

Pelatihan Pertolongan Pertama Berbasis Model Selamat Meningkatkan Efikasi Diri Dalam Penanganan Henti Jantung di Luar Rumah Sakit

Uti Rusdian Hidayat, Debby Hatmalyakin, Fauzan Alfikrie, Ali Akbar, Nurpratiwi, Mimi Amaludin

STIKES YARSI Pontianak, Jl. Panglima Aim, No. 1 Pontianak Timur, Indonesia

*Email Korespondensi : utirhidayat@gmail.com

ABSTRAK

Kejadian henti jantung di luar rumah sakit sebagai keadaan yang membahayakan hidup individu. Dari banyaknya kasus henti jantung, hanya sedikit korban yang bisa selamat. Kondisi ini berkaitan dengan rendahnya angka penanganan awal pada *cardiac arrest* di masyarakat serta *respon time* tenaga kesehatan ke tempat perkara. Kondisi ini muncul karena penolong pertama kurang percaya diri untuk melaksanakan penanganan pertama *cardiac arrest*. Penelitian ini bertujuan menguji Model SELAMAT sebagai metode pembelajaran penanganan pertama *cardiac arrest* dalam meningkatkan kepercayaan diri Masyarakat Kota Pontianak. Penelitian ini merupakan *quasy experiment* dengan *pretest-posttest with control group* dengan responden berjumlah 30 orang/perkelompok diambil dengan tehnik *purposive sampling*. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner dan uji statistik menggunakan *marginal homogeneity*. Hasil penelitian menunjukkan model SELAMAT sebagai metode pembelajaran penanganan awal *cardiac arrest* dapat efektif meningkatkan kepercayaan diri masyarakat kota Pontianak dengan nilai $p=0,000$. Pelatihan model "SELAMAT" menjadi salah satu model pelatihan yang dapat meningkatkan efikasi diri masyarakat dalam memberikan penanganan pertama pada *cardiac arrest*. Diharapkan melalui pelatihan ini, masyarakat dapat yakin melakukan pertolongan pada henti jantung dengan Model SELAMAT.

Kata-kata kunci: Pelatihan, Model SELAMAT, Self Efikasi, Henti Jantung

ABSTRACT

Events of cardiac arrest outside the hospital as a condition that endangers the life of the individual. Of the many cases of cardiac arrest, only a few victims can survive. This condition is related to the low rate of early treatment of cardiac arrest in the community and the response time of health workers to the place of the case. This condition arises because the first rescuer lacks confidence to carry out the first treatment of cardiac arrest. This study aims to test the SELAMAT model as a learning method for the first treatment of cardiac arrest in increasing the confidence of the people of Pontianak City. This research is a quasi experiment with pretest-posttest with control group with 30 respondents/group taken by purposive sampling technique. The instruments used are questionnaires and statistical tests using marginal homogeneity. The results showed that the SELAMAT model as a learning method for the early management of cardiac arrest could be effective in increasing the self-confidence of the people of Pontianak city with a p value of 0.000. The "SELAMAT" model training is one of the training models that can increase the community's self-efficacy in providing the first treatment for cardiac arrest. It is hoped that through this training, the public can be confident in doing help in cardiac arrest with the SELAMAT model.

Keywords: Training, SELAMAT Model, Self Efficacy, Cardiac arrest

Cite this as: Hidayat, Uti Rusdian., dkk. *Pelatihan Pertolongan Pertama Berbasis Model Selamat Meningkatkan Efikasi Diri Dalam Penanganan Henti Jantung di Luar Rumah Sakit*. Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan dan Kesehatan. 2022; 10(2): 166-174. DOI: 10.20527/dk.v10i2.11

PENDAHULUAN

Henti jantung di luar rumah sakit menjadi keadaan yang membahayakan kehidupan individu. Kasus ini mengalami peningkatan di

seluruh dunia. American Heart Association (AHA) mendeskripsikan kasus OHCA di Amerika yang mendapatkan resusitasi jantung paru hanya 40% atau 142.584 dari 356.461 orang. Dari total jumlah kasus yang

mendapatkan RJP, hanya 9,5% yang selamat. (1). Di Kalimantan Barat, angka kejadian henti jantung di luar rumah sakit yang terdata mencapai 223 orang dengan angka mortalitas mencapai 100% (2). Rendahnya survival pasien kasus henti jantung pada luar rumah sakit berkaitan dengan adanya kecepatan tenaga kesehatan hadir di lokasi kejadian (3). Kondisi dilapangan mendeskripsikan bahwa petugas kesehatan tidak mampu hadir segera dilokasi kejadian. Hal ini berkaitan dengan jarak maupun letak geografis lokasi kejadian yang harus ditempuh tenaga kesehatan. Berdasarkan kondisi tersebut, masyarakat sekitar lah yang menjadi orang yang memberikan pertolongan pertama pada korban (4). Keadaan ini menjelaskan bahwa masyarakat di lingkungan korban memiliki pengaruh yang besar terkait survival pasien *cardiac arrest*.

Masyarakat yang melakukan resusitasi jantung paru pada kasus henti jantung di luar rumah sakit masih sangat rendah. Kejadian *cardiac arrest* di Indonesia mencapai 0,1% dari 10.000 penduduk dengan usia kurang dari 35 tahun yang berjumlah 300.000-350.000/tahunnya (5). Di Indonesia, Public Safety Center (PSC) 119 sudah dibentuk dalam rangka penanganan kasus kesehatan yang salah satunya untuk penanganan henti jantung. PSC 119 dibentuk dalam rangka sebagai pusat pelaporan dan pelayanan informasi kesehatan di masyarakat yang salah satunya sebagai penanganan kasus henti jantung. Melalui fasilitas ini, masyarakat dapat melaporkan atau meminta bantuan jika menemukan kasus atau kecelakaan baik sifatnya yang gawat maupun yang tidak gawat. Namun, sampai saat ini, fasilitas PSC 119 ini belum berjalan dengan efektif (6). Hal ini disebabkan banyak masalah yang muncul dalam proses pelaksanaan berupa adanya daerah yang belum secara penuh terintegrasi dengan PSC 119 pusat serta masyarakat yang kurang mendapat informasi akan fungsi dari PSC 119 ini (7). Keadaan inilah yang menjadi permasalahan masyarakat untuk bisa melakukan CPR untuk *cardiac arrest* pada luar rumah sakit.

Banyaknya masyarakat yang kurang aktif dalam memberikan penanganan pada *cardiac*

arrest berkaitan dengan adanya pengetahuan dan kepedulian masyarakat yang rendah dalam melakukan CPR (8). Hasil studi pendahuluan mendapatkan bahwa banyak masyarakat pontianak yang tidak mengetahui, cara mencari bantuan serta memberikan pertolongan pertama untuk henti jantung yang berupa resusitasi jantung paru. Banyak masyarakat yang kurang percaya diri dalam membantu korban dengan *cardiac arrest*. keadaan inilah yang dapat berhubungan dengan survival pasien *cardiac arrest*.

Berdasarkan permasalahan di atas, AHA mengembangkan suatu program pelatihan CPR pada komunitas masyarakat awam. Program ini dilaksanakan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan serta kesadaran masyarakat dalam melakukan CPR (9). Penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa pelatihan dengan metode AHA dapat efektif meningkatkan pengetahuan, sikap dan kemauan dalam melakukan bantuan hidup dasar (10). Pembelajaran dengan metode AHA sering digunakan dalam pelatihan kepada masyarakat umum. namun, belum ditemukan bagaimana cara mengingat dan menghafal dengan mudah materi yang disampaikan. Oleh karena itu, peneliti menggunakan metode pembelajaran untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kesadaran berupa metode Mnemonic.

Metode Mnemonic sebagai tehnik pembelajaran dengan mengoptimalkan proses ingatan dengan dihubungkannya melalui kata-kata maupun ide dalam bentuk singkatan (11). Metode ini yang berfokus dengan mengimajinasi serta menghubungkan kalimat menjadi suatu singkatan dapat meningkatkan kinerja sehingga mempermudah dalam belajar (12). Oleh karena itu, peneliti membuat Model "SELAMAT".

Model "SELAMAT" ini mempunyai arti pada huruf masing-masing yang memang dibuat berdasarkan panduan AHA. Huruf "S" merupakan tahapan pertama yaitu "Selalu Utamakan Keamanan". Huruf "E" merupakan tahapan kedua yaitu "Evaluasi Kesadaran Korban". Huruf "L" merupakan tahapan ketiga

yaitu “Lihat sekitar dan panggil bantuan”. Huruf “A” merupakan tahapan keempat yaitu “Amati apakah korban bernapas”. Huruf “M” merupakan tahapan kelima yaitu “Melakukan Kompresi Dada”. Huruf “A” merupakan tahapan keenam yaitu “Amati respon korban (selama memberikan kompresi dada)”. Huruf “T” merupakan tahapan ketujuh yaitu “Tunggu bantuan datang (selama memberikan kompresi dada)”. Model “SELAMAT” memiliki novelty berkaitan dengan dengan cara menghafal proses pelaksanaan bantuan hidup dasar yang belum ada dibuat. Penelitian ini masih Harapan dengan adanya Model SELAMAT ini dapat mempermudah tenaga medis khususnya perawat dalam memberikan informasi kepada masyarakat awam untuk melakukan bantuan hidup dasar. Berdasarkan permasalahan di atas, maka peneliti melakukan penelitian yang berjudul “Pelatihan Pertolongan Pertama Berbasis Model Selamat Meningkatkan Efikasi Diri Dalam Penanganan Henti Jantung di Luar Rumah Sakit”.

METODE

Penelitian ini berupa penelitian *quasy experiment pretest posttest with control group*. Lokasi penelitian di Pontianak pada tanggal 7 November 2021. Variabel independen pada penelitian ini berupa model SELAMAT untuk kelompok Intervensi dan pelatihan dengan modul AHA untuk kelompok Kontrol. Variabel dependen pada penelitian ini berupa *Self Efikasi*. Kelompok penelitian dibagi menjadi 2 kelompok yaitu 30 orang kelompok Model SELAMAT dan 30 orang kelompok AHA dengan *purposive sampling*. Adapun kriteria inklusi berupa belum pernah mendapatkan pelatihan pertolongan pertama pada henti jantung, masyarakat umum, dapat berkomunikasi dengan baik dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi berupa partisipan yang tiba-tiba sakit. Instrumen penelitian berupa kuesioner *The Resuscitation Self-Efficacy Scale* yang sudah teruji validitas dan reliabilitasnya dengan nilai *chronbach alpha* 0,91(13). Sebelum melakukan pelatihan, partisipan diberikan lembar pretest terlebih dahulu. Kemudian peneliti memberikan

pelatihan dalam waktu 45 menit pada masing-masing kelompok. Setelah memberikan materi, partisipan langsung diminta melakukan pertolongan pertama henti jantung pada masing-masing kelompok. Kemudian, partisipan mengisi kembali lembar posttest yang diberikan oleh peneliti. Data dianalisis menggunakan uji statistik non parametrik *marginal homogeinety*. Hasil kaji etik No. 047/KEPK/STIKes.YSI/X/2021.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Karateristik Responden Berdasarkan Umur

	Kelompok	Median	Min-Max
Umur	Intervensi	21	14-64
	Kontrol	18	17-25

Berdasarkan tabel 1, responden kelompok intervensi paling muda berusia 14 tahun dan paling tua berusia 64 tahun. Untuk kelompok kontrol paling muda berusia 17 tahun dan paling tua berusia 25 tahun. Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa kelompok intervensi dan kelompok kontrol paling dominan berjenis kelamin perempuan dengan jumlah masing-masing 20 orang (66,7%) dan 26 orang (86,7%). Untuk pendidikan, kelompok intervensi dan kelompok kontrol paling dominan berpendidikan SMA dengan jumlah masing-masing 26 orang dan 29 orang. Untuk pekerjaan, kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang paling dominan bekerja sebagai pelajar/mahasiswa dengan jumlah masing-masing 20 orang (66,7%) dan 28 orang (93,3%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Cartledge et al yang menjelaskan bahwa rata-rata responden yang melakukan pelatihan direntang 18-54 tahun dan paling banyak berjenis kelamin perempuan (14). Berbeda dengan penelitian Patimah yang menjelaskan bahwa paling banyak responden berpendidikan SMP dan bekerja sebagai wiraswasta (15). Tabel 3 didapatkan p-value 0.000 Model SELAMAT berpengaruh Terhadap Self Efikasi masyarakat Kota Pontianak. Tabel 4 didapatkan nilai p-value

Tabel 2. Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan

Karakteristik	Kelompok	Kategori	F	%
Jenis Kelamin	Intervensi	Laki-laki	10	33,3
		Perempuan	20	66,7
		Jumlah	30	100
	Kontrol	Laki-laki	4	13,3
		Perempuan	26	86,7
		Jumlah	30	100
Pendidikan	Intervensi	Tidak Sekolah	0	0
		SD	0	0
		SMP	2	6,7
		SMA	26	86,7
		PT	2	6,7
		Jumlah	30	100
	Kontrol	Tidak Sekolah	0	0
		SD	0	0
		SMP	0	0
		SMA	29	96,7
		PT	1	3,3
		Jumlah	30	100
Pekerjaan	Intervensi	Pelajar/Mahasiswa	20	66,7
		PNS/TNI/Polri	2	6,7
		Tidak Bekerja	1	3,3
		Swasta	4	13,3
		Wiraswasta	2	6,7
		IRT	0	0
		Lain-Lain	1	3,3
		Jumlah	30	100
	Kontrol	Pelajar/Mahasiswa	28	93,3
		PNS/TNI/Polri	0	0
		Tidak Bekerja	1	3,3
		Swasta	1	3,3
		Wiraswasta	0	0
		IRT	0	0
Lain-Lain	0	0		
Jumlah	30	100		

0.021, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pembelajaran AHA berpengaruh terhadap self efikasi masyarakat Kota Pontianak. Berdasarkan tabel 5, didapatkan p-value 0,026 yang menunjukkan ada perbedaan antara Model SELAMAT dengan Model AHA.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perubahan *self* efikasi pada responden kelompok intervensi yang mendapatkan pelatihan pertolongan pertama *cardiac arrest* dengan menggunakan Model SELAMAT dimana terdapat peningkatan *Self*

Efikasi yang signifikan. Untuk kelompok kontrol yang mendapatkan pelatihan pertolongan pertama henti jantung dengan pendekatan AHA dimana terdapat peningkatan *Self* Efikasi yang signifikan. *Self* efikasi merupakan keyakinan seseorang akan kapabilitas diri untuk mengatur serta melakukan beberapa aktivitas yang dibutuhkan untuk menghasilkan sesuatu. Seseorang dengan keyakinan yang tinggi akan dirinya mampu menyusun strategi ataupun aktivitas yang akan menuju ke tujuan utama. Kepercayaan diri ini dapat ditingkatkan melalui suatu pelatihan

Tabel 3. Pelatihan Pertolongan Pertama Henti Jantung di Luar Rumah Sakit Dengan Model SELAMAT Terhadap Self Efikasi masyarakat Kota Pontianak

Waktu Pengukuran	Self Efikasi						Total		P value
	Tinggi		Sedang		Rendah		N	%	
	n	%	n	%	n	%			
Sebelum Intervensi	5	16,7	23	76,7	2	6,7	30	100	0,000
Sesudah Intervensi	26	83,7	4	13,3	0	0	30	100	

tertentu. Pelatihan merupakan suatu proses pembelajaran yang dilaksanakan dalam mengembangkan pengetahuan serta keterampilan individu untuk melaksanakan suatu tindakan yang ingin dikuasai oleh seseorang (16). Pelatihan sebagai suatu metode dalam mempelajari dan menguasai pengetahuan, keterampilan dan kepercayaan seseorang untuk melakukan tindakan RJP dalam mengembalikan fungsi jantung dan paru (17). Salah satu metode terbaru yang diciptakan oleh peneliti dalam memudahkan pelatihan pertolongan pertama yaitu metode *mnemonic* model “SELAMAT”.

“SELAMAT” adalah suatu singkatan dan *mnemonic* dari tahapan atau algoritma pertolongan pertama pada korban yang menderita *cardiac arrest* diluar rumah sakit, untuk penolong awam dan/atau tidak dilengkapi dengan peralatan yang memadai. Tahapan dan prinsip pada metode “SELAMAT” mengacu pada konsep OHCA dari *American Heart Association* (AHA) dalam *Provider Manual Basic Life Support* Tahun 2016 yang paling banyak dijadikan rujukan atau pedoman internasional untuk penanggulangan kasus henti jantung diluar rumah sakit (18). “SELAMAT” merupakan *mnemonic* yang dapat membantu penolong pertama untuk mempelajari dan mengingat

tahapan pertolongan yang akan diberikan, khususnya bagi masyarakat Indonesia dan tidak menutup kemungkinan bagi masyarakat dari Negara lain.

Teknik memori atau *mnemonic* merupakan suatu sistem tentang “kode memori” yang membuat orang ingat dengan sempurna apapun yang ingin diingatnya (19). Dalam bukunya yang terbit pada tahun 1977, Higbee menjelaskan bahwa Kata *mnemonic* berasal dari bahasa Yunani kuno, yakni dari kata *mnemosyne* yang artinya “dewi memori / ingatan” (20). “SELAMAT” diyakini sebagai *mnemonic* yang dapat memudahkan penolong pertama pada saat mempelajari maupun untuk mengingat kembali sebelum dan saat memberikan bantuan. “SELAMAT” dijabarkan menjadi 7 tahapan sesuai dengan jumlah hurufnya.

Huruf “S” merupakan tahapan pertama yaitu “Selalu Utamakan Keamanan”. Pada tahap ini penolong perlu memastikan prinsip “Tiga Aman” yang terdiri dari; (1) Aman Penolong, dilakukan dengan memastikan bahwa penolong dalam keadaan siap memberikan pertolongan dan akan terhindar dari resiko penularan penyakit atau bahaya lain, hal ini perlu dipastikan sebelum penolong mendatangi korban, (2) Aman Lingkungan, dilakukan

Tabel 4. Pelatihan Pertolongan Pertama Henti Jantung di Luar Rumah Sakit Dengan Pendekatan AHA Terhadap Self Efikasi masyarakat Kota Pontianak

Waktu Pengukuran	Self Efikasi						Total		P value
	Tinggi		Sedang		Rendah		n	%	
	n	%	n	%	N	%			
Sebelum Intervensi	5	16,7	25	83,3	0	0	30	100	0,021
Sesudah Intervensi	13	43,3	17	56,7	0	0	30	100	

Tabel 5. Perbedaan Perubahan Self Efikasi Kelompok Intervensi dan Kontrol

Self Efikasi Kelompok Intervensi	Self Efikasi Kelompok Kontrol				Total		P value
	Tinggi		Sedang		n	%	
	n	%	n	%			
Tinggi	9	34,6	17	65,4	26	100	0,026
Sedang	4	100	0	0	4	100	

dengan cara menilai sejenak kondisi lingkungan untuk mengidentifikasi faktor bahaya dari lingkungan hal ini perlu dipastikan sebelum penolong mendatangi korban, dan (3) Aman Korban, dilakukan dengan memastikan bahwa korban tidak berada dalam jangkauan bahaya lingkungan, serta posisinya mendukung kemudahan dalam pelaksanaan pemeriksaan dan pertolongan (18). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Dominika *et al* menjelaskan bahwa *safety* dalam melakukan resusitasi jantung paru wajib dilakukan untuk mengamankan diri dan pasien terutama pada situasional COVID-19 ini. Perlu penggunaan alat pelindung diri sesuai dengan situasional yang memungkinkan bantuan bisa diberikan (21).

Huruf “E” merupakan tahapan kedua yaitu “Evaluasi Kesadaran Korban”. Pada tahap ini penolong memastikan respon korban dengan cara memanggil dan menepuk dibagian pundak korban secara simultan sambil memperhatikan dua hal yang terdiri dari; (1) apakah mata membuka, (2) apakah mulut bersuara. Jika kedua respon tersebut tidak ada maka tindakan dilanjutkan pada tahap berikutnya secara berurutan sesuai dengan mnemonik “SELAMAT”. Apabila korban memberikan respon yang baik maka cukup melaksanakan tahapan pada huruf “L” serta damping korban sambil menunggu bantuan datang (18). Berg et al menjelaskan bahwa evaluasi respon korban wajib dilakukan untuk mengidentifikasi pasien masih sadar atau tidak. Jika kondisi pasien tidak sadarkan diri, maka wajib memanggil bantuan untuk mencari pertolongan medis (22).

Huruf “L” merupakan tahapan ketiga yaitu “Lihat sekitar dan panggil bantuan”. Penolong mencari bantuan medis dan lebih dianjurkan

untuk meminta orang lain disekitar untuk menelpon pusat bantuan medis agar penolong pertama bisa fokus kepada korban. Jenis bantuan yang diminta sebaiknya terdiri dari minimal petugas medis, ambulans gawat darurat dan alat AED (*Automatic External Defibrillation*) (18). Berg et al menjelaskan bahwa penolong pertama harus melihat kondisi sekitar dan segera meminta bantuan dengan meminta orang memanggil ambulans atau bisa langsung menghubungi nomor gawat darurat/ambulans yang tersedia di daerah masing-masing (22).

Huruf “A” merupakan tahapan keempat yaitu “Amati apakah korban bernapas”. Penolong memperhatikan pergerakan dada korban untuk memastikan apakah korban bernapas. Jika korban tidak bernapas wajib dicurigai mengalami henti jantung dan dilakukan tindakan berikutnya yang tertera pada tahapan Huruf “M” (18). Berg et al menjelaskan bahwa pengecekan bantuan napas wajib dilakukan sebagai salah satu deteksi pasien sadar atau tidak. Pengecekan pernapasan pasien bisa dengan mendengar suara nafas ataupun memperhatikan pengembangan dada pasien (22).

Huruf “M” merupakan tahapan kelima yaitu “Melakukan Kompresi Dada”. Pada tahap ini penolong melakukan penekanan pada tengah tulang dada dengan kedalaman 5-6 cm, kecepatan 100 – 120 kali permenit, dan memastikan dada kembali utuh terlebih dahulu sebelum menekan kembali tanpa melepaskan penempelan tangan pada dada korban. Tindakan ini dilakukan dengan menjaga kestabilan tingkat kedalaman dan kecepatan (18). Anderson et al menjelaskan bahwa kompresi dada menjadi hal yang wajib

dilakukan terutama kompresi dada yang berkualitas yang terdiri dari 5 indikator. Penolong harus bisa memberikan bantuan kompresi yang berkualitas dalam rangka meningkatkan peluang hidup korban dengan henti jantung (23).

Huruf “A” merupakan tahapan keenam yaitu “Amati respon korban (selama memberikan kompresi dada)”. Saat melakukan kompresi dada, penolong memperhatikan respon korban yang mungkin dapat bervariasi, seperti mata membuka, batuk, muntah, pergerakan anggota tubuh dan lain sebagainya. Tindakan kompresi dada dihentikan apabila ditemukan respon pada korban, bantuan datang, atau penolong kelelahan dan tidak ada lagi penolong lain yang bisa menggantikan (18). Berg et al menjelaskan mengamati respon korban wajib dilakukan sebagai salah satu indikator diberhentikannya resusitasi jantung paru (22).

Huruf “T” merupakan tahapan ketujuh yaitu “Tunggu bantuan datang (selama memberikan kompresi dada)”. Tahap ini dilakukan apabila ditemukan respon pada korban, terutama korban dipastikan bernapas. Penolong dapat memberikan posisi berbaring miring (kekanan) sambil menunggu bantuan datang dan melakukan pengecekan ulang pernapasan korban setiap dua menit sekali. Apabila korban kembali mengalami henti napas maka penolong melanjutkan tindakan pemberian kompresi dada dengan posisi korban berbaring terlentang (18). Freire-Tellado et al menjelaskan bahwa posisi recovery dilakukan untuk meningkatkan kondisi pasien terutama paska adanya nadi dan napas pasien (24).

KETERBATASAN

Karakteristik responden yang bervariasi pada kelompok intervensi dan kontrol terutama dari segi pendidikan dapat mempengaruhi proses hasil terutama pengetahuan dan keterampilan.

ETIKA PENELITIAN

Penelitian ini telah memenuhi prinsip etika penelitian kesehatan dan telah mendapatkan

keterangan lolos etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan STIKES YARSI Pontianak dengan No. 047/KEPK/STIKes.YSI/X/2021.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada STIKES YARSI Pontianak, Camat Se Kota Pontianak serta semua pihak yang berkontribusi dalam kelancaran pelaksanaan penelitian ini.

PENUTUP

Pelatihan pertolongan pertama henti jantung menggunakan model “SELAMAT” dapat meningkatkan *self* efikasi masyarakat kota Pontianak. Harapan bagi masyarakat dapat yakin memberikan pertolongan pertama pada kasus henti jantung dan bagi pemerintah setempat dapat melakukan kegiatan serupa dalam memperluas pengetahuan tentang penanganan pertolongan pertama pada henti jantung dengan Model SELAMAT.

REFERENSI

1. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, et al. Heart disease and stroke statistics - 2018 update: A report from the American Heart Association. Vol. 137, Circulation. 2018. 67–492 p.
2. Dinas Kesehatan. Laporan Dinas Kesehatan Kalimantan Barat. Kalimantan Barat; 2020.
3. Holmén J, Herlitz J, Ricksten SE, Strömsöe A, Hagberg E, Axelsson C, et al. Shortening ambulance response time increases survival in out-of-hospital cardiac arrest. J Am Heart Assoc. 2020;9(21).

4. Goto Y, Funada A, Goto Y. Relationship between emergency medical services response time and bystander intervention in patients with out-of-hospital *cardiac arrest*. *J Am Heart Assoc*. 2018;7(9):1–19.
5. IHA. Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut Edisi Ketiga. 2015;
6. Budi S. Tanggung Jawab Pemerintah Daerah Dalam Penyelenggaraan Kedaruratan Pra-Hospital Melalui Public Safety Center (PSC) 119 Untuk Peningkatan Layanan Kesehatan di Indonesia. *Aktualita*. 2020;3(1):547–64.
7. Nurulita D, Darnoto S. PROSIDING-SEMNAS & CALL FOR PAPERS ANALISIS SISTEM INFORMASI INOVASI PSC (PUBLIC SAFETY CENTER) 119 DENGAN METODE PIECES DI DINAS KESEHATAN KA-BUPATEN BOYOLALI. *Pros - Semnas Call Pap*. 2017;6–11.
8. Krammel M, Lobmeyr E, Sulzgruber P, Winnisch M, Weidenauer D, Poppe M, et al. The impact of a high-quality basic life support police-based first responder system on outcome after out-of-hospital *cardiac arrest*. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(6):2–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0233966>
9. Kleinman ME, Brennan EE, Goldberger ZD, Swor RA, Terry M, Bobrow BJ, et al. Part 5: Adult basic life support and cardiopulmonary resuscitation quality: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2015;132(18):S414–35.
10. Pivač S, Gradišek P, Skela-Savič B. The impact of cardiopulmonary resuscitation (CPR) training on schoolchildren and their CPR knowledge, attitudes toward CPR, and willingness to help others and to perform CPR: mixed methods research design. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1–11.
11. Purnamasari R. Strategi pembelajaran mnemonic untuk meningkatkan memori siswa. *Sipatahoenan* [Internet]. 2018;4(2):125–38. Available from: www.journals.mindamas.com/index.php/sipatahoenan
12. Bakken JP. Mnemonic Strategies: Helping Students with Intellectual and Developmental Disabilities Remember Important Information. *Glob J Intellect Dev Disabil*. 2017;2(3).
13. Issenberg YS, Chung SB, Kim HS, Sun S. Development and Psychometric Evaluation of the Resuscitation Self - efficacy Scale for Nurses. 2012;(December).
14. Cartledge S, Saxton D, Finn J, Bray JE. Australia's awareness of *cardiac arrest* and rates of CPR training: results from the Heart Foundation's HeartWatch survey. *BMJ Open*. 2020;10(1):e033722.
15. Patimah S. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Pertolongan Pertama Korban Tenggelam Dan Pelatihan Bhd Terhadap Peningkatan Pengetahuan Masyarakat Di Kota Jayapura. *Heal Papua-Jurnal keperawatan dan Kesehat*. 2019;2(2):86–93.
16. Dwyer T, Reid Searl K, McAllister M, Guerin M, Friel D. Advanced life simulation: High-fidelity simulation without the high technology. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2015;15(6):430–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2015.05.007>
17. Huang EP, Chiang W, Hsieh M, Wang H, Yang C, Lu T, et al. ScienceDirect Public knowledge , attitudes and willingness regarding bystander cardiopulmonary resuscitation : A nationwide survey in Taiwan. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.07.018>
18. AHA. Basic Life Support - Provider Manual. USA: AHA; 2016.

19. Buzan T. Use Your Memory – Gunakana Memori Anda. Batam: Interaksara.; 2006.
20. Higbee, Kenneth L. Your Memory: How it Works and how to Improve it. USA: Prentice-Hall.; 1997.
21. Chojecka D, Pytlos J, Zawadka M, Andruszkiewicz P, Szarpak Ł, Dzieciatkowski T, et al. How to Maintain Safety and Maximize the Efficacy of Cardiopulmonary Resuscitation in COVID-19 Patients: Insights from the Recent Guidelines. *J Clin Med.* 2021;10(23):5667.
22. Berg RA, Hemphill R, Abella BS, Aufderheide TP, Cave DM, Hazinski MF, et al. Part 5: adult basic life support: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation.* 2010;122(18_suppl_3):S685–705.
23. Anderson R, Sebaldt A, Lin Y, Cheng A. Optimal training frequency for acquisition and retention of high-quality CPR skills: a randomized trial. *Resuscitation.* 2019;135:153–61.
24. Freire-Tellado M, Navarro-Patón R, del Pilar Pavón-Prieto M, Fernández-López M, Mateos-Lorenzo J, López-Fórneas I. Does lying in the recovery position increase the likelihood of not delivering cardiopulmonary resuscitation? *Resuscitation.* 2017;115:173–