meninggal dalam waktu kurang dari 3 jam setelah serangan. Walaupun pada penderita penyakit jantung mendapat intervensi selama perawatan, sebagian besar kematian pada kasus ini terjadi dalam 48 jam pertama (Desilina, 2007). Hal tersebut sejalan dengan penelitian ini, data yang diperoleh dari berkas rekam medis menunjukkan bahwa sebagian besar responden meninggal kurang dari 2 jam setelah serangan.

Cardiac arrest dapat menyebabkan kematian otak dan kematian permanen dalam jangka waktu 8 sampai 10 menit seseorang tersebut mengalami henti jantung (Kasron, 2012). American Heart Association menyebutkan bahwa kejadian henti jantung dapat terjadi dimana saja, penanganan RJP pada saat kejadian dapat membantu mengurangi risiko kematian. Responden pada penelitian ini >50% datang sudah dalam keadaan *cardiac arrest* yang lebih dari 10menit. Hal itulah yang menyebabkan lama rawat responden 0-2 jam.

2. Terapi pengobatan pada pasien *cardiac arrest*

Penatalaksanaan medis pada pasien henti jantung tergantung dari berat ringannya penyakit dan etiologinya (Rilantono, 2012). Dalam penelitian ini sebagian besar responden mendapat terapi epineprin 1 mg dan responden tidak diberikan terapi obat yaitu sebanyak (33,3%). Epineprine merupakan golongan adrenalin yang berfungsi untuk memicu reaksi terhadap tekanan dan gerak tubuh. Obat ini diindikasikan pada pasien dengan PEA, Asistole dan VF/pVT tidak respon oleh defibrillator dengan dosis 1 mg per intravena dan dapat diuang setiap 3-5 menit (PUSBANKES, 2015).

Rilantono (2012) dan PUSBANKES (2015) menjelaskan beberapa obat yang sering digunakan pada penderita henti jantung adalah epineprin/adrenalin, lidocain, atropine, magnesium sulfat dan sodium bikarbonat. Semua penderita gagal jantung sistolik maupun diastolic

memerlukan obat penghambat enzim konversi angiotensin (ACE-1) atau penghambat reseptor angiotensin (ARB) dan penghambat beta blocker (penyekat beta) (Rilantono, 2012). Hal tersebut sejalan dengan penelitian Lupiyatama (2012) sebanyak 77 pasien (63,3%) penderita gagal jantung mendapatkan terapi obat golongan antitrombolitik seperti digoksin. Obat ini diindikasikan pada gagal jantung dengan atrial fibrilasi, riwayat kejadian trombolitik, thrombus di ventrikel kiri dan untuk mencegah stroke.

Desilina (2007) menjelaskan bahwa pemberian terapi obat dalam 1 jam pertama dapat menurunkan angka kematian sebesar 47%, karena itu penting untuk diberikan terapi yang tepat untuk menurunkan angka kematian pada penderita henti jantung. Dalam penelitian ini juga didapatkan hasil 33,3% responden tidak mendapatkan terapi obat sama sekali. Penanganan pasien henti jantung memerlukan pendekatan yang komprehensif, penatalaksanaan yang baik akan meminimalkan resiko kematian pada pasien namun apabila tidak dilakukan penanganan yang baik maka resiko yang akan ditimbulkan adalah kecacatan bahkan kematian (Rilantono, 2012).

3. Terapi cairan pada pasien *cardiac arrest*

Dalam penelitian ini didapatkan hasil sebagian besar responden mendapat terapi cairan NaCL 15 tpm yaitu sebanyak 60%. Berbeda dengan hasil penelitian dan data yang ditemukan di rekam medis tentang loading cairan. Attas (2012) menjelaskan pengelolaan hemodinamik diutamakan dengan perbaikan volume intravascular, menjaga tekanan perfusi adekuat, mengoptimalkan pasokan oksigen, mengidentifikasi dan mengobati penyebab henti jantung itu sendiri.

Pada sindrom pasca henti jantung akan terjadi peningkatan permeabilitas kapiler, oleh karena itu resusitasi cairan dengan kristaloid dapat dimulai. Hal tersebut di dukung oleh pendapat dari AHA (2015), dalam evaluasi volume resusitasi setelah diagnostic, pemberian berulang dari bolus dosis 1000 ml kristaloid isotonic (misalnya normal saline) dititrasi dengan tekanan darah sistolik diatas 90 mmHg sangat berhasil sedangkan obat vasoaktif pada pasien hipotensi tidak segera mendapatkan respon. Pada pasien syok

anafilaktik vasogenik resusitasi cairan agresif seperti kelas IIa dan LOE C sangat dianjurkan. Selain itu untuk menurunkan preload melalui pemberian diuretic termasuk aldosterone receptor antagonis dan nitrat dapat digunakan untuk mengatasi retensi cairan pada tubuh (Rilantono, 2012).

Penatalaksanaan komprehensif yang dapat dilakukan pada penderita henti jantung yang disebabkan karena syock kardiogenik adalah dengan mengoptimalkan pra beban dengan infus cairan, kontraktilitas jantung dengan inotropic sesuai kebutuhan, sesuaikan pasca beban untuk memaksimalkan CO (Pasien syock kardiogenik mungkin membutuhkan vasodilatasi untuk menurunkan SVR, tahanan pada aliran dara dari jantung yang lemah), dan diberikan diuretic apabila jantung dekompresi (PPK, 2014).

4. Terapi elektrik pada pasien *cardiac arrest*

Terapi elektrik atau defibrillator digunakan dengan tujuan membuat kontraksi jantung menjadi lebih baik, keberhasilan defibrilasi tergantung dari pemilihan energy untuk menimbulkan arus yang akan dialirkan ke jantung dengan akibat kerusakan jantung seminimal mungkin (PUSBANKES, 2015). Hasil penelitian ini menunjukkan 93,3 % responden tidak mendapat terapi elektrik. Tidak terindikasinya ventrikel fibrilasi atau ventrikel takhikardi pulseless merupakan salah satu faktor tidak dilakukannya defibrilasi pada pasien gagal jantung (PUSBANKES, 2015). Dosis syock DC/defibrilasi bila menggunakan defibrilator monofasik menghasilkan daya 360 joule sedangkan bila menggunakan bifasik daya yang dihasilkan antara 120-200 joule. Pada alat defibrillator otomatis besarnya syoknya sudah diprogram dan lama waktu melakukan tindakan defibrilasi adalah 5 detik dan kemudian diisi kembali selama dekompresi. Untuk intubasi trakea jeda kompresi paling lama 10 detik (Rilantono, 2012). Untuk penggunaan defibrilator yang ada di RSUD Panembahan Senopati Bantul sendiri tidak diketahui apakah menggunakan defibrilator monofasik atau bifasik, namun data yang diperoleh dari rekam medis didapatkan bahwa daya yang diberikan untuk defibrilasi adalah sebesar 200 joule.

5. Lama resusitasi pada pasien *cardiac arrest*

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan 8 siklus RJP dan tidak diberikan RJP yaitu sebanyak 20%. Resusitasi jantung paru (RJP) merupakan tindakan yang dilakukan untuk menolong korban yang dalam keadaan henti jantung dan henti nafas (PUSBANKES, 2015).

Ada 5 langkah yang menentukan keberhasilan pertolongan korban yang mengalami henti jantung / *cardiac arrest* yaitu *immediate recognition of cardiac arrest and activation of the emergency response system, early CPR with an emphasis on chest compressions, rapid defibrillation, effective advanced life support, dan interated post-cardiac arrest care*. Jadi CPR / RJP merupakan langkah ke2 dalam upaya menyelamatkan korban henti jantung (AHA, 2015). PUSBANKES (2015) menjelaskan resusitasi jantung paru (RJP) dilakukan minimal selama 5 siklus dengan perbandingan setiap siklus adalah 30 kali kompresi dan 2 kali ventilasi atau sama dengan 2 menit.

Dalam penelitian ini dijelaskan bahwa 20% responden tidak diberikan RJP, ada beberapa indikasi RJP dihentikan yaitu korban muncul tanda-tanda kematian pasti, sudah ada respon dari pasien (ada nafas dan nadi) dan bila penolong kelelahan. Tidak ada batasan waktu berapa lama RJP dihentikan, bahkan pada kasus henti jantung karena trauma elektrik RJP dilakukan selama 1 jam (PUSBANKES, 2015).

6. Kasus DNR pada pasien *cardiac arrest*

Dalam penelitian ini didapatkan hasil semua responden tidak ada yang menerima kasus DNR (100%). Sacyznski, et al (2012) melalui penelitiannya menyatakan bahwa dari total pasien yang berjumlah 4.182 pasien antara tahun 2001 hingga 2007 di semua pusat kesehatan di Massachusetts, total pasien yang mendapatkan tindakan DNR adalah sebanyak 1.051 pasien. ICU merupakan ruangan dengan jumlah terbanyak dijumpainya DNR order (Weiss.,*et al*, 2000).

DNR merupakan tindakan yang masih dianggap tabu karena hal tersebut bisa membuat pasien meninggal dunia karena tidak mendapatkan

RJP, DNR diberikan apabila pasien ada indikasi untuk tidak diberikan RJP (Perron. J., *et al* 2002). Fenomena peningkatan label DNR ini dapat menimbulkan dilema bagi perawat yang bertugas di ruang ICU (Orser, 2008). Pasien-pasien dengan DNR dapat dikatakan sebagai pasien *end of life* atau pasien menjelang ajal. Terlepas dari dilema yang dirasakan perawat dalam merawat pasien DNR di ruang ICU, tentunya perawat harus memberikan asuhan keperawatan yang optimal bagi pasien. Perawat yang bertugas di ICU memiliki tugas penting dalam melakukan *end of life care* (Kirchoff., *et al*, 2000 dalam Amestiasih, T, 2015).

7. Penyakit penyerta pada pasien *cardiac arrest*

Henti jantung atau *cardiac arrest* disebabkan oleh beberapa faktor yaitu dekompresi dari jantung itu sendiri, sindrom koroner akut, krisis hipertensi, aritmia akut, kardiomiopati, miokarditis, kebocoran katup, stenosis aorta, miokarditis akut, tamponade jantung, diseksi aorta, kardiomiopati peripartal, faktor predisposisi yang mendukung (minum obat tidak teratur, gagal ginjal, kecanduan alkohol, dan lain sebagainya), sindrom curah jantung tinggi, serta penyakit bawaan (Rilantono, 2012). Dalam penelitian ini didapatkan data bahwa 53,3% responden menderita riwayat penyakit hipertensi.

Kegawatan hipertensi merupakan kenaikan tekanan darah yang berat disertai dengan tanda-tanda gangguan organ sasaran. Pada kasus hipertensi ini terdapat beberapa komplikasi yang dikhawatirkan yaitu ensepalopati hipertensi, diseksi aorta dan eklampsia. Ensepalopati merupakan tanda adanya edema otak dan kehilangan integritas pembuluh darah dan jika tidak diobati akan berkembang menjadi kejang, koma bahkan sampai henti jantung yang menyebabkan meningkatnya angka mortalitas (Rilantono, 2012).

Dalam penelitian ini didapatkan hasil 13,3 % responden menderita diabetes mellitus. Diabetes mellitus merupakan penyakit metabolic kronik dengan karakteristik hiperglikemi yang diakibatkan adanya kelainan pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Hiperglikemi kronik pada diabetes mengakibatkan kerusakan dan kegagalan pada beberapa organ tubuh yaitu mata, ginjal, syaraf, jantung dan pembuluh darah (PERKENI, 2011).

Aquarista (2016) menjelaskan bahwa 76,2% penderita diabetes mellitus menderita penyakit jantung koroner dan dari hasil uji statistic didapatkan hasil $p=0,410$ yang berarti bahwa penderita hiperglikemi memiliki resiko komplikasi penyakit jantung koroner 1,9 kali lebih besar dibandingkan yang tidak memiliki penyakit hiperglikemi. Penderita diabetes mellitus (DM) mengalami penebalan membrane basalin kapiler dan pembuluh darah arteri koronaria, hal ini mengakibatkan terjadinya penyempitan aliran darah ke jantung (PERKENI, 2011). Rilantono (2012) juga menjelaskan kejadian vaskuler pada penderita diabetes mellitus merupakan dampak dari beberapa kelainan yang terjadi secara bersamaan seperti kerusakan endotel, kelainan vaskuler dan perubahan rheology (Perubahan bentuk dan aliran darah) merupakan dasar dari terjadinya kejadian vaskuler.

Stroke merupakan serangan otak yang bersifat ireversibel dengan ciri-ciri adanya defisit neurologis serebral fokal atau global yang berkembang secara cepat dan berlangsung selama minimal 24 jam (Rilantono, 2012). Dalam penelitian ini didapatkan hasil 13,3% responden menderita stroke. Rilantono (2012) menjelaskan bahwa stroke merupakan salah satu kasus kegawatdaruratan otak yang dapat menyebabkan henti jantung, untuk mencegah terjadinya serangan otak tersebut perlu memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk mengidentifikasi gejala-gejala awal serangan stroke, mempersiapkan fasilitas yang dapat memberikan pelayanan cepat dan tepat, mengurangi faktor penyulit, mengendalikan penyakit atau kondisi penyerta. hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Haedar (2015) bahwa 53,5% responden yang memiliki riwayat penyakit stroke memiliki resiko yang tinggi terhadap henti jantung.

Congestive heart failure (CHF) atau gagal jantung adalah sekumpulan sindroma klinis yang kompleks yang diakibatkan oleh gangguan struktur ataupun fungsi dan menyebabkan gangguan pengisian ventrikel atau pemompa jantung (AHA, 2015). Dalam penelitian ini didapatkan hasil 6,7% responden menderita CHF. STEMI atau *ST-segment Elevation Myocardial Infarct* merupakan suatu kegawatdaruratan yang membutuhkan tindakan

medis secepatnya yang dapat menyebabkan kematian secara mendadak (Sudoyo dkk, 2009). Dalam penelitian ini didapatkan hasil 6,7% responden menderita STEMI. Dalam penelitian Farissa (2012) menjelaskan 23,4% responden memiliki resiko mengalami gagal jantung.

8. Diagnosis keperawatan pada pasien *cardiac arrest*

Keadaan umum pada klien dengan gangguan system kardiovaskuler dapat dilakukan dengan mengobservasi keadaan fisik setiap bagian tubuh. Perawat harus melakukan pengkajian awal klien tentang kapasitas fisik dan intelektual saat ini yang menentukan perlunya pengkajian pada psiko-sosio-spiritual yang saksama (Muttaqin, 2009). Dalam penelitian ini didapatkan hasil sebagian besar responden ditegakkan diagnosa keperawatan perfusi jaringan tidak efektif yaitu 53,3%. Ketidakefektifan perfusi jaringan adalah penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan dengan salah satu batasan karakteristiknya adalah tidak ada nadi (NANDA 2015-2017). Kontraksi ventrikel saat mengeluarkan darah dari jantung disebut sebagai fase sistolik atau ejeksi ventrukuler. Jumlah darah yang dikeluarkan dalam satu kali pompa (volume sekuncup) berjumlah 70 ml (pada orang dewasa). Curah jantung mempunyai peran sebagai faktor untuk memenuhi kebutuhan oksigen atau perfusi jaringan sebagai tujuan dari kardiovaskuler (Hardisman, 2013).

9. Distribusi kasus *cardiac arrest* berdasarkan ruangan

Dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa semua responden berada di ruang IGD (100 %). Pelayanan kesehatan kegawatdaruratan sehari-hari adalah hak asasi setiap manusia dan merupakan kewajiban yang harus dimiliki oleh semua orang. Pelayanan di IGD merupakan pelayanan pertama bagi kasus gawat darurat yang memerlukan organisasi yang baik, pembiayaan termasuk sumber pembiayaan, SDM yang baik dan terlatih, mengikuti perkembangan teknologi pada pelayanan medis (PUSBANKES, 2015).

Tindakan kegawatdaruratan pertama hanya dilakukan di ruang IGD, karena itulah semua responden dalam penelitian ini terdapat di ruang IGD hal tersebut didukung oleh pendapat Rilantono (2014) bahwa serangan gagal

jantung akut terjadi secara cepat dan mendadak kurang dari 24 jam yang akan mengancam jiwa apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Dahliana (2015) bahwa 35,6% perawat di IGD memiliki waktu tanggap yang cepat dalam menangani kasus kegawatdaruratan seperti kardiovaskuler. Waktu tanggap pada pelayanan atau penanganan gawat darurat dihitung dalam hitungan menit dan dipengaruhi oleh beberapa hal seperti jumlah tenaga atau komponen lain di rumah sakit yang mendukung seperti laboratorium, radiologi, farmasi dan administrasi (Kemenkes, 2009).

C. KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini memiliki berbagai keterbatasan yang mempengaruhi hasil penelitian. Keterbatasan tersebut meliputi:

1. Data yang diperoleh dari data sekunder menyebabkan peneliti tidak bisa melakukan crosscheck dengan kejadian yang sebenarnya
2. Dalam pengambilan data ada beberapa dokumen rekam medis yang tidak terisi dengan lengkap sehingga bisa mempengaruhi hasil penelitian.