

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit *cardiac arrest* (henti jantung) merupakan tantangan kesehatan masyarakat dunia yang sangat krusial karena penyakit ini telah menjadi sebab kematian jutaan orang di dunia. Laporan WHO pada tahun 2016 sebagaimana dikutip Xu *et al.* (2017) menyatakan bahwa secara global, prevalensi kejadian *cardiac arrest* sejalan dengan prevalensi penyakit kardiovaskuler. Jika penyakit kardiovaskuler telah menyebabkan sekitar 17,9 juta kematian setiap tahunnya (sekitar 31% dari total kematian), maka penyakit *cardiac arrest* telah menyumbang sekitar 7 juta kematian dalam tiap tahunnya. Hal ini juga sejalan dengan laporan Sharabi & Singh (2020) yang menyebut bahwa *cardiac arrest* telah menyumbang lebih dari 7 juta kematian tiap tahunnya.

Yan *et al.* (2020) menyebut ada sekitar 55 kejadian *cardiac arrest* per 100.000 orang dalam tiap tahunnya di dunia. Bahkan laporan yang lebih mencengangkan dari hasil penelitian Hayashi *et al.* (2016) menyatakan bahwa kejadian kematian akibat *cardiac arrest* pada level benua berada di atas angka 55 seperti yang telah disebut sebelumnya. Di Asia misalnya, ada sebanyak 52,5 kasus dari 100.000 kematian; di Eropa ada sebanyak 86,4 kasus dari 100.000 kematian; di Amerika Utara ada sebanyak 98,1 dari 100.000 kematian dan di Australia ada sebanyak 111,9 dari 100.000 kematian. Penelitian paling mutakhir menyebutkan temuan yang lebih spesifik pada level negara. Misalnya, ada sekitar 325.000 kematian tiap tahunnya yang diakibatkan penyakit *cardiac arrest* di Amerika Serikat (Sovari & El-Chami, 2020).

Kejadian *cardiac arrest* atau henti jantung di Indonesia belum ada data pastinya dari lembaga terkait, namun potensi kejadian *cardiac arrest* akan meningkat seiring dengan meningkatnya kejadian penyakit jantung koroner (PJK). Laporan Riset Kesehatan Dasar (Kemenkes, 2013) menyatakan bahwa prevalensi tertinggi untuk penyakit kardiovaskuler adalah PJK sebesar 1,5% (tertinggi di Provinsi Nusa Tenggara Barat sebesar 4,4% dan terendah di Provinsi Riau sebesar 0,3%). Data tersebut juga menyebutkan bahwa Provinsi Jawa Timur menjadi salah satu provinsi yang menyumbang cukup signifikan angka kejadian PJK di Indonesia, yaitu sebesar 1,3%. Lebih spesifik pada level kabupaten, Dinas Kesehatan Kabupaten Malang melaporkan bahwa sepanjang tahun 2020 terjadi sekitar 18.000 kematian akibat berbagai penyakit di Kabupaten Malang dan 10% di antaranya diakibatkan oleh penyakit jantung dan kardiovaskuler, termasuk di dalamnya *cardiac arrest* (Bhirawa.co.id, 2021).

Umumnya, serangan *cardiac arrest* pada seseorang yang terjadi secara mendadak disebabkan oleh faktor irama jantung yang tidak stabil atau tidak normal di mana hal itu terjadi ketika sistem elektrik jantung (pengatur irama dan detak) tidak bekerja dengan benar. Jika sistem elektrik jantung tersebut bekerja tidak benar, maka biasanya yang terjadi detak jantung terlalu cepat atau terlalu lambat. Jika terjadinya singkat, maka hal itu tidak berbahaya dan demikian juga sebaliknya (Mayo Clinic, 2021).

Rumah sakit sebagai pusat pelayanan kesehatan bagi masyarakat, harus senantiasa memberikan perhatian lebih melalui tenaga perawatnya pada pasien, lebih-lebih pasien yang berpotensi mengalami kejadian *cardiac arrest*. Temuan penelitian yang dilakukan Morrison *et al.* (2016) menyatakan bahwa di Amerika Serikat terdapat 1 dari 5 pasien yang dirawat inap di rumah sakit mengalami

gangguan tanda vital dan mirisnya 50% di antaranya tidak disadari oleh perawat yang bertugas.

Joint Commission International menetapkan sasaran keselamatan bagi rumah sakit dengan menyatakan bahwa rumah sakit haruslah meningkatkan kewaspadaan dan respon-nya terhadap kondisi pasien yang berubah (Masica *et al.*, 2009). Instrumen yang dikembangkan untuk meningkatkan kewaspadaan tersebut adalah *early warning score* (EWS). Instrumen EWS ini merupakan satu instrumen yang berfungsi untuk meningkatkan kewaspadaan perawat terhadap perubahan kondisi pasien, salah satunya untuk menghindari kejadian *cardiac arrest* tiba-tiba yang sebenarnya bisa diprediksi dalam waktu 48 jam olehnya (Godhill, *et al.*, 2009 dalam Subhan *et al.*, 2017).

Sejumlah penelitian menyebutkan bahwa implementasi EWS di sejumlah rumah sakit di Indonesia dan luar negeri sudah dilakukan dengan baik. Hal ini misalnya ditunjukkan oleh laporan penelitian Subhan *et al.* (2017) yang menyatakan bahwa dari 87 data rekam medis henti jantung yang diteliti di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, sebanyak 72% memiliki catatan EWS lengkap, 9% memiliki catatan EWS tidak lengkap dan 18% tidak memiliki data EWS. Penelitian Subhan *et al.* (2017) ini mungkin satu-satunya penelitian yang melaporkan tentang implementasi EWS di rumah sakit. Penelitian lain yang menggambarkan baiknya implementasi EWS di rumah sakit bisa dilihat dari fakta penelitian yang menyatakan bahwa implementasi EWS berhasil menurunkan kejadian *cardiac arrest* secara signifikan di rumah sakit. Temuan penelitian Nishijima *et al.* (2016) misalnya menyatakan bahwa di rumah sakit Chubu Tokushukai, implementasi EWS telah menurunkan kejadian *cardiac arrest* secara signifikan (dari 5,21 menjadi 2,05) per 1000. Penelitian paling mutakhir dilakukan

oleh Prayitno *et al.* (2021) di mana temuannya menyatakan bahwa dari 35 responden yang diteliti di Ruang IGD RS Mardi Lestari Sragen, mayoritas (51,4%) memiliki skor penilaian EWS yang rendah dan kejadian *cardiac arrest* mencapai 65,7%. Ini menandakan bahwa implementasi EWS yang kurang baik atau bahkan buruk bisa berimplikasi pada kejadian *cardiac arrest* yang signifikan.

Rumah Sakit tipe C yang ada di Kabupaten Malang sudah sejak sekian lama mengimplementasikan sistem EWS untuk meningkatkan kewaspadaan dan mendeteksi dini *cardiac arrest* pada pasien. Studi pendahuluan yang peneliti lakukan pada tanggal 27 Juli 2020 melalui wawancara singkat dengan Kepala Ruangan (Karu) IGD menyatakan bahwa rata-rata ada 9-10 pasien *cardiac arrest* yang tidak bisa tertolong atau meninggal dunia dari sekitar 35-36 kejadian pasien yang mengalami *cardiac arrest* di rumah sakit tersebut. Pasien *cardiac arrest* yang tidak tertolong atau meninggal dunia tersebut dikarenakan terjadinya perburukan kondisi yang sudah sangat parah, sehingga walaupun diberikan intervensi yang sesuai tetap tidak bisa tertolong.

Angka pasien *cardiac arrest* yang tidak tertolong tersebut tentu sangat insignifikan apabila dibandingkan dengan pasien *cardiac arrest* yang tertolong. Hal itu menurut Andra tidak bisa dilepaskan proses pengkajian awal pasien yang masuk IGD di mana sudah sedari awal diterapkan proses skoring atas tanda-tanda vitalnya menggunakan instrumen EWS yang memang menjadi kebijakan atau SPO rumah sakit. Alhasil, kejadian-kejadian tidak diinginkan seperti *cardiac arrest* bisa diminimalisir. Ini menandakan bahwa setiap perawat di rumah sakit ini, khususnya perawat pelaksana di IGD, diharuskan memiliki pengetahuan dan keterampilan skoring EWS yang memadai.

Berdasarkan hal itu, maka penting untuk diteliti identifikasi implementasi *early warning score* (EWS) dan kejadian *cardiac arrest* di IGD RS Tipe C Kabupaten Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana implementasi *early warning score* (EWS) dan kejadian *cardiac arrest* di IGD RS tipe C Kabupaten Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui implementasi *early warning score* (EWS) dan kejadian *cardiac arrest* di IGD RS tipe C Kabupaten Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

Ada tiga tujuan khusus dilakukannya penelitian ini, yaitu:

1. Mengidentifikasi implementasi *early warning score* (EWS) di IGD RS tipe C Kabupaten Malang;
2. Mengidentifikasi kejadian *cardiac arrest* di IGD RS tipe C Kabupaten Malang; dan
3. Menganalisis implementasi *early warning score* (EWS) pada kejadian *cardiac arrest* di IGD RS tipe C Kabupaten Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini diharapkan bisa menambah wawasan sumber kajian teoritis baru mengenai tema penelitian yang sedang diangkat, yaitu implementasi *early warning score* (EWS) dan kejadian *cardiac arrest*.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Peneliti

Proses penelitian ini bisa menjadi wadah aplikatif bagi ilmu, khususnya pada bidang penelitian dan ilmu kesehatan yang peneliti peroleh selama menempuh pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Universitas Muhammadiyah Malang. Selain itu, penelitian ini diharapkan bisa menjadi referensi bagi peneliti lanjutan yang hendak melakukan penelitian dengan tema serupa.

2. Bagi Perawat dan Institusi Kesehatan

Hasil penelitian ini nantinya diharapkan bisa menjadi bahan masukan untuk bahan pertimbangan mengenai akan diterapkan atau tidaknya sistem EWS untuk mendeteksi sedini mungkin kejadian *cardiac arrest* pasien jantung, utamanya perawat yang ada di lokus pelayanan kesehatan yang belum menerapkan sistem tersebut.

3. Bagi Masyarakat Luas

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi tambahan keilmuan baru bagi masyarakat umum, utamanya yang memiliki riwayat penyakit jantung, agar sedini mungkin bisa mempraktekkan sistem EWS pada

dirinya atau pada keluarganya secara mandiri untuk mendeteksi dan mencegah kejadian *cardiac arrest* dan efeknya yang tidak diinginkan.

1.5 Keaslian Penelitian

Sub-judul keaslian penelitian penting untuk diketengahkan di dalam satu penelitian untuk memberikan dasar komparasi bagi peneliti, sehingga penelitian yang akan dilakukannya benar-benar dinyatakan berbeda dari penelitian lain sebelumnya. Ada banyak hal yang bisa dijadikan tolak ukur keberbedaan suatu penelitian, antara lain: variabel, kriteria responden, lokasi, teknik analisis data, instrumen dan lain sebagainya. Berikut ini penelitian-penelitian sejenis yang pernah dilakukan sebelumnya:

1. Penelitian Prayitno *et al.* (2021) dengan judul “*Hubungan Early Warning Score (EWS) dengan Kejadian Henti Jantung di Ruang IGD RS Mardi Lestari Sragen*”. Penelitian ini secara sekilas memang memiliki banyak kemiripan dengan penelitian yang akan peneliti lakukan, tetapi perbedaannya bisa dilihat dari jumlah responden dan lokasi penelitian. Jumlah responden pada penelitian tersebut relatif kecil yaitu 35 orang, sementara penelitian ini bisa lebih tinggi dari angka tersebut mengingat kuantitas kejadian *cardiac arrest* di IGD RS tipe C Kabupaten Malang, sebagaimana hasil wawancara singkat peneliti dengan kepala ruangan IGD rumah sakit tersebut, cukup signifikan tiap bulannya, yaitu sekitar 35 kasus per-bulan di mana hal itu belum termasuk pasien *post-cardiac arrest* yang melakukan kunjungan ke rumah sakit tersebut di mana jumlahnya jauh lebih tinggi. Perbedaan angka ini tentu akan berimplikasi pada temuan penelitian nantinya.

2. Penelitian Subhan *et al.* (2017) dengan judul “*Implementasi Early Warnin Score pada Kejadian Henti Jantung di Ruang Perawatan RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung yang Ditangani Tim Code Blue Selama Tahun 2017*”. Penelitian tersebut juga mirip dengan penelitian yang disebut sebelumnya. Selain memiliki perbedaan lokasi penelitian dengan penelitian ini, jumlah 87 data rekam medis selama tahun 2017 tersebut masih lebih kecil apabila dibandingkan dengan data rekam medis yang ada di IGD RS tipe C Kabupaten Malang dalam satu tahun kalender.

3. Penelitian Nishijima *et al.* (2016) dengan judul “*Use of a Modified Early Warning Score System to Reduce the Rate in-Hospital Cardiac Arrest*”. Penelitian tersebut juga memiliki variabel yang mirip dengan penelitian ini. Perbedaannya terletak pada desain penelitiannya. Jika penelitian tersebut merupakan penelitian eksperimen, maka penelitian ini merupakan penelitian *cross-sectional*.

Ketiga penelitian tersebut tidak ada yang benar-benar persis dengan penelitian. Artinya, penelitian ini bisa diklaim berbeda dari penelitian-penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya.