



GAWAT DARURAT BERBASIS RISET

Dyah Triwidiyatari • Hana Priscilla Frudence Sohilait
Utari Yunie Atrie • A. Nurlaela Amin
Dyah Trifianingsih

GAWAT DARURAT

(BERBASIS RISET)

Bdn. Dyah Triwidiyantari, SST., M.Keb.
Ns. Hana Priscilla Frudence Sohilait, S.Kep., M.Kep.
Utari Yunie Atrie, S.Kep., Ns., M.Kep.
A. Nurlaela Amin, S.Kep., Ns., M.Kes.
Dyah Trifianingsih, S.Kep., Ners., M.Kep.



GAWAT DARURAT (BERBASIS RISET)

Penulis: Bdn. Dyah Triwidiyantari, SST., M.Keb.
Ns. Hana Priscilla Frudence Sohilait, S.Kep., M.Kep.
Utari Yunie Atrie, S.Kep., Ns., M.Kep.
A. Nurlaela Amin, S.Kep., Ns., M.Kes.
Dyah Trifianingsih, S.Kep., Ners., M.Kep.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Yang Yang Dwi Asmoro

ISBN: 978-623-8775-97-2

Cetakan Pertama: Januari, 2025

Hak Cipta © 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website : www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram : @bimbel.optimal



Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat, 11480
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

Prakata

Gawat Darurat (Berbasis Riset) merupakan salah satu bidang yang membutuhkan ketelitian, kecepatan, dan ketepatan dalam pengambilan keputusan untuk menyelamatkan nyawa pasien. Buku ini disusun berdasarkan hasil penelitian dari penulis serta dirancang untuk memberikan wawasan menyeluruh tentang keperawatan dan kebidanan gawat darurat, mencakup berbagai pendekatan klinis serta aspek bio-psiko-sosial-spiritual yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan. Dalam kondisi darurat, kolaborasi multidisiplin dan keterampilan yang unggul menjadi kunci untuk menyelamatkan nyawa pasien, sekaligus memberikan dukungan holistik yang mampu meningkatkan kualitas hidup mereka.

Buku ini berisi 5 BAB. Bab pertama buku ini membahas pertolongan pertama pada kecelakaan pada anak. Anak-anak, sebagai kelompok yang rentan, memerlukan pendekatan yang berbeda dalam penanganan gawat darurat dibandingkan orang dewasa. Buku ini juga membahas mengenai pemenuhan kebutuhan holistik (bio-psiko-sosial-spiritual) pada pasien kritis. Dalam situasi kritis, pendekatan holistik menjadi kunci, karena tidak hanya aspek fisik pasien yang membutuhkan perhatian, tetapi juga kondisi psikologis, sosial, dan spiritual mereka.

Bab kedua mengupas pentingnya pemenuhan kebutuhan holistik (bio-psiko-sosial-spiritual) pada pasien kritis. Dalam situasi gawat darurat, pemenuhan kebutuhan pasien tidak hanya mencakup aspek biologis tetapi juga mencakup dimensi psikologis, sosial, dan spiritual. Buku ini memberikan panduan praktis untuk menerapkan pendekatan holistik dalam praktik keperawatan dan kebidanan, sehingga mendukung pemulihan pasien secara menyeluruh. Kompetensi keperawatan holistik perawat di ruang perawatan kritis. Dalam bab ini, pembaca diajak untuk memahami pentingnya penguasaan keterampilan klinis, komunikasi, dan pengambilan keputusan dalam memberikan pelayanan terbaik kepada pasien kritis. Kompetensi ini menjadi elemen utama dalam menciptakan asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dan berorientasi pada kebutuhan pasien.

Bab ketiga menyoroti perawatan gawat darurat dan kritis pada pasien stroke, salah satu kondisi yang sering menjadi tantangan di ruang gawat darurat. Penanganan pasien stroke membutuhkan intervensi cepat dan koordinasi tim yang baik untuk meminimalkan kerusakan neurologis dan meningkatkan prognosis pasien. Bab ini memberikan panduan praktis dan studi kasus yang relevan untuk memperkuat pemahaman pembaca mengenai penanganan pasien stroke.

Bab keempat menyajikan hasil penelitian mengenai hubungan pengetahuan dan motivasi perawat dengan pemberian asuhan spiritual care pada pasien kritis di RSUD

H. A. Sulthan Daeng Radja Bulukumba. Penelitian ini menyoroti bagaimana pengetahuan dan motivasi perawat memengaruhi kualitas asuhan spiritual yang diberikan kepada pasien. Bab ini tidak hanya memperkaya wawasan pembaca tetapi juga memberikan rekomendasi praktis untuk pengembangan layanan spiritual care di fasilitas kesehatan.

Bab terakhir membahas pertolongan pertama pada kecelakaan lalu lintas, yang menjadi salah satu tantangan terbesar dalam pelayanan gawat darurat. Penanganan yang cepat dan tepat di lokasi kejadian dapat mencegah komplikasi lebih lanjut dan meningkatkan peluang keselamatan pasien. Bab ini memberikan panduan lengkap untuk masyarakat umum dan tenaga medis tentang prosedur pertolongan pertama sesuai dengan standar internasional.

Kami menyadari bahwa penyusunan buku ini tidak terlepas dari berbagai keterbatasan. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan masukan, saran, dan kritik konstruktif dari para pembaca untuk penyempurnaan di masa mendatang.

Akhir kata, kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung penyusunan buku ini. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang luas, khususnya dalam meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan gawat darurat yang holistik dan profesional.

Tim Penulis

Daftar Isi

Prakata	iii
Daftar Isi.....	v

BAB 1 Penanganan Pertama Pada Kecelakaan (P3K) Cedera Anak Balita1

A. Pendahuluan.....	1
B. Pengetahuan Orang Tua Mengenai P3K.....	1
C. Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K)	2
D. Cedera Anak Balita	3
E. Asuhan.....	5
F. Penutup.....	16
Referensi.....	18
Glosarium.....	20

BAB 2 Pemenuhan Kebutuhan Holistik (Biologis-Psikologis- Sosial-Spiritual) dan Kompetensi Keperawatan Holistik Pada Pasien Kritis21

A. Pendahuluan.....	21
B. Konsep Perawatan Pasien Kritis.....	22
C. Konsep Keperawatan Holistik.....	23
D. Kebutuhan Biologis, Psikologis, Sosial, dan Spiritual.....	25
E. Kompetensi Keperawatan Holistik.....	30
F. Peran Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Holistik Pada Pasien Kritis	33
G. Penutup.....	33
Referensi.....	35
Glosarium.....	37

BAB 3 Efektivitas *Massage Effleurage* Punggung Menggunakan Olive Oil Terhadap Pencegahan Pressure Ulcer Pada Pasien Stroke Di *Intensive Care Unit (ICU)*39

A. Pendahuluan.....	39
B. Stroke	40
C. Pasien Stroke Di <i>Intensive Care Unit</i> dan Peran Perawat.....	42
D. Resiko <i>Pressure Ulcer</i> pada Pasien Stroke DI ICU	44
E. Mekanisme Terjadinya <i>Pressure Ulcer</i> pada Pasien Stroke DI ICU	46
F. Penilaian Resiko <i>Pressure Ulcer</i>	47

G. Pentingnya Pencegahan <i>Pressure Ulcer</i> Pada Pasien Stroke.....	50
H. Implementasi Teknik <i>Massage Effleurage</i>	52
I. Manfaat <i>Olive Oil</i> untuk Perawatan Kulit.....	53
J. Strategi Pencegahan <i>Pressure Ulcer</i> melalui Pendekatan Terapi Komplementer <i>Massage Effleurage</i> menggunakan <i>Olive Oil</i> Pada Pasien Stroke Di ICU	55
K. Penutup.....	58
Referensi.....	58
Glosarium.....	66

BAB 4 Pengetahuan dan Motivasi Perawat dalam Pemberian Spritual Care Pada Pasien Kritis

67	
A. Pendahuluan.....	67
B. Pengetahuan Perawat Dalam Pemberian Spritual Care.....	68
C. Motivasi Perawat Dalam Pemberian Spritual Care	70
D. Kebutuhan Spritual Pasien dan Keluarga di ICU	71
E. Hambatan Perawatan Spritual Care di ICU.....	73
F. Spritual Care di ICU Saat Covid 19	74
G. Penutup	75
Referensi.....	76
Glosarium.....	79

BAB 5 Pertolongan Pertama Korban Kecelakaan Lalu Lintas Secara Terpadu 81

A. Pendahuluan.....	81
B. Prinsip Pertolongan Pertama.....	82
C. Menilai Kesadaran Korban.....	83
D. Manajemen Saluran Jalan Napas	85
E. Penanganan Luka dan Perdarahan.....	86
F. Penanganan Patah Tulang/Fraktur.....	87
G. Evakuasi Korban Kecelakaan.....	89
H. Penutup	91
Referensi.....	92
Glosarium.....	94

Profil Penulis.....

97

BAB 1

Penanganan Pertama Pada Kecelakaan (P3K) Cedera Anak Balita

Dyah Triwidiyantari

A. Pendahuluan

Situasi darurat umumnya berlangsung dengan cepat dan tidak terduga, yang menjadikan waktu dan lokasinya sulit diantisipasi. Kejadian darurat, seperti kecelakaan, bisa terjadi kapanpun di manapun. Banyak isu yang mengakibatkan kecelakaan yang membutuhkan P3K. Pada kondisi darurat, waktu awal sangat penting dalam merawat pasien kecelakaan guna mencegah kerusakan atau kematian. Di sinilah kemahiran dalam pertolongan pertama sangat penting bagi semua individu. Kecelakaan yang kerap terjadi terhadap balita antara lain: "tersedak, terjatuh, luka tusuk akibat benda tajam, luka bakar, keracunan, memar, dan tenggelam."

B. Pengetahuan Orang Tua Mengenai P3K

Insiden kegawatdaruratan bisa diantisipasi dan dikelola apabila orang tua diberitahu tentang tindakan pencegahan dan tanggapan yang tepat terhadap kecelakaan. Pemahaman orang tua mengenai P3K masih terbilang kurang, dari penelitian yang penulis lakukan hanya 15,8% yang menunjukkan kesadaran, dan 4,3% yang memiliki pengetahuan akurat tentang prosedur pertolongan pertama yang tepat. Oleh karena itu, orang tua harus memiliki pemahaman mendasar tentang pertolongan pertama untuk mengurangi risiko dan menangani kecelakaan secara efektif jika hal itu terjadi. Pengetahuan akan memberdayakan individu pada penentuan keputusan dan perilaku, yang bisa menumbuhkan keterlibatan masyarakat dalam memberikan pertolongan pertama.

Jika orang tua tidak mengetahui pengobatan awal setelah kecelakaan, banyak konsekuensi yang mungkin terjadi, termasuk infeksi, gangguan, dan kemungkinan kematian. Orang tua biasanya tidak melaporkan insiden rumah kecil, karena percaya bahwa mereka dapat menanganinya secara mandiri. Persoalannya adalah apakah pengobatan awal di rumah cocok atau memperburuk penyakit. Maka, menjadi hal krusial untuk orang tua supaya

memiliki pemahaman mendasar mengenai P3K, terutama yang sering berlangsung di rumah.

Orang tua kurang memiliki kesadaran akan risiko yang terkait dengan kontak rutin bersama anak mereka dan kurang percaya diri untuk menerapkan tindakan pencegahan. Balita ialah usia demografi yang rentan mengalami cedera. Hal tersebut bisa timbul akibat perkembangan neuromotorik, kognitif, fisik, sosiopsikologis, dan sensorik balita yang sedang berlangsung. Mereka ada pada fase pertumbuhan sistem motorik, memperoleh kemampuan berjalan, menunjukkan reaksi tertunda, memiliki bidang visual terbatas, kurang bisa memproses dua informasi pada saat yang bersamaan, menunjukkan hiperaktif, menunjukkan kecenderungan untuk meniru perilaku orang tua, dan menunjukkan rasa penasaran yang tak henti-hentinya untuk memperoleh pengetahuan baru.

Orang tua yang memperoleh pengetahuan tentang pertolongan pertama atau P3K akan memahami tindakan yang tepat untuk dilangsungkan saat seorang anak mengalami cedera. Pertolongan pertama mengacu pada bantuan segera yang diberikan kepada korban untuk mencegah kondisinya memburuk sebelum kedatangan tenaga medis profesional.

C. Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K)

Sebelum menerima perawatan medis yang lebih lanjut dari dokter atau paramedis, korban kecelakaan dapat menerima pertolongan sementara melalui pertolongan pertama. Petugas pertolongan pertama, yang mungkin profesional medis atau orang awam, adalah orang pertama yang tiba di lokasi kecelakaan; namun, bantuan mereka hanya bersifat sementara dan tidak dapat dianggap sebagai penyembuhan.⁹

Perawatan langsung terhadap luka atau penyakit akut dikenal sebagai pertolongan pertama. Perhatian medis langsung pada orang yang sakit atau terluka dikenal sebagai pertolongan pertama. Karena pertolongan pertama dapat dilakukan di mana saja dengan peralatan seadanya, pertolongan pertama tidak selalu harus dilakukan di fasilitas medis formal. Pertolongan pertama memberikan bantuan jangka pendek hingga petugas medis tiba dan dapat memberikan perawatan yang lebih baik dan memadai.⁹

Jika diberikan dengan benar, pertolongan pertama dapat mengurangi tingkat keparahan cedera atau bahkan menyelamatkan nyawa; namun, jika diberikan secara tidak benar, hal itu dapat memperburuk kondisi korban atau bahkan menyebabkan kematian.⁹

1. Tujuan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K)

Berikut ini adalah beberapa tujuan P3K, yang merupakan singkatan dari pertolongan pertama pada kecelakaan:

- a. Mencegah agar luka tidak bertambah parah.
- b. Membilas luka.
- c. Jaga agar jalan napas tetap terbuka dan berfungsi.
- d. Hindari penyebaran penyakit.
- e. Meringankan rasa tidak nyaman.
- f. Nyeri dapat dihindari.⁹

2. Prinsip Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K)

Pertolongan pertama didasarkan pada sejumlah prinsip, termasuk:

- a. bertindak cepat.
- b. Menyadarkan orang yang sekarat.
- c. Meminimalkan rasa sakit.
- d. Mengarahkan korban ke fasilitas medis terdekat dan mengambil tindakan untuk menghindari cedera dan rasa sakit lebih lanjut.¹⁰

Setiap segmen masyarakat mengakui pentingnya prinsip-prinsip P3K, karena prinsip-prinsip ini memungkinkan kita untuk membantu korban sampai mereka dapat mengakses perawatan medis yang tepat.¹⁰

3. Kejadian Yang Memerlukan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K)

Sejumlah situasi memerlukan perhatian medis segera, termasuk:

- a. Asfiksia.
- b. Sengatan listrik.
- c. Keracunan.
- d. Tenggelam.
- e. Kebakaran.
- f. Kecelakaan disebabkan oleh binatang
- g. Kram.¹¹

D. Cedera Anak Balita

Dari usia satu hingga tiga tahun, seorang anak dianggap sebagai balita. Kematian atau komplikasi yang mengancam jiwa dapat terjadi akibat cedera yang diderita anak-anak. Alasan di balik hal ini adalah karena anak-anak seusia mereka tidak tahu apa yang harus dilakukan agar tetap aman. Orang tua yang memahami dengan baik tahapan perkembangan anak dapat membantu menjaga balita mereka tetap aman dari bahaya.¹²

Anak-anak sering terluka karena rasa ingin tahu alami mereka belum sesuai dengan tingkat kedewasaan mereka, yang membuat mereka tidak siap untuk menangani situasi yang berpotensi berbahaya. Balita sangat rentan terhadap bahaya karena ciri-ciri perkembangan mereka yang unik. Beberapa kondisi dapat timbul akibat cedera pada balita, termasuk trauma psikologis, yang dapat menyebabkan anak menghindari aktivitas yang membuatnya takut dan ketakutan. Hal ini, pada gilirannya, dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya, dan banyak anak yang akhirnya menjadi cacat. Menonaktifkan seorang anak memiliki efek negatif yang sangat besar pada perkembangannya, produktivitas masa depan, keuangan, dan emosi keluarga. Luka yang mematikan adalah kemungkinan yang nyata.¹³

Anak kecil yang baru mulai berjalan penuh dengan energi dan keingintahuan, tetapi juga menghabiskan banyak waktu di dalam rumah, di mana mereka lebih mungkin melukai diri mereka sendiri dari hal-hal seperti luka bakar, jatuh, dan keracunan. Akibatnya, balita sangat rentan terhadap kecelakaan. Hasil yang tragis, termasuk kematian, adalah hasil yang umum dari kecelakaan yang melibatkan balita. Cedera ini mencakup berbagai kemungkinan, termasuk kecelakaan mobil, tenggelam, keracunan, jatuh, dan luka bakar. Selain itu, anak perempuan lebih kecil kemungkinannya untuk mengalami cedera dibandingkan anak laki-laki. Faktor-faktor yang meningkatkan kemungkinan cedera pada anak-anak termasuk lingkungan, ras, dan tingkat sosial ekonomi mereka.

Faktor-faktor seperti usia, jenis kelamin, kepribadian, lokasi, dan cuaca dapat secara signifikan memengaruhi frekuensi dan tingkat keparahan cedera pada anak-anak. Selain itu, anak-anak dapat melukai diri mereka sendiri karena berbagai alasan, seperti ketika mereka tidak diawasi, diizinkan untuk melakukan apa pun yang mereka inginkan, memiliki kemampuan motorik yang lemah, terlalu aktif, tidak memiliki kontrol diri, atau pemberontak.¹⁴

Cedera dan kecelakaan ada di sekitar kita. Tempat-tempat tersebut termasuk rumah, sekolah, tempat penitipan anak, dan bahkan jalanan. Khususnya anak-anak pra-sekolah (mereka yang berusia antara 0 dan 6 tahun), rasa ingin tahu anak-anak secara alamiah membuat mereka lebih rentan terhadap kecelakaan yang menyebabkan cedera. Ada risiko kecelakaan yang jauh lebih tinggi di sekolah untuk anak-anak usia ini. Beberapa contoh kecelakaan termasuk tersandung dan jatuh, mainan yang jatuh, memakan benda-benda kecil, bersentuhan dengan air panas, dan tenggelam.¹⁵

Kecelakaan dapat berdampak buruk pada anak-anak. Anak-anak tidak dapat memahami beratnya tindakan mereka karena kebutuhan mereka yang tidak pernah terpuaskan untuk mengetahui segala sesuatu yang perlu diketahui tentang dunia di

sekitar mereka. Karena sebagian besar anak-anak belajar dengan melakukan, maka jelaslah ketika seorang anak mengalami cedera yang tak terduga akibat terlalu aktif. Orang tua berperan sebagai dokter pertolongan pertama untuk anak mereka yang sakit atau terluka. Ketika anak-anak mengalami kecelakaan, orang tua mereka harus bertindak cepat untuk merawat dan memberikan pertolongan pertama. Orang tua harus selalu memiliki persediaan medis dasar untuk berjaga-jaga jika anak mereka terluka. Untuk membantu pemulihan anak mereka, orang tua harus siap untuk setiap kemungkinan.¹⁶

Peluang seseorang untuk bertahan hidup setelah cedera dapat ditingkatkan dengan pendidikan pertolongan pertama yang memadai. Anak-anak lebih sering mengalami kecelakaan di rumah karena di sanalah mereka menghabiskan sebagian besar waktu mereka. Jatuh, luka bakar, tenggelam, tersedak, serta luka dan luka adalah jenis kecelakaan yang paling sering terjadi. Masalah lain yang umum terjadi adalah keracunan, yang dapat dihindari dengan melakukan tindakan tertentu.¹⁷

E. Asuhan

1. Tersedak

a. Definisi Tersedak

Suatu keadaan darurat yang sangat parah, tersedak menyebabkan klien kehilangan refleks pernapasan, denyut nadi, dan fungsi batang otak dalam hitungan menit karena kehilangan oksigen secara umum atau seluruhnya. Bayi dan anak kecil (usia 0-6 tahun) sangat rentan tersedak.²¹

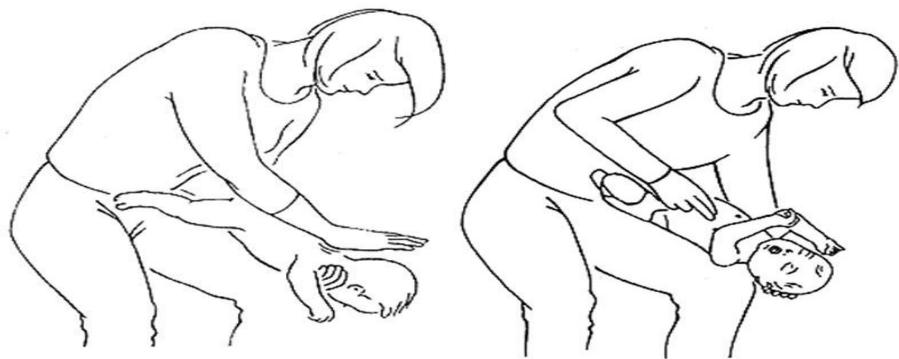
b. Penanganan tersedak pada bayi berusia <1 tahun

1) Teknik pukulan dari belakang

- a) Dengan posisi kepala menunduk, baringkan bayi di atas lengan atau paha.
- b) Ketuklah interskapula, atau bagian belakang bayi, dengan tumit tangan Anda sebanyak lima kali. Serangan seperti ini dikenal sebagai pukulan punggung.²²

2) Teknik dorongan ke arah dada

- a) Jika penyumbatan masih berlanjut, balikkan bayi ke punggungnya dan lakukan lima kali dorongan dada dengan dua jari, posisikan satu jari di bawah garis yang menghubungkan dua papila susu (mirip dengan memijat jantung). Latihan ini dikenal sebagai dorongan dada.
- b) Jika penyumbatan berlanjut, periksa mulut bayi apakah ada sesuatu yang dapat didorong keluar.
- c) Pengulangan dorongan dada pada punggung bayi mungkin diperlukan.²²



Gambar 1.1 : *Back blow* dan *chest thrusts* pada bayi >1 tahun

c. Penanganan tersedak pada bayi umur > 1 tahun

1) Teknik *back blows*

- Baringkan anak tengkurap dengan kepala menunduk.
- Lakukan lima kali pukulan pada punggung anak (interskapula) dengan tumit tangan.²²

2) Teknik perasat *heimlich*

- Jika masih ada rintangan, berbaliklah dan lingkarkan kedua tangan ke tubuh anak dari belakang. Kepalkan tangan dengan telapak tangan menghadap ke luar, lalu letakkan di perut bagian atas anak (di bawah tulang dada). Kemudian, tarik tangan ke belakang dan ke atas (lihat gambar). Lakukan manuver Heimlich sebanyak lima kali.
- Jika sumbatan masih berlanjut, periksa mulut anak untuk melihat apakah ada sesuatu yang dapat didorong keluar.
- Jika punggung anak kembali tersumbat, dapat mengulangi penanganan.²²



Gambar 1.2 : *Back blow* dan *Heimlich Manuver* pada Anak < 1 tahun

2. Keracunan

a. Pengertian

Keracunan dapat berakibat fatal jika orang yang merawat korban tidak bertindak cepat dan efektif. Oleh karena itu, keterampilan pertolongan pertama merupakan kebutuhan mutlak.²³

b. Prinsip tatalaksana terhadap racun yang tertelan

1) Diagnosis

Riwayat, pemeriksaan fisik, dan hasil tes anak atau pengasuh digunakan sebagai dasar diagnosis, yang kemudian dimodifikasi sesuai kebutuhan. Cari tahu apa jenis racunnya, berapa banyak racun yang terpapar ke tubuh, dan berapa lama terpapar.

Lihatlah wadahnya dan lihat apakah bisa menebak racun apa itu. Pastikan tidak ada anak-anak lain yang berada dalam bahaya. Racun, korban, dan waktu pemaparan, semuanya berperan dalam manifestasi gejala keracunan. Stridor (luka pada laring) atau rasa terbakar di mulut atau daerah sekitarnya harus dianggap sebagai indikator bahwa racun tersebut bersifat asam. Jika seorang anak dengan sengaja menelan zat berbahaya atau menjadi korban pemberian obat atau racun yang disengaja oleh anak atau orang dewasa lain, mereka harus dirawat di rumah sakit. Ini termasuk anak-anak yang telah diracuni dengan zat besi, pestisida, parasetamol atau aspirin, opioid, atau antidepresan.

Penting untuk menjaga anak-anak di bawah pengawasan selama setidaknya 6 jam setelah mereka mengonsumsi hidrokarbon atau bahan kimia kaustik. Menghirup hidrokarbon dapat menyebabkan oedema paru, yang dapat memakan waktu beberapa jam untuk bermanifestasi, dan bahan korosif dapat menyebabkan luka bakar pada kerongkongan yang tidak selalu mudah dikenali.²²

c. Prinsip penatalaksanaan terhadap racun yang tertelan

Sebelum periode pengosongan lambung (satu hingga dua jam, terlepas dari kepenuhan) telah berlalu, dekontaminasi lambung (penghilangan polutan dari lambung) adalah yang paling berhasil.

Potensi manfaat dan kerugian (risiko) dekontaminasi, serta jenis polutan, harus dipertimbangkan sebelum mengambil keputusan ini. Dekontaminasi lambung biasanya tidak dilakukan ketika seseorang keracunan karena tidak menjamin bahwa semua bahan berbahaya dapat dikeluarkan.

Dekontaminasi lambung tidak boleh dilakukan pada kasus keracunan yang melibatkan bahan kimia hidrokarbon (minyak tanah, dll.) atau zat kaustik karena berpotensi menimbulkan gejala keracunan yang lebih parah. Tidak adanya perlindungan jalan napas dapat menyebabkan penurunan kesadaran.

Periksa kadar gula darah anak (hipoglikemia) dan cari indikasi ketidaknyamanan. Segera temukan bahan beracun dan hilangkan. Jika diberikan segera setelah keracunan, sebaiknya dalam satu jam pertama, hal ini akan memberikan dampak yang paling baik.

Jangan paksa anak untuk muntah; sebagai gantinya, berikan anak air minum jika ia telah menelan minyak tanah, premium, atau bahan apa pun yang mengandung ketiga bahan tersebut (pestisida pertanian yang terbuat dari pelarut minyak tanah) atau jika mulut atau tenggorokannya terbakar (karena benda-benda seperti pemutih pakaian, pembersih toilet, atau asam kuat dari baterai, misalnya).

Jangan pernah menggunakan garam sebagai obat penurun panas; karena dapat mematikan. Berikan arang aktif jika tersedia; jangan memuntahkannya jika anak telah mengonsumsi racun lain. Pemberian dosis arang aktif melalui mulut dapat dilakukan dengan atau tanpa menggunakan selang nasogastric. Selalu periksa apakah selang nasogastric sudah terpasang dengan benar sebelum menggunakan.²²

Tabel 1.1 Dosis Arang Aktif

Dosis Arang Aktif	
Anak sampai umur 1 tahun	1 g/kg
Anak umur 1 hingga 12 tahun	25-50 gr
Remaja dan dewasa	25-100 gr

Contohnya, 5 gram arang aktif dalam 40 mililiter air merupakan larutan 8-10 kali air. Jika mudah untuk memberikan semuanya sekaligus, lakukanlah. Jika sulit, atau si kecil tidak menyukainya, maka berikan sedikit demi sedikit. Arang aktif bekerja paling baik jika diminum dalam keadaan perut kosong, namun khasiatnya tergantung pada hal ini.²² Untuk menginduksi muntah pada anak yang sadar, gunakan gagang sendok atau spatula untuk menstimulasi dinding belakang tenggorokan jika arang aktif tidak tersedia.²²

d. Bilas lambung

Keracunan dapat mengancam jiwa jika terjadi dalam waktu kurang dari satu jam, periode pengosongan lambung, oleh karena itu prosedur ini hanya boleh dilakukan di lingkungan medis dengan tenaga medis yang berpengalaman. Pada kasus keracunan hidrokarbon atau korosif, bilas lambung tidak boleh dilakukan. Bukan merupakan praktik umum untuk melakukan lavage lambung pada setiap kasus keracunan.

Untuk mengeluarkan muntahan dari mulut, alat penyedot harus tersedia. Turunkan kepala anak dan letakkan di sisi kiri. Cari tahu berapa panjang selang

nasogastric yang dibutuhkan. Untuk memindahkan partikel besar, seperti pil, melalui lambung, selang nasogastric 24-28 F harus dimasukkan melalui mulut. Pastikan penempatan selang di dalam perut. Berikan 10 mililiter per kilogram berat badan larutan garam normal hangat sebagai pembilas. Bilas lambung dilanjutkan hingga cairan bilasan menjadi jernih, dengan jumlah cairan yang diberikan sesuai dengan jumlah yang dikeluarkan.²²

Catatan penting: Untuk mengurangi kemungkinan aspirasi, intubasi endotrakeal dengan tabung ET yang ditangkupkan diperlukan.

- 1) Jika ada obat penawar khusus, berikan.
- 2) Berikan perhatian medis dasar.
- 3) Awasi selama 4 hingga 24 jam, atau lebih jika racunnya spesifik.
- 4) Jaga agar anak-anak yang tidak sadarkan diri tetap dalam posisi pemulihan.²²

Dalam kasus keracunan yang dicurigai melibatkan anak yang menunjukkan gejala seperti penurunan kesadaran, luka bakar pada mulut dan tenggorokan, kesulitan bernapas yang signifikan, sianosis, atau gagal jantung, mungkin perlu untuk merujuk anak tersebut ke rumah sakit rujukan terdekat.²²

e. Prinsip pentalaksanaan keracunan melalui kontak kulit atau mata

1) Kontaminasi kulit

Singkirkan semua orang dari area yang terkena dan cuci bersih dengan banyak air hangat. Untuk bahan yang berminyak, gunakan air dan sabun. Dengan mengenakan alat pelindung seperti celemek dan sarung tangan, mereka yang membantu dalam perawatan kesehatan dapat mengurangi kemungkinan infeksi sekunder. Sebelum melanjutkan dengan pembersihan atau pembuangan tambahan, pastikan untuk mengamankan pakaian dan barang-barang pribadi yang telah dibersihkan ke dalam kantong plastik transparan yang dapat ditutup rapat.²²

2) Kontaminasi mata

Untuk membilas mata, gunakan air garam normal atau air bersih yang mengalir selama 10-15 menit, berhati-hatilah agar tidak ada larutan yang masuk ke dalam mata yang lain. Jika irigasi diperlukan, obat tetes mata anestesi dapat membantu. Untuk memeriksa apakah kelopak mata rata di semua sisi, balikkan kelopak mata. Jika pH mata terlalu asam atau terlalu basa, bilas mata dengan air hingga kembali normal (periksa kembali pH mata 15 hingga 20 menit setelah berhenti membilasnya). Dianjurkan untuk memeriksa mata secara menyeluruh menggunakan pewarnaan fluorescein untuk mendeteksi bukti cedera kornea, jika memungkinkan. Dokter spesialis

mata anak harus segera melakukan evaluasi pada anak tanpa penundaan jika terjadi cedera kornea atau konjungtiva.

f. Prinsip-prinsip penatalaksanaan untuk racun yang terhirup

- 1) Pindahkan anak dari sumber paparan.
- 2) Berikan oksigen, jika diperlukan.

Bronkospasme, pneumonitis tertunda, edema, dan penyumbatan saluran napas bagian atas dapat terjadi akibat menghirup gas yang mengiritasi. Bantuan ventilator, bronkodilator, dan intubasi endotrakeal adalah beberapa kemungkinan yang dapat dilakukan.²²

g. Keracunan makanan

Menelan makanan yang berbahaya, beracun, atau tercemar dapat menyebabkan keracunan makanan. Bakteri, virus, parasit, jamur, racun, dan patogen lainnya merupakan polutan yang potensial.²²

1) Botulisme

Clostridium botulinum adalah bakteri yang menghasilkan botulinum, racun saraf. Inang yang umum untuk bakteri anaerob ini termasuk sosis, bakso, makanan laut kalengan, daging kalengan, produk kalengan, madu, dan makanan lain yang tidak diawetkan dengan baik.

a) Dalam waktu dua jam hingga delapan hari setelah mengonsumsi makanan yang tercemar hal ini mungkin mengalami gejala akut. Tingkat keparahan keracunan makanan berbanding lurus dengan seberapa cepat gejala muncul setelah mengonsumsi makanan yang terkontaminasi. Suara serak, mulut kering, dan nyeri epigastrium adalah gejala awal yang mungkin terjadi. Kelumpuhan otot rangka, disartria, ptosis, muntah, diplopia, dan kelumpuhan otot pernapasan adalah efek samping yang mungkin terjadi. Semua fungsi sensorik berada dalam batas normal, dan tidak ada gangguan pada kesadaran. Pupil mata normal, non-reaktif, atau lebar mungkin terjadi. Pada bayi baru lahir, gejala yang muncul dapat berupa hipotonus, konstipasi, kesulitan menelan, kesulitan mengangkat kepala, dan refleks muntah yang berkurang.

b) Dekontaminasi melalui memuntahkan isi lambung merupakan bagian dari rencana penatalaksanaan. Selain itu, bilas lambung dapat diberikan jika pasien terjaga dan responsif. Jika dapat diakses, arang aktif dapat diberikan. Keracunan simptomatis dapat diobati dengan antitoksin botulinum jika tersedia; namun, tes alergi harus dilakukan sebelum pemberian.²²

3. Mimisan

a. Definisi

Ketika darah mulai keluar dari hidung, hal ini disebut epistaksis. Pada kebanyakan kasus, anak-anak dan orang dewasa muda dapat dengan aman menjalani kehidupan sehari-hari dengan epistaksis. Tetapi orang tua biasanya menjadi gugup ketika anak-anak mereka mengalami epistaksis.²⁴

b. Gejala

Korban mungkin mengalami pendarahan hebat dari hidung, kesulitan bernapas melalui hidung karena penyumbatan darah, dan, dalam kasus yang jarang terjadi, vertigo.²⁵

c. Pengobatan

Dengan menggunakan potongan-potongan tisu yang dipilin, mirip dengan batang rokok, dan memasukkannya ke dalam lubang hidung yang berdarah, pertolongan pertama dapat diberikan pada kasus epistaksis. Kami mengganti tisu setiap kali basah, yang membutuhkan waktu sekitar 10 hingga 15 menit. Darah akan berhenti mengalir setelah sekitar 30 menit. Anda harus mengunjungi penyedia layanan kesehatan untuk mendapatkan bantuan tambahan jika Anda tidak melihat adanya perbaikan dalam waktu 30 menit.²⁵

4. Luka bakar

a. Definisi

Cedera yang diakibatkan oleh kontak dengan benda-benda yang menghasilkan panas, seperti api, air panas, listrik, atau senyawa yang mudah terbakar, dikenal sebagai luka bakar.²⁵

b. Gejala

1) Luka bakar ringan

Kerusakan pada lapisan kulit adalah satu-satunya konsekuensi dari luka bakar ringan. Luka bakar akibat sengatan matahari dan kontak dengan benda-benda yang sangat panas, seperti air mendidih, adalah dua contohnya. Kulit biasanya tidak melepuh akibat luka bakar ini. Luka bakar ringan ditandai dengan kemerahan, sedikit bengkak, dan rasa tidak nyaman, tetapi tanpa melepuh, kulit tidak terkoyak.²⁵

Pengobatan:

a) Siram dengan air biasa selama 10 menit pada area tersebut, atau gunakan kompres lembab jika air tidak tersedia.

b) Tempelkan handuk atau perban yang bersih dan tidak lengket pada luka.

Kulit yang terbakar harus ditutupi oleh perban atau kain. Pilihan lain untuk membalut luka bakar adalah dengan menggunakan daun pisang muda yang masih menggulung. Hal ini dapat memanfaatkan lendir dari tanaman lidah buaya untuk mengurangi rasa tidak nyaman.

c) Hindari penggunaan benda-benda berlemak, seperti mentega atau pasta gigi, dan hindari memecah gelembung yang mungkin terbentuk pada luka.²⁵

2) Luka bakar sedang

Gelembung berisi cairan kuning jernih yang terbentuk akibat luka bakar yang melukai lapisan di bawah kulit. Bahaya kebakaran termasuk, namun tidak terbatas pada, sinar matahari langsung, cairan yang sangat panas, dan percikan bensin atau zat lainnya. Tanda-tanda luka bakar tingkat dua termasuk kulit yang tampak basah atau berlumpur, kemerahan, melepuh, dan bengkak yang tidak kunjung sembuh selama beberapa hari.²⁵

3) Luka bakar serius

Luka bakar parah yang menembus lapisan kulit. Luka bakar tingkat tiga biasanya diakibatkan oleh kontak yang terlalu lama dengan suhu tinggi atau sengatan listrik. Luka bakar tingkat tiga ditandai dengan rusaknya ujung-ujung saraf, yang menyebabkan rasa tidak nyaman ringan, area putih di sekitar lesi, dan kulit yang rusak.²⁵

Pertolongan pertama:

- a) Gunakan benda-benda berat seperti selimut, handuk, dan seprai untuk memadamkan api yang mungkin muncul di pakaian korban. Padamkan api dengan cara memadamkannya. Pastikan api dipadamkan dengan membungkusnya.
- b) Buka kancing pakaian dengan hati-hati, meninggalkan luka dengan sobekan yang sulit dilepas. Tenaga profesional tahu cara melepaskannya dengan benar, jadi sebaiknya biarkan mereka melakukannya jika bisa.
- c) Berikan obat penahan rasa sakit jika tidak dapat segera membawanya ke rumah sakit.
- d) Dengan asumsi mereka sadar, berikan air hangat jika mereka memintanya. Cairan yang hilang dapat digantikan dengan air.²⁶

5. Memar

a. Definisi

Jika pembuluh darah tertentu pecah di bawah permukaan kulit akibat benturan, seperti saat terjatuh atau terbentur, akibatnya terjadi pendarahan di bawah lapisan kulit, yang disebut memar. Ketika darah merembes ke dalam jaringan, darah akan menyebabkan perubahan warna kulit dan oedema.²⁵

b. Gejala

Selain memerah dan akhirnya berubah menjadi biru atau hijau, daerah yang terkena juga dapat mengalami rasa sakit, bengkak, dan timbulnya benjolan atau bintil.²⁵

c. Pengobatan

Meskipun memar biasanya akan sembuh dengan sendirinya, ada baiknya untuk melakukan pertolongan pertama untuk mempercepat proses penyembuhan.

- 1) Untuk mengurangi rasa sakit dan bengkak, gunakan kompres dingin yang terbuat dari es atau air. Benda-benda yang dipanaskan, seperti balsem, tidak boleh digunakan.
- 2) Untuk menghindari memperparah pendarahan, hindari memijat bagian yang rusak.
- 3) Untuk mengurangi jumlah darah yang mengalir ke lokasi yang terluka, naikkan posisi kepala di atas jantung jika memungkinkan.
- 4) setelah dua puluh empat jam, kompres hangat dapat membantu penyembuhan luka. Untuk meningkatkan aliran darah ke area tersebut, berikan kompres hangat; ini akan melebarkan pembuluh darah.
- 5) Ada risiko patah tulang atau masalah lain jika memar menjadi lebih buruk atau bengkak dengan rasa sakit yang luar biasa; jadi, sebaiknya harus mengunjungi rumah sakit tanpa penundaan.²⁵

6. Jatuh

Penanganan :

- a. Merangkul, menyakinkan, dan menenangkan anak dengan cepat.
- b. Jangan beri mereka minum jika mereka menangis terlalu keras; karena dapat menyebabkan mereka tersedak.
- c. Perhatikan apakah ada tanda-tanda kerusakan atau pembengkakan.
- d. Kompres dengan air hangat atau baby oil untuk mengurangi pembengkakan.
- e. Segera bawa anak ke dokter jika ada banyak pembengkakan atau jika mereka sangat kesakitan.
- f. Oleskan obat luka dan tutup dengan kain kasa jika luka berdarah.
- g. Segera pergi ke dokter jika lukanya besar atau jika bayi mengeluarkan banyak darah.
- h. Kunjungi penyedia layanan kesehatan jika bayi mengalami banyak episode muntah, sangat rewel, atau jika ia tidur sepanjang malam.²⁷

7. Tertusuk atau tersayat benda tajam

Pendekatan:

- a. Sesegera mungkin, anak tersebut dirangkul, ditenangkan, dan dibuat nyaman.
- b. Berikan tekanan pada tepi luka dengan menggunakan kain bersih untuk menghentikan pendarahan.
- c. Oleskan obat luka dan bersihkan area tersebut dengan lembut.
- d. Tempelkan kain kasa pada area yang terluka.

- e. Berikan obat pereda nyeri, seperti parasetamol, jika perlu.
- f. Setelah beberapa hari, Anda harus segera mengunjungi dokter jika sayatan mulai mengeluarkan cairan.²⁷

8. Gigitan binatang

a. Definisi

Gigitan dan sengatan biasanya merupakan mekanisme pertahanan hewan terhadap bahaya di lingkungan atau potensi ancaman terhadap kelangsungan hidupnya. Terdapat dua kategori utama gigitan hewan: berbisa dan tidak berbisa. Jika dibandingkan dengan luka dan cakaran, kemungkinan infeksi akibat gigitan hewan jauh lebih tinggi.²⁵

b. Gejala

Gejala-gejala seperti kesulitan bernapas, kerusakan saraf, rasa sakit dan pembengkakan lokal, serta bercak-bercak merah pada tubuh adalah hal yang umum terjadi ketika gigitan atau sengatan hewan mengandung racun.²⁵

c. Perawatan Medis

- 1) Segera tenangkan anak dengan membungkusnya dalam pelukan.
- 2) Tekan bagian tepi luka dengan menggunakan tangan yang bersih atau kain bersih untuk menghentikan pendarahan.
- 3) Gunakan air sabun untuk membersihkan bekas gigitan dan area di sekitarnya.
- 4) Langkah keempat adalah mengoleskan obat luka ke seluruh bagian.
- 5) Segera bawa hewan tersebut ke tenaga medis terdekat jika hewan tersebut berbisa (seperti ular atau kalajengking) atau jika hewan tersebut adalah anjing atau kucing. Mereka mungkin membutuhkan pengobatan lebih lanjut.²⁷

9. Kemasukan benda asing

a. Masuknya benda dari luar ke dalam mata

- 1) Sedikit menyilaukan: mata dibilas dengan air bersih.
- 2) Kapas yang dibasahi dengan air atau alat lain digunakan untuk membersihkan kotoran yang tidak dapat dibersihkan dengan air.
- 3) Sebuah alat digunakan untuk menyingkirkan benda tajam. Sewaktu melakukannya, berhati-hatilah! Berhati-hatilah untuk tidak membiarkan benda tersebut bergerak, karena hal ini dapat memperburuk luka.²⁷

b. Benda yang masuk ke dalam telinga

- 1) Benda kecil dan tidak dikenal. Prosedur untuk mengeluarkan benda asing adalah dengan memiringkan kepala ke arah liang telinga di mana benda itu masuk dan kemudian dengan lembut membelai sisi lain dari kepala.

- 2) Infestasi serangga. Teteskan sedikit minyak zaitun secara perlahan ke dalam telinga serangga. Hal ini akan membasmikan serangga dan melindungi telinga dari kemungkinan sengatan atau gigitan.
- 3) Konsumsi biji-bijian. Alat pengorek telinga atau alat serupa dapat digunakan untuk menghilangkan kutu biji-bijian. Jangan pernah menaruh air atau minyak pada biji-bijian; hal itu hanya akan membuatnya lebih besar dan lebih sulit untuk dihilangkan.
- 4) Kotoran yang sulit dikeluarkan dari telinga. Gunakan pinset atau penyumbat telinga untuk mengeluarkannya.²⁷

c. Masuknya benda asing ke dalam hidung

- 1) Segera dekap anak dengan pelukan yang menenangkan.
- 2) Jaga agar anak tetap duduk dan dipangku; jangan biarkan ia berbaring.
- 3) Letakkan jari di hidung anak yang tidak terdapat benda tersebut dan suruh anak untuk bersin sekuat tenaga hingga benda tersebut keluar.
- 4) Untuk menghindari mendorong benda tersebut ke dalam, jangan mengupil.
- 5) Segera cari pertolongan medis untuk anak jika benda tersebut masih tersangkut.²⁷

d. Penyisipan benda asing di dalam kulit

Sayatan kecil dibuat untuk memudahkan pengambilan benda asing, sehingga memungkinkan untuk dikeluarkan. Jika benda asing berbentuk seperti kail, alih-alih menariknya keluar dengan paksa, harus membiarkannya tetap berada di tempatnya hingga ujungnya menyentuh kulit, dan kemudian dapat memotong pangkalnya.²⁷

e. Masuknya benda asing ke dalam mulut dan tenggorokan

- 1) Tidak ada bahaya di sini; benda tersebut tidak tajam. Jika ada kotoran, benda itu akan hancur dengan sendirinya.
- 2) Benda yang runcing. Hindari penggunaan obat pencahar karena dapat menyebabkan kerusakan pada sistem pencernaan. Untuk menghilangkannya harus makan makanan padat seperti nasi, roti, atau pepaya agar dapat membentuk bola di jalur pencernaan. Sebuah bolus cairan. Benda asing akan dikeluarkan bersama dengan kotoran.

Benda asing yang bersarang di tenggorokan atau mulut. Jari atau alat digunakan untuk mengeluarkan benda-benda ini. Agar benda tersebut lebih terlihat, cobalah untuk membuka rahang anak selebar mungkin.²⁷

10. Terkilir

a. Definisi

Keseleo terjadi ketika otot, tendon, atau ligamen meregang atau robek. Jaringan-jaringan ini menghubungkan berbagai bagian tubuh.²⁵

b. Gejala

Ketidakmampuan untuk berjalan, nyeri kaki, bengkak, memar, dingin, atau mati rasa.²⁵

c. Perawatan Medis

- 1) Istirahatkan bagian tubuh yang cedera.
- 2) Dinginkan bagian yang cedera dengan kompres dingin atau air. Setelah 5 hingga 10 menit kompres, keluarkan es dan diamkan selama 15 hingga 30 menit; ulangi proses ini berulang kali selama sehari penuh.
- 3) Hindari memijat daerah yang terkena karena hal itu dapat memperburuk cedera.
- 4) Gunakan kain atau perban elastis yang tersedia untuk membungkus area yang terkilir. Lakukan hal ini selama dua hari hingga satu minggu untuk membatasi gerakan di area yang rusak atau terkilir dan menjaganya agar tidak membengkak. Balutlah dengan cara yang rapi, jangan terlalu kencang.
- 5) Letakkan bagian yang cedera pada posisi yang lebih tinggi dari jantung. Tujuannya adalah untuk mengurangi pembengkakan.²⁵

F. Penutup

Pengetahuan dan keterampilan ibu dibentuk oleh pengalamannya mengasuh anak selama bertahun-tahun. Sebagai hasil dari apa yang telah mereka pelajari, para orang tua akan dapat menggunakan apa yang telah mereka lakukan sebelumnya ketika dihadapkan pada situasi yang sama. Agar para ibu dapat merawat anak-anak mereka secara efektif setelah kecelakaan, penting bagi mereka untuk memiliki pemahaman yang kuat tentang pertolongan pertama, terutama untuk cedera yang dialami saat jatuh. Dengan pemahaman yang baru ditemukan ini, para ibu dapat merespons dengan lebih baik dan lebih cepat pada saat krisis. Pada tahun 2021, penulis melakukan penelitian yang menunjukkan pengaruh substansial dari tindakan orang tua untuk menghindari cedera pada balita di rumah. Dari orang tua yang disurvei, 55,8% melakukan upaya yang mengagumkan untuk menjaga balita mereka aman dari bahaya, sementara 7% melakukan tindakan pencegahan yang kurang ideal. Sebagai contoh tindakan pencegahan yang baik, Anda dapat menyapu lantai kamar kecil agar tidak terlalu licin dan mengurangi kemungkinan seseorang terjatuh.

Memberikan pertolongan pertama pada anak setelah kecelakaan tidak hanya terbatas pada cedera yang dialami akibat jatuh. Jika seorang balita secara tidak sengaja mengonsumsi sesuatu yang aneh, misalnya, akan sangat penting untuk bertindak cepat. Disarankan untuk membilas mata dengan air steril jika ada benda asing yang masuk ke dalamnya. Pijat dengan lembut sisi kepala yang berlawanan

dengan telinga yang terkena sambil menoleh untuk mengeluarkan benda asing. Jika benda asing yang tidak berbahaya tertelan, biasanya benda tersebut akan keluar dengan sendirinya melalui tinja. Umumnya, para ibu memiliki pemahaman yang "cukup baik" tentang pertolongan pertama untuk balita yang menelan benda asing, dan hal ini sangat dipengaruhi oleh data yang dikumpulkan.

Pendidikan "formal" dan "informal" dapat memberikan pengetahuan pertolongan pertama kepada orang tua, yang akan meningkatkan pemahaman mereka dengan segera. Lebih banyak informasi tersedia untuk lebih banyak orang berkat perkembangan teknologi di media massa, yang pada gilirannya meningkatkan pengetahuan masyarakat. Namun, anak-anak masih belum sepenuhnya memahami bahaya dari suatu penyakit. Bayi dan anak kecil, khususnya, mengalami kesulitan dalam memproses dan memahami isyarat visual dan aural yang disajikan kepada mereka. Karena itu, mereka kurang mampu mengantisipasi atau menghindari keadaan yang berpotensi berbahaya, yang dapat membahayakan keselamatan mereka.

Selain itu, anak-anak sering terluka karena orang tua mereka tidak mengawasi mereka. Keseleo dan patah tulang adalah cedera umum yang bisa dialami anak-anak. Dari apa yang saya dengar, para ibu masih memiliki pemahaman yang baik tentang bagaimana cara merawat anak yang terkilir dengan pertolongan pertama. Teknologi dan perluasan media massa telah meningkatkan jumlah informasi yang tersedia bagi orang tua mengenai penanganan cedera pada anak di bawah lima tahun. Orang tua dapat memperoleh pengetahuan yang meningkatkan pemahaman mereka tentang bagaimana menanggapi berbagai jenis keadaan darurat.

Referensi

- Amal, A. I., Istadi, Y. & Wijayanti, K. Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dengan Sikap Ibu Dalam Pencegahan Keracunan Pada Anak Usia 1-5 Tahun. Pros. Konf. Nas. PPNI Jawa Teng. 112–115 (2013).
- Anam, A. K., Mulyadi, A. & Sagar, D. W. Upaya Orang tua Dalam Pencegahan Cedera Anak Balita Di Rumah (Parents' Effort to Prevent Toddler Injury at Home). J. Ners dan Kebidanan 4, 12–16 (2017).
- Anggraini, N. A., Mufidah, A., Putro, D. S. & Permatasari, I. S. Pendidikan Kesehatan Pertolongan Pertama pada Kecelakaan pada Masyarakat di Kelurahan Dandangan. J. Community Engagem. Heal. 1, 21–24 (2018).
- Bánfai, B., Deutsch, K., Pék, E., Radnai, B. & Betlehem, J. Accident prevention and first aid knowledge among preschool children's parents. Kontakt 17, e42–e47 (2015).
- Dewi, R. & Indarwati. Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap orang Tua Tentang Bahaya Cedera Dan Cara Pencegahannya Dengan Praktik Pencegahan Cedera Pada Anak Usia Toddler Di Kelurahan Blumbang Kecamatan Tawangmangu Kabupaten Karanganyar. J. GASTER 8, 750–764 (2011).
- Endiyono & Lutflasari, A. Pendidikan Kesehatan Pertolongan Pertama Berpengaruh Terhadap Tingkat Pengetahuan Dan Praktek Guru Dalam Penanganan Cedera Pada Siswa Di Sekolah Dasar. J. Ilm. Ilmu-ilmu Kesehat. 14, 10–17 (2016).
- Faqumala, A. D. & Mukminin, A. Parents' Understanding About First Aid In Early Childhood In Terms Of The Level Of Parents' Education In Kelurahan Piyanggang, Kecamatan Sumowono, Kabupaten Semarang. BELIA Early Child. Educ. Pap. 5, 60–65 (2016).
- Fathoni, M., Rini, I. S., Tony, S., Suryanto & Dewi, K. N. Panduan Kecil Pertolongan Pertama Gawat Darurat (PPGD). Buku Pertolongan Pertama Gawat Darurat Ppgd (2019).
- Hanny, R. & Waldi, N. Pelayanan Kesehatan Anak Di Rumah Sakit. WHO Indonesia vol. 1 (2009).
- Harigustian, Y. Tingkat Pengetahuan Penanganan Tersedak Pada Ibu Yang Memiliki Balita di Perumahan Graha Sedayu Sejahtera. J. KEPERAWATAN 12, 162–169 (2020).
- Hastuti, D. Hubungan Pengetahuan Tentang Antisipasi Cedera Dengan Praktik Pencegahan Cedera Pada Anak Usia Toddler Di RW 01 Kelurahan Manggahang Wilayah Puskesmas Jelekong Kabupaten Bandung. J. Keperawatan Komprehensif 01, 52–62 (2017).
- Irmawan, E. Hubungan Antara Pengetahuan Orang Tua Tentang Pencegahan

- Kecelakaan Dengan Kejadian Kecelakaan Pada Anak Toddler Di Desa Gonilan. 1–14 (2017).
- Kobidurrizki, O. & Prihainingsih, D. Gambaran Pengetahuan Ibu Dalam Penanganan Pertama Pada Kecelakaan Rumah Tangga. (2019).
- Kurniawati, R. S. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Dampak Kecelakaan Pada Balita Di Rumah Dengan Tindakan Pencegahan Kecelakaan Di Wilayah Posyandu Alamanda 32 Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. Indones. J. Heal. Sci. 10, 25–38 (2018).
- Kusumaningrum, B. R. et al. Pelatihan Pertolongan Pertama Pada Kegawatdaruratan di Sekolah Children Centre Brawijaya Smart School Malang. Int. J. Community Serv. Learn. 2, 309–314 (2018).
- Lie, M. & Ali, S. Pengaruh Penyuluhan terhadap Pengetahuan Pertolongan Pertama Epistaksis Pada Guru Sekolah Dasar di Kecamatan Penjaringan. J. MITRA 3, 120–129 (2019).
- Masturoh, I. & T, N. A. Metodologi Penelitian Kesehatan. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).
- Nekada, C. D., Amestiasih, T. & Widayati, R. W. Manfaat Edukasi Penanganan Keracunan Dan Gigitan Binatang Beracun. J. Formil (Forum Ilmiah) Kesmas Respati 5, 119 (2020).
- Ningsih, M. U. & Yusarti, B. K. K. Peningkatan Keterampilan Ibu Dalam Penanganan Tersedak Pada Bayi Dan Anak. J. Pengamas Kesehat. Sasambo 1, 95–102 (2020).
- Novrianda, D. et al. Diseminasi Ilmu Pertolongan Pertama Kecelakaan Pada Anak Di Rumah Pada Wilayah Kerja Puskesmas Ambacang. J. Hilirisasi IPTEKS 1, 225–233 (2018).
- Putri, I. M. Hubungan Tingkat Pengetahuan Orang Tua Dengan Perilaku Pencegahan Cidera Pada Anak Balita. Midwifery J. 4, 4–10 (2019).
- Riskesdas, T. Laporan Provinsi Jawa Barat Riskesdas 2018. (Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB), 2018).
- Santika, I. G. P. N. A. Hubungan Indeks Massa Tubuh (IMT) Dan Umur Terhadap Daya Tahan Umum (Kardiovaskuler) Mahasiswa Putra Semester II Kelas A Fakultas Pendidikan Olahraga Dan Kesehatan IKIP PGRI Bali Tahun 2014. J. Pendidik. Kesehat. Rekreasi 1, 42–47 (2015).
- Saptiningrum, E. & Widaryati. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Metode Demonstrasi Terhadap Pengetahuan Pertolongan Pertama Pada Keracunan Makanan Di Padukuhan Sanggrahan Banjarharjo Kalibawang Kulon Progo. Univ. 'Aisyiyah Yogyakarta 4–11 (2016).
- Siahaan, E. R. Hubungan Pengetahuan Heimlich Manuver Pada Ibu Dengan Keterampilan Penanganan Anak Toddler Yang Mengalami Chocking. J. Sk.

- Keperawatan 5, 165–176 (2019).
- Soedjatmiko. Mencegah Penyakit dan Kecelakaan Pada Balita. (2011).
- Sulastri & Wahyudi, B. Hubungan Motivasi Dengan Praktik Perawat Dalam Pencegahan Resiko Jatuh Pada Anak Di Rumah Sakit Kabupaten Kendal. *J. SURYA MUDA* 2, 85–96 (2020).
- Suputra, P. adi, Arsani, N. L. K. A. & Lestari, N. M. sri D. Pendampingan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan Pada Siswa SMA Wisata Darma Di Desa Lembongan. *J. Widya Laksana* 8, 91–95 (2019).
- Triwidiyantari, D & Purnama Sari, D. Perbandingan Pengetahuan Ibu Tentang Penanganan Pertama Pada Kecelakaan (P3K) Cedera Anak Balita. *Health Journal "Love That Renewed "* Vol.9 No.1: 135-140 (2021)
- Usman et al. Kejadian Cedera Pada Anak Usia Sekolah Dasar: Studi Deskriptif. *J. Ilmu Keperawatan dan Kebidanan* 12, 58–62 (2021).
- Waryono. Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan di Sekolah. *J. Pppk* 3, 1–13 (2013).
- Wulandini, P., Roza, A. & Parmanda, K. Pendidikan Kesehatan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (First Aid) Pada Siswa/Siswi SMA Kampar Riau. *J. Pengabdi. Masy.* 1, 47–56 (2017).

Glosarium

P3K : Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan

BAB 2

Pemenuhan Kebutuhan Holistik (Biologis-Psikologis-Sosial-Spiritual) dan Kompetensi Keperawatan Holistik Pada Pasien Kritis

Hana Priscilla Frudence Sohilait

A. Pendahuluan

Pasien kritis umumnya yaitu seseorang yang mengalami kondisi kesehatan yang sangat serius dan memerlukan perhatian medis intensif. Beberapa karakteristik pasien kritis meliputi kondisi medis yang serius, pemantauan yang ketat, intervensi medis yang intensif, dan risiko tinggi pada komplikasi. Kondisi ini membutuhkan perawatan yang kompleks dan multidisiplin, karena melibatkan berbagai aspek kesehatan fisik, emosional/psikologis, sosial, dan spiritual, oleh karena itu, pendekatan holistik menjadi sangat relevan dalam merawat pasien kritis (Sohilait et al., 2024). Pendekatan holistik menekankan pentingnya merawat pasien secara menyeluruh, bukan hanya fokus pada penyakit atau kondisi fisik mereka, tetapi juga mempertimbangkan aspek mental dan emosional, serta bagaimana faktor sosial dan spiritual mempengaruhi kesehatan mereka. Pasien kritis seringkali menghadapi rasa takut, kecemasan, dan ketidakpastian, sehingga dukungan psikososial menjadi sangat krusial (López-Tarrida et al., 2021).

Perkembangan teknologi dalam dunia medis telah memungkinkan terciptanya intervensi yang lebih canggih dan spesifik bagi pasien kritis. Namun, seiring dengan kemajuan tersebut, muncul tantangan baru bagi tenaga medis, khususnya perawat, dalam memastikan bahwa perhatian mereka tidak hanya terfokus pada aspek teknis perawatan, tetapi juga pada kesejahteraan holistik pasien. Di sisi lain, kompetensi holistik perawat di ruang kritis merupakan kunci untuk memastikan bahwa semua aspek kebutuhan pasien dapat terpenuhi (Lahati, Safira Nurul; Sohilait, 2024). Perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan klinis yang mendalam dalam menangani pasien kritis, namun juga harus mampu mengembangkan empati, komunikasi yang efektif, dan kepekaan terhadap kebutuhan psikososial dan spiritual pasien (Onrust et al., 2022). Kompetensi ini mencakup kemampuan untuk bekerja sama dalam tim multidisiplin, mengelola peralatan medis canggih, serta memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarganya (Lahati et al., 2024). Dalam konteks inilah peran kompetensi holistik menjadi sangat vital, di mana perawat harus mampu mengintegrasikan berbagai dimensi perawatan guna mencapai hasil kesehatan yang optimal bagi pasien (Gill Meeley, 2021). Dengan demikian,

memahami kebutuhan holistik pasien kritis dan mengembangkan kompetensi holistik perawat sangatlah penting untuk meningkatkan kualitas perawatan di ruang kritis, serta mendukung pemulihan yang lebih komprehensif bagi pasien.

B. Konsep Perawatan Pasien Kritis

Pasien kritis adalah individu yang berada dalam kondisi yang mengancam nyawa, dan biasanya dirawat di unit perawatan intensif (ICU). Kondisi mereka sering kali tidak stabil dan berpotensi mengancam nyawa. Gangguan pada satu atau lebih sistem organ vital, seperti jantung, paru-paru, ginjal, atau otak, merupakan salah satu ciri utama dari pasien kritis. Penyebab kondisi kritis ini beragam, mulai dari trauma fisik, penyakit akut seperti serangan jantung atau gagal napas, hingga komplikasi penyakit kronis seperti diabetes atau penyakit paru-paru (Byrne et al., 2020). Ilmu perawatan kritis adalah bidang keperawatan dengan suatu fokus pada penyakit yang kritis atau pasien yang tidak stabil. Perawat kritis dapat ditemukan bekerja pada lingkungan yang luas dan khusus, seperti Departemen Keadaan darurat dan Unit Gawat Darurat, dan Unit Perawatan Intensif (Sprogis et al., 2021). Keperawatan kritis adalah keahlian khusus di dalam ilmu keperawatan yang menghadapi manusia secara rinci yang bertanggung jawab atas masalah yang mengancam jiwa. Perawat kritis adalah perawat profesional yang resmi yang bertanggung jawab untuk memastikan pasien dengan sakit kritis dan keluarga-keluarga mereka menerima kepedulian optimal (Lahati, Safira Nurul; Sohilait, 2024). Perawatan pasien kritis menggabungkan berbagai komponen penting yang bertujuan untuk menjaga stabilitas pasien dan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut. Beberapa aspek utama dari perawatan ini meliputi :

1. Pemantauan Intensif: Pasien kritis biasanya memerlukan pemantauan ketat terhadap tanda-tanda vital seperti tekanan darah, detak jantung, tingkat oksigen dalam darah, dan fungsi organ vital lainnya. Pemantauan dilakukan secara terus-menerus menggunakan peralatan canggih, seperti monitor jantung, ventilator, dan alat untuk pemantauan oksigenasi (Bloomer et al., 2022).
2. Intervensi Medis Darurat: Pasien kritis sering membutuhkan intervensi medis yang cepat untuk menjaga kehidupan mereka. Ini bisa termasuk pemberian obat-obatan, bantuan ventilasi mekanik, atau tindakan bedah darurat. Dokter dan perawat yang menangani pasien kritis harus mampu merespons perubahan kondisi pasien dengan segera (McAuliffe et al., 2022).
3. Pendekatan Multidisiplin: Perawatan pasien kritis memerlukan kerjasama tim yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu, termasuk dokter spesialis, perawat, ahli farmasi, fisioterapis, ahli gizi, serta psikolog. Setiap anggota tim memiliki peran spesifik dalam memastikan bahwa semua aspek kesehatan pasien ditangani dengan baik (McAuliffe et al., 2022).

Perawat memegang peran sentral dalam perawatan pasien kritis. Mereka tidak hanya bertanggung jawab atas pemantauan kondisi pasien, tetapi juga harus siap melakukan intervensi saat terjadi perubahan kondisi yang tiba-tiba. Perawat di ICU perlu memiliki kompetensi teknis yang tinggi dalam menggunakan alat-alat medis canggih, memahami dinamika fisiologi pasien yang kompleks, serta mampu bekerja di bawah tekanan tinggi (Richard et al., 2022; Sandham et al., 2022).

Tugas perawat dalam perawatan pasien kritis meliputi; Pemantauan dan evaluasi kondisi pasien secara terus-menerus, kolaborasi dengan dokter dan tim medis lainnya untuk menentukan dan menjalankan rencana perawatan, pemberian obat-obatan sesuai dengan instruksi dokter dan memastikan efektivitas serta menghindari efek samping, menerapkan intervensi keperawatan yang mendukung stabilisasi dan pemulihan kondisi pasien, memberikan dukungan emosional kepada pasien serta memastikan komunikasi yang jelas dengan keluarga pasien. Dalam situasi gawat darurat, meskipun kecepatan dan ketepatan tindakan sangat penting, pendekatan holistik memastikan bahwa pasien tetap diperlakukan dengan martabat dan perawatan yang mencakup seluruh aspek kehidupan mereka (Lahati, Safira Nurul; Sohilait, 2024).

C. Konsep Keperawatan Holistik

Pelayanan keperawatan saat ini berusaha menerapkan pendekatan holistik. Dalam keperawatan, individu selalu dipandang sebagai satu kesatuan yang kompleks dan dimensinya meliputi aspek biologis/fisik, psikologis, sosial/budaya, dan spiritual. Semua dimensi tersebut saling terkait dan kelima aspek tersebut dipandang sebagai kebutuhan yang harus dipenuhi. Kegagalan dalam memenuhi salah satu kebutuhan ini dapat mempengaruhi terpenuhinya kebutuhan lainnya (Ismail et al., 2024; Lahati, Safira Nurul; Sohilait, 2024). Keperawatan holistik didasarkan pada keyakinan bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh interaksi kompleks antara tubuh, pikiran, emosi, lingkungan sosial, dan faktor spiritual. Dalam konteks ini, kesehatan bukan hanya ketiadaan penyakit, tetapi merupakan keadaan kesejahteraan secara menyeluruh(Amsalu et al., 2020).

Keperawatan holistik menekankan praktik perawatan diri, intensionalitas, kehadiran, perhatian, dan penggunaan terapi diri. Hadir dengan niat tanpa syarat, perawat holistik menciptakan lingkungan yang kondusif untuk penyembuhan, juga berfungsi sebagai mitra keluarga. Selain itu, pasien dibimbing untuk menemukan makna dalam pengalaman penyakitnya. Hal ini karena gejala dan penyakit dilihat dalam konsep holistik sebagai respon tubuh untuk menyembuhkan ketidakseimbangan (Delgado, 2020; Rowan & Laffey, 2021).

Kompetensi keperawatan didefinisikan sebagai kemampuan perawat menunjukkan seperangkat atribut, seperti karakteristik pribadi, sikap, nilai, pengetahuan, keterampilan, serta peran dan tanggung jawab profesional dalam melaksanakan praktik keperawatan. Konsensus internasional menyatakan bahwa kompetensi keperawatan harus dilihat dari

perspektif holistik. Perspektif ini tidak hanya menekankan aspek pengetahuan dan keterampilan profesional, tapi juga bakat dan karakteristik pribadi perawat (Simon, 2009). Pemenuhan kebutuhan holistik menawarkan banyak manfaat dalam perawatan kesehatan, antara lain :

1. Kesejahteraan yang Lebih Baik

Dengan memenuhi semua aspek kebutuhan pasien, baik fisik maupun non-fisik, pendekatan holistik dapat meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan dan membantu mempercepat proses penyembuhan(Dwiyanti et al., 2015).

2. Pengurangan Stress

Pendekatan yang memperhatikan kebutuhan psikologis dan spiritual dapat membantu mengurangi tingkat stres pasien, yang pada gilirannya dapat meningkatkan respon imun dan kemampuan tubuh untuk pulih (Best et al., 2020).

3. Meningkatkan Kualitas Hidup

Pasien yang mendapatkan perawatan yang holistik cenderung merasa lebih dihargai sebagai individu, yang dapat meningkatkan kualitas hidup mereka meskipun dalam kondisi sakit (Linda et al., 2020).

4. Pemberdayaan Pasien

Pendekatan holistik juga memfokuskan pada edukasi dan keterlibatan pasien dalam proses perawatan mereka, yang memberikan rasa kontrol dan kemandirian (Amsalu et al., 2020).



Gambar 2.1 Komponen Teori Keperawatan Integral (Dossey et al., 2015)

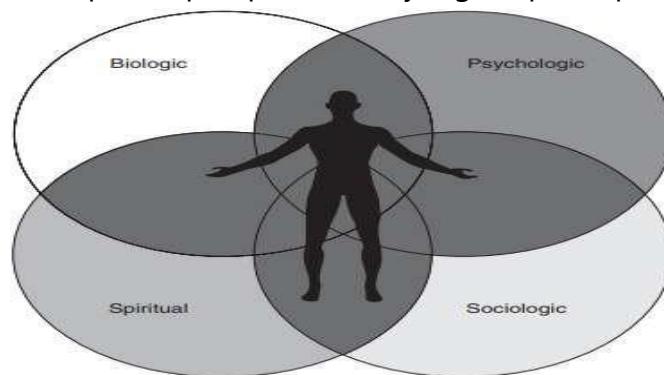
Keperawatan Integral adalah teori besar yang menyajikan ilmu dan seni keperawatan. Ini mencakup proses integral, dari pandangan dunia yang tak terpisahkan. Terdapat beberapa asumsi dalam keperawatan integral, yaitu (Dossey et al., 2015):

1. Pemahaman terpisahkan mengakui individu sebagai medan energi dihubungkan ke energi individu lain dengan keutuhan kemanusiaan, keterbukaan, dinamis, saling bergantung, dan selalu berinteraksi.
2. Sebuah pandangan dunia yang tidak terpisahkan merupakan cara yang komprehensif untuk mengatur beberapa fenomena pengalaman manusia dari 4 perspektif realitas

- yaitu; Interior Individu (Pribadi, Sengaja), Eksterior Individual (Fisiologis, Perilaku), Interior Kolektif (Budaya), dan Eksterior kolektif (Sistem, Struktur).
3. Penyembuhan adalah proses yang melekat pada tiap makhluk hidup, mungkin terjadi dengan menyembuhkan gejala di awal, tetapi tidak dengan utuh.
 4. Kesehatan Integral dialami oleh seseorang sebagai keutuhan dengan perkembangan menuju perkembangan pribadi dan memperluas keadaan ke tingkat yang lebih tinggi dalam pemahaman pribadi seseorang secara fisik, mental, emosional, sosial, dan spiritual seseorang.
 5. Keperawatan Integral tidak lepas dari pengetahuan dan mengintegrasikan praktik-praktik kehidupan pada keseharian.
 6. Perawat merupakan salah satu instrumen dalam proses penyembuhan dan memfasilitasi penyembuhan.
 7. Keperawatan integral berlaku dalam praktik, Pendidikan, penelitian dan pengabdian Masyarakat (Dossey et al., 2015).

D. Kebutuhan Biologis, Psikologis, Sosial, dan Spiritual

Perawatan yang terintegrasi dan komprehensif, pendekatan keperawatan holistik dapat meningkatkan kesejahteraan pasien, mempercepat proses penyembuhan, dan membantu pasien mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Kolaborasi antara tenaga kesehatan dan perhatian yang mendalam terhadap kebutuhan holistik pasien merupakan kunci keberhasilan dalam penerapan perawatan yang berpusat pada manusia.



Gambar 2.2 Model Bio-Psiko-Sosial-Spiritual (Dossey et al., 2015)

Konsep biopsikososial-spiritual memungkinkan pemahaman yang lebih baik tentang perkembangan lingkungan penyakit dan stres yang terkait. Sebaliknya yang dipengaruhi oleh dukungan sosial berdasarkan gagasan biopsikososial dapat mengubah kondisi penyakit. Biologis melalui penggunaan obat, psikologis melalui psikoterapi, sosial melalui dukungan sosial dan modifikasi (Crisp et al., 2020; Mariano, 2016; Nania et al., 2021) :

1. Aspek biologis / fisiologis

Kebutuhan fisiologis adalah hal-hal yang diperlukan atau penting untuk

kehidupan. Orang memiliki banyak kebutuhan, termasuk oksigen, cairan, nutrisi, suhu, eliminasi, dandan, dan seks. Untuk memenuhi kebutuhan fisiologis dasar mereka, pasien yang sangat muda, sangat tua, sakit, cacat, atau dengan kesadaran menurun akan bergantung pada orang lain. Salah satu kebutuhan biologis yang harus diperhatikan pada pasien kritis adalah keamanan jalan napas, pengaturan fungsi kardiovaskular dan neurologis yang tepat, dan pengobatan, manajemen cairan dan elektrolit, pengontrolan infeksi, nutrisi yang adekuat, dan pengurangan ketidaknyamanan.

Perawat memiliki peran dalam memenuhi kebutuhan dasar fisiologis klien. Perspektif aspek kebutuhan biologis dalam keperawatan intensif diantaranya (Crisp et al., 2020; Ismail et al., 2024; Sohilait et al., 2024) :

a. Keamanan Jalan Napas dan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen(O₂)

Perawat dapat memberikan bantuan pernapasan sesuai masalah pasien misal memasang ventilator, dan lain-lain.

b. Kebutuhan Cairan / Manajemen cairan dan elektrolit

Pada saat pengkajian keperawatan menunjukkan temuan konsisten, ketidakseimbangan cairan, tindakan keperawatan diarahkan pada perbaikan keseimbangan kearah yang normal dengan memberi cairan.

c. Nutrisi

Untuk membantu klien memenuhi kebutuhan nutrisinya, perawat harus memahami proses pencernaan dan metabolisme tubuh. Perawat dapat menggunakan berbagai suplemen dan teknik untuk memperbaiki defisit nutrisi.

d. Temperatur

Paparan panas jangka panjang meningkatkan metabolisme tubuh dan meningkatkan kebutuhan oksigen jaringan. Panas yang berkepanjangan dan berlebihan juga memiliki efek fisiologis tertentu. Tindakan perawat dalam hal ini dapat berupa pemantauan suhu tubuh klien terutama bagian tubuh di bawah klien terutama bagian tubuh bawah seperti punggung yang dapat menyebabkan luka decubitus.

e. Eliminasi

Eliminasi merupakan salah satu proses metabolisme tubuh. Produk eliminasi dikeluarkan melalui paru-paru, kulit, ginjal dan usus. Peran perawat lebih ditekankan disini, membantu pasien yang tidak sadarkan diri untuk membuang kotoran hasil metabolisme tersebut.

f. Seks

Maslow memandang seks sebagai kebutuhan fisiologis dasar yang biasanya lebih diprioritaskan daripada kebutuhan yang lebih tinggi. Seksualitas lebih dari seks fisik dan dapat mencakup kebutuhan emosional, sosial dan spiritual. Dalam hal ini, misalnya, perawat dapat bertindak sebagai penasihat pasien, tetapi untuk pasien

yang tidak sadar cukup dengan membawa seseorang yang berharga bagi pasien (Sohilait et al., 2024).

2. Aspek Psikologis

Kebutuhan akan privasi dan rasa aman, manajemen nyeri, bantuan coping dengan situasi stres dan kecemasan (Crisp et al., 2020; Mariano, 2016; Nania et al., 2021) :

a. Rasa Aman dan Nyaman

Pemenuhan kebutuhan keamanan kadang-kadang datang sebelum kebutuhan fisiologis. Perawat harus melindungi pasien perawatan intensif yang tidak sadar agar tidak jatuh dari tempat tidur, misalnya dengan memasang pagar samping untuk mencegahnya. Rasa nyaman dimana seseorang merasa rileks dalam kondisinya, misal perawat dapat melakukan manajemen nyeri pada pasien.

b. Kebutuhan Cinta dan Rasa Memiliki

Manusia perlu merasa dicintai oleh teman sebayanya dan masyarakat pada umumnya, antara lain yaitu hadir dan memberikan sentuhan baik dari perawat atau keluarga pasien. Sentuhan dapat berarti bahwa pasien masih diperhatikan, meskipun dalam keadaan sadar atau tidak sadar.

c. Harga Diri

Kebutuhan akan harga diri mengacu pada keinginan untuk mendapatkan kekuatan, rasa kecukupan, kompetensi, kepercayaan diri dan kemandirian. Jika konsep diri pasien telah berubah karena penyakit atau cedera, pengobatan meliputi perbaikan konsep diri dan citra diri. Tindakan nyata perawat misalnya memberikan dukungan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien atau untuk meningkatkan proses penyembuhan.

d. Aktualisasi Diri

Aktualisasi diri adalah tingkat kebutuhan tertinggi dalam hirarki kebutuhan menurut Maslow. Realisasi diri dimungkinkan bila itu ada keseimbangan antara kebutuhan, beban dan kemampuan klien, dan adaptasi terhadap perubahan tubuh dan lingkungan. Kebutuhan privasi pasien harus dihormati dan dipatuhi.

3. Aspek Sosial

Lingkungan sosial adalah tempat di mana setiap orang dapat berinteraksi dengan orang lain. Berbagi ide, mencerahkan isi hati dan orang lain membuat seseorang merasa dekat dengan aktivitas sosialnya. Kebutuhan akan dukungan keluarga dan teman, membantu pasien dengan masalah sosial yang berkaitan dengan sakit, seperti pengaturan keuangan dan/atau perumahan, serta membantu dalam memperoleh pelayanan sosial yang dibutuhkan. Contoh aspek sosial yaitu perawat bisa memberikan kesempatan keluarga berkunjung atau melihat pasien agar dapat berinteraksi. Dengan demikian maka pasien akan merasa dekat dengan lingkungan seperti orang tua, teman dekat, dan kerabat pasien (Sohilait, 2024; Sohilait et al., 2024).

4. Aspek Spiritual

Kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama serta kebutuhan untuk mendapatkan pengampunan, menjalin hubungan penuh rasa percaya pada Tuhan. Melakukan asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan rohani atau memfasilitasi asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan rohani atau memfasilitasi kebutuhannya untuk melakukan persembahyangan, memandu dan atau berdoa bersama pasien bila memungkinkan untuk bersama pasien bila memungkinkan (Crisp et al., 2020; Ismail et al., 2024; Mariano, 2016; Sohilait et al., 2024).

Penjabaran diatas kemudian dirangkum dalam satu buah luaran oleh Hana, Suhartini, dan Meira yang dinamakan Lembar Observasi Pemenuhan Kebutuhan Holistik Pasien, disesuaikan dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia PPNI, 2018. Lembar observasi tersebut kemudian di uji validitas dan reliabilitasnya. Didapatkan 5 domain yaitu kebutuhan biologis, kebutuhan psikologis, kebutuhan sosial dan kebutuhan spiritual yang masing-masing memiliki item, antara lain (Sohilait et al., 2024);

1. 14 item dari domain kebutuhan biologis, yang terdiri dari 3 item Kebutuhan Perawatan Diri, 2 item Kebutuhan Eliminasi Fekal dan Urin, 3 item Status Nutrisi, 2 item Keseimbangan Cairan, 1 item Sirkulasi Spontan, dan 3 item Respon Ventilasi Mekanik.
2. 7 item kebutuhan psikologis, yang terdiri 3 item Tingkat Nyeri, 2 item Status Kenyamanan, dan 2 item Psikospiritual
3. 5 item kebutuhan sosial, yang terdiri dari 2 item Interaksi Sosial, 3 item Dukungan Keluarga
4. 3 item dari domain kebutuhan spiritual, yang terdiri dari 1 item Status Spiritual, dan 2 item Psikospiritual (Sohilait et al., 2024).

Masing- masing item dinilai dengan penilaian yaitu Terpenuhi dan Tidak Terpenuhi,

**Lembar Observasi Pemenuhan Kebutuhan Holistik Pasien
(Standar Luaran Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018))**

No	Domain	Luaran	Terpenuhi	Tidak Terpenuhi	Keterangan
1	Biologis	Perawatan Diri : Minat melakukan perawatan diri meningkat			
2		Mempertahankan kebersihan diri			
3		Mempertahankan kebersihan mulut			
4		Eliminasi Fekal & Urin: Frekuensi BAB membaik			
5		Frekuensi BAK Membaik			
6		Status Nutrisi Sikap terhadap makanan&minuman sesuai dengan tujuan Kesehatan			
7		Frekuensi makan pasien sesuai			
8		Pasien diberikan makan/minum & obat (per oral/NGT)			
9		Keseimbangan Cairan : Asupan cairan sesuai & terpantau			
10		Output urin sesuai & terpantau			
11		Sirkulasi Spontan Tanda-Tanda Vital (Tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas) terpantau & membaik			
12		Respons Ventilasi Mekanik Airway, Breathing, Circulation terpantau			
13		Sekresi jalan nafas menurun			
14		Gelisah menurun			

Gambar 2.3 Lembar Observasi Kebutuhan Holistik Pasien Domain Biologis (Sohilait, 2024)

No	Domain	Luaran	Terpenuhi	Tidak Terpenuhi	Keterangan
1	Psikologis	Tingkat Nyeri Keluhan nyeri menurun			
2		Gelisah menurun			
3		Kesulitan tidur menurun			
4		Status Kenyamanan Keluhan kedinginan (suhu) menurun			
5		Iritabilitas menurun			
6		Psikospiritual Perasaan tenang meningkat			
7		Citra diri meningkat			
1	Sosial	Interaksi Sosial Responsif pada orang lain			
2		Minat melakukan kontak fisik meningkat			
3		Dukungan Keluarga Anggota keluarga saling mendukung			
4		Meningkatnya dukungan emosi yang disediakan perawat meningkat			
5		Keluarga bekerja sama dalam penentuan perawatan			
1	Spiritual	Status Spiritual Mencari dukungan spiritual bagi anggota keluarga yang sakit			
2		Psikospiritual Harapan & Keyakinan meningkat			
3		Perasaan takut menurun			

Gambar 2.4 Lembar Observasi Kebutuhan Holistik Pasien Domain Psikologis, Sosial, Spiritual (Sohilait, 2024)

Lembar Observasi Pemenuhan Kebutuhan Holistik Pasien ini dijabarkan dan dibuat sederhana, dimaksudkan sebagai satu bentuk inovasi dari hasil penelitian terdahulu untuk memudahkan para perawat terutama di ruang perawatan kritis untuk menilai kebutuhan holistik pasien kritis.

E. Kompetensi Keperawatan Holistik

Kompetensi keperawatan mengacu pada kemampuan seorang perawat untuk menunjukkan karakteristik tertentu seperti kualitas pribadi, sikap, nilai, pengetahuan, keterampilan, peran profesional dan tanggung jawab dalam pelaksanaan asuhan keperawatan (Fukada, 2018; Takase, 2013). Perawat yang kompeten harus didorong untuk memanfaatkan sebaik-baiknya kualitas ini untuk mencapai keperawatan yang aman dan efektif yang memuat lima dimensi, yaitu:

1. Bakat Umum

Faktor utama yang membentuk bakat keperawatan adalah kualitas pribadi. Karakteristik ini mendorong perawatan yang optimal, berdampak pada efisiensi keperawatan, dan membantu mengembangkan hubungan perawat dan pasien. Semakin banyak perhatian perawat terhadap pasien mereka, semakin banyak tanggung jawab perawat terhadap pasien mereka. Hasilnya, perawat tidak hanya melakukan tugas rutin mereka, tetapi juga berusaha untuk menentukan dan meningkatkan kepuasan pasien dan kualitas hidup pasien (Jasemi et al., 2017)

2. Pendidikan dan Manajemen Staf

Manajemen staf dan pendidikan adalah aspek lain dari kompetensi perawat holistik. Pelatihan staf dan manajemen terkait erat dengan pelatihan perawat kepada pasien dan staf. Keahlian perawatan holistik mencakup keterampilan, sikap, dan perilaku perawat untuk mengarahkan dan mengelola sumber daya dan lingkungan untuk mengoptimalkan kerja keperawatan mereka. Keahlian perawatan holistik juga menunjukkan perawat sebagai panutan bagi perawat lain; menemukan solusi untuk masalah; dan menilai kesalahan tim pengobatan (Aydin & Hiçdurmaz, 2019; Takase, 2013).

3. Praktik Berorientasi Etika

Dimensi ketiga kompetensi keperawatan holistik adalah praktik etis. Praktik berorientasi etika ini diartikan sebagai sikap dan perilaku perawat yang mematuhi aturan dan hukum etika profesional. Praktik ini menekankan perawatan yang berfokus pada hak dan martabat pasien. Perawat harus mampu berkomunikasi berdasarkan usia, latar belakang budaya dan sistem nilai pasien (Takase & Teraoka, 2011).

4. Asuhan Keperawatan dalam Tim

Dimensi ini menekankan kesadaran perawat dalam membangun hubungan terapeutik dengan pasien. Komunikasi yang efektif juga dilakukan dengan sesama perawat dan tenaga kesehatan lain untuk membangun hubungan profesional. Prinsip

holistik diwujudkan dalam dimensi dimana perawat mengumpulkan informasi untuk menciptakan pemahaman holistik tentang pasien (termasuk kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial dan spiritual) (Takase & Teraoka, 2011).

5. Pengembangan Profesional

Dimensi kelima kompetensi keperawatan holistik adalah pengembangan profesional. Dimensi ini menitikberatkan pada kesadaran perawat untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilannya. Kompetensi diwujudkan dalam motivasi perawat untuk memperoleh informasi dan keterampilan terkini yang dibutuhkan dalam pekerjaan keperawatan. Perawat harus menilai dan menentukan kebutuhan pembelajaran dan kemudian berpikir serius tentang praktik keperawatan mereka (Takase & Teraoka, 2011).

Sebuah pengembangan instrumen pengukuran kompetensi perawat telah dilakukan oleh Suhartini, Elsa, dan Hana di tahun 2022 dari lima dimensi sebelumnya, dan telah diuji validitas serta reliabilitasnya, dimana kompetensi terbagi menjadi 26 item, yaitu (Ismail, Suhartini; Naviati, Elsa; Sohilait, 2023; Sohilait et al., 2024):

1. Berusaha melakukan pengukuran fisiologis sesuai dengan keluhan dan kebutuhan pasien
2. Mengamati suatu masalah keperawatan dari sudut pandang objektif untuk mendapatkan kesimpulan ilmiah
3. Berusaha memenuhi kebutuhan pasien sesuai hasil pengkajian dan diagnosa keperawatan
4. Berusaha merefleksikan dan mengevaluasi proses berpikir secara menyeluruh dan objektif
5. Memahami dan mengantisipasi faktor risiko dan berupaya mencegah terjadinya kesalahan medis
6. Mengumpulkan dan memeriksa informasi (misalnya informasi Kesehatan dan hasil penelitian) yang dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan
7. Berusaha menghibur dan menyemangati orang lain saat mereka berada dalam situasi yang sulit
8. Menyampaikan perbedaan pendapat melalui komunikasi saat terjadi konflik antar teman
9. Menciptakan lingkungan yang psikologis yang nyaman untuk meningkatkan proses pembelajaran di lahan praktik
10. Membantu perawat dalam bekerja merawat pasien untuk meningkatkan pengetahuan dan skill diri sendiri
11. Berusaha meningkatkan kesejahteraan orang lain dengan segala kemampuan saya
12. Menerapkan hubungan terapeutik dengan klien
13. Memahami posisi saya sebagai perawat

14. Memfasilitasi pasien dan keluarga bertemu pada jam kunjungan
15. Memfasilitasi pasien dan keluarga untuk melakukan ritual spiritual Bersama jika dibutuhkan religinya
16. Menanggapi pasien dan keluarga untuk sebagai individu dengan menerima latar belakang mereka (misalnya jenis kelamin, agama, dan lainnya) serta sistem nilai tanpa ada prasangka
17. Berupaya mempelajari dan mempertahankan pengetahuan dan keterampilan terkini yang diperlukan untuk praktik keperawatan
18. Selalu mengikuti prinsip utama praktik keperawatan yang legal dan etis
19. Memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku
20. Mengkomunikasikan kebutuhan klien kepada tenaga Kesehatan lain untuk memberikan perawatan yang lebih baik
21. Berusaha jujur jika terdapat kesalahan medis/situasi yang berpotensi bahaya tanpa menutup-nutupinya
22. Memodifikasi rencana—rencana dan prioritas asuhan keperawatan, sehingga sesuai dengan kebutuhan klien dan tepat waktu
23. Menerapkan teknologi dalam pengembangan profesi keperawatan sebagai sikap *caring* perawat
24. Menerapkan satu teknologi yang berguna untuk kualitas asuhan keperawatan pasien
25. Mempelajari dengan baik teknologi yang digunakan sesuai kebutuhan dan praktik keperawatan
26. Mampu berkolaborasi dengan tim Kesehatan lain untuk teknologi yang tepat

Deretan kompetensi berikut dibuat dalam bentuk angket berupa kuesioner dengan pengukuran menggunakan skala likert 1-4 dengan gradasi dari negatif sampai positif, dengan metode *scoring* ;

- 1: Tidak pernah dilakukan,
- 2: Jarang dilakukan;
- 3: Dilakukan; dan
- 4: Selalu dilakukan (Sohilait et al., 2024).

F. Peran Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Holistik Pada Pasien Kritis

Penerapan perawatan holistik memerlukan pertimbangan dari berbagai faktor baik individu maupun lingkungan yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan pasien dan kemampuan coping dalam menghadapi situasi krisis seperti kondisi sakit baik akut maupun kronis. Untuk bisa memenuhi hal tersebut, perawat memerlukan dasar pengetahuan yang handal tentang anatomi fisiologi, proses penyakit, regimen tindakan, perilaku, spiritualitas, dan respon manusia. Perawat kritis tidak hanya mampu bekerja dengan teknologi tinggi, melainkan juga harus "mengetahui pasien" dalam artian memahami pasien seutuhnya agar bisa memberikan asuhan keperawatan yang humanistik, individual, dan holistik (Ibrahim, 2020).

Nilai "*presence*" atau menghadirkan diri secara utuh untuk membantu pasien, merefleksikan salah satu aspek dari caring dalam keperawatan. *Caring* juga dapat meliputi mengidentifikasi masalah pasien secara dini, memutuskan dan melaksanakan intervensi yang tepat yang didasarkan pada pemahaman terhadap pengalaman pasien sebelumnya, aspek keyakinan dan budaya pasien, pola perilaku, perasaan, dan kecenderungan pasien. Seni dari caring memerlukan keterampilan dalam komunikasi dan hubungan interpersonal, komitmen peribadi, dan kemampuan untuk menjalin hubungan saling percaya (Dwiyanti et al., 2015; Ismail et al., 2024).

Hal-hal yang perlu dimiliki oleh perawat di unit kritis menurut persepsi pasien mengungkap beberapa atribut kemampuan interpersonal, yaitu ; ramah, ceria, peduli, percaya diri, memperlakukan pasien secara manusiawi tanpa membedakan, mencintai pekerjaan, berjiwa humor, memiliki waktu untuk pasien, terorganisir, memiliki ingatan yang baik, penampilan fisik rapih, baik dalam bertutur/menggunakan bahasa, menjadi pendengar yang baik, menyenangkan/memberikan kenyamanan, kontak emosional di samping atribut skill interpersonal, ada atribut berpikir kritis yang menurut pasien penting dimiliki oleh seorang perawat kritis, diantaranya; mampu membuat keputusan klinis yang akurat, dapat mengkaji situasi dan mengambil tindakan yang tepat, menggunakan akal sehat (logika), memberikan jawaban dan informasi yang jelas, menawarkan saran dan arahan, memberikan penjelasan tentang prosedur tindakan, kondisi klinis, dan pengobatan (Ibrahim, 2020).

G. Penutup

Dalam era perawatan kesehatan yang semakin kompleks, pendekatan holistik terhadap pasien kritis bukan lagi sekadar pilihan, tetapi merupakan kebutuhan yang mendesak. Buku ini diharapkan dapat menjadi panduan komprehensif bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat, dalam mengembangkan kompetensi keperawatan yang memadai untuk memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Keberhasilan perawatan holistik terletak pada kemampuan perawat untuk tidak hanya

merawat tubuh fisik, tetapi juga menyentuh aspek terdalam kemanusiaan, memberikan dukungan emosional, dan memfasilitasi proses spiritual yang dibutuhkan oleh pasien dan keluarganya.

Dengan pemahaman yang lebih mendalam mengenai kebutuhan holistik dan bagaimana cara memenuhiinya, diharapkan perawat mampu menjadi agen perubahan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien, bahkan di saat-saat paling kritis dalam kehidupan mereka. Melalui pendekatan ini, kita tidak hanya merawat pasien sebagai individu, tetapi sebagai manusia yang utuh—dengan seluruh kompleksitas biologis, psikologis, sosial, dan spiritualnya.

Referensi

- Amsalu, B., Fekadu, T., Mengesha, A., & Bayana, E. (2020). Clinical practice competence of mettu university nursing students: A cross-sectional study. *Advances in Medical Education and Practice*, 11, 791–798. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S267398>
- Aydin, A., & Hiçdurmaz, D. (2019). Holistic nursing competence scale: Turkish translation and psychometric testing. *International Nursing Review*, 66(3), 425–433. <https://doi.org/10.1111/inr.12514>
- Best, M., Leget, C., Goodhead, A., & Paal, P. (2020). An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>
- Bloomer, M. J., Ranse, K., Adams, L., Brooks, L., & Coventry, A. (2022). "Time and life is fragile": An integrative review of nurses' experiences after patient death in adult critical care. *Australian Critical Care*. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.09.008>
- Byrne, A. L., Baldwin, A., & Harvey, C. (2020). Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. *PLoS ONE*, 15(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229923>
- Crisp, J., Douglas, C., Rebeiro, G., Waters, D., Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2020). *Potter & Perry's Fundamentals of Nursing - Australia and New Zealand 6th Edition*. 1636.
- Delgado, S. A. (2020). Managing Pain in Critically Ill Adults: A Holistic Approach: A review of best practices from the current clinical guidelines. *American Journal of Nursing*, 120(5), 34–42. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000662808.81949.d6>
- Dossey, B. M., Keegan, L., & Guzzetta, C. F. (2015). Holistic Nursing A Handbook for Practice (4th edition). In *Nursing Education Perspectives* (Vol. 27, Issue 2).
- Dwiyanti, M., Fitriana, R. N., Listiowati, D., Murtoyo, E., & Prasetyaningtyas, V. H. (2015). Keperawatan Holistik. *Repository.Akperykyjogja.Ac.Id*, 150. http://repository.akperykyjogja.ac.id/187/1/Buku_Holistic_Nursing.pdf
- Fukada, M. (2018). CNCSS, Clinical Nursing Competence Self-Assess-ment Scale Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Medica*, 61, 1–007.
- Gill Meeley, N. (2021). Undergraduate student nurses' experiences of their community placements. *Nurse Education Today*, 106, 105054. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105054>
- Ibrahim, K. (2020). Aplikasi Keperawatan Holistik Di Area Keperawatan Kritis. *Symposium Himpunan Perawat Critical Care Indonesia (HIPERCCI) Ke-X*, 5(3), 248–253.
- Ismail, Suhartini; Naviati, Elsa; Sohilait, H. P. F. (2023). *Pengembangan Instrumen Penilaian Kompetensi Keperawatan Holistik Di Area Keperawatan Akut Dan Kritis*. Pangkalan Data Kekayaan Intelektual. <https://pdki-indonesia.dgip.go.id/detail/d6eb85a678b8ed22427e781d2169f5304a88c450061cbbd786e4c6c81fb2e2c3?nomor=EC00202339907&type=copyright&keyword=Pengembang>

an Instrumen Penilaian Kompetensi Keperawatan Holistik Di Area Keperawatan Akut Dan Kritis

Ismail, S., Sohilait, H., Priscilla Frudence, & Erawati, M. (2024). *The Holistic Nursing Competencies and Instruments for Critically III-Patients: A Scoping Review Nursing Department, Faculty of Medicine, Universitas Diponegoro, Semarang, Indonesia.* 18(1), 52–68. [https://doi.org/https://doi.org/10.33860/jik.v18i1.2617](https://doi.org/10.33860/jik.v18i1.2617)

Jasemi, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., & Keogh, B. (2017). A concept analysis of holistic care by hybrid model. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(1), 71–80. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.197960>

Lahati, Safira Nurul; Sohilait, H. P. F. et al. (2024). *Fundamental Keperawatan Kritis* (S. Ismail (ed.); 1st ed.). Tata Mutiara Hidup Indonesia.

Lahati, N. S., Suhartini, S., & Anggorowati, A. (2024). Analysis Concept; Continuing Care of Post-Intensive Care Syndrome. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 7(1), 377–386. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v7i1.756>

Linda, N. S., Phetlhu, D. R., & Klopper, H. C. (2020). Nurse educators' understanding of spirituality and spiritual care in nursing: A South African perspective (Part 1). *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 12, 100187. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.100187>

López-Tarrida, Á. D. C., de Diego-Cordero, R., & Lima-Rodríguez, J. S. (2021). Spirituality in a doctor's practice: what are the issues? *Journal of Clinical Medicine*, 10(23), 5612. <https://doi.org/10.3390/jcm10235612>

Mariano, C. (2016). NURSING EMERGING. ANA Nursing: Scope and Standards of Practice, (2015) 3rd Edition. *Beginnings (American Holistic Nurses' Association)*, 36(2), 5,32-34.

McAuliffe, E., Mulcahy Symmons, S., Conlon, C., Rogers, L., De Brún, A., Mannion, M., Keane, N., Glynn, L., Ryan, J., & Quinlan, D. (2022). COVID-19 community assessment hubs in Ireland: A study of staff and patient perceptions of their value. *Health Expectations*, 26(1), 119–131. <https://doi.org/10.1111/hex.13603>

Nania, T., Barello, S., Caruso, R., Graffigna, G., Stievano, A., Pittella, F., & Dellafoore, F. (2021). The state of the evidence about the Synergy Model for patient care. *International Nursing Review*, 68(1), 78–89. <https://doi.org/10.1111/inr.12629>

Onrust, M., Visser, A., van Veenendaal, N., Dieperink, W., Luttik, M. L., Derkxen, M.-H. G., van der Voort, P. H. J., & van der Meulen, I. C. (2022). Physical, social, mental and spiritual functioning of COVID-19 intensive care unit-survivors and their family members one year after intensive care unit-discharge: A prospective cohort study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 103366. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103366>

Richard, P. L., Starnes-Ott, K., Watson-Campbell, R., Trahan, R. L., Lea, P., Kuntz, D. M., & Jones, D. J. (2022). Preparing BSN students for a new workplace: Experiences in a COVID-19 designated unit as an RN extender. *Journal of Professional Nursing*, 40, 28–33. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.02.003>

Rowan, N. J., & Laffey, J. G. (2021). Unlocking the surge in demand for personal and

protective equipment (PPE) and improvised face coverings arising from coronavirus disease (COVID-19) pandemic – Implications for efficacy, re-use and sustainable waste management. *Science of the Total Environment*, 752, 142259. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.142259>

Sandham, M. H., Hedgecock, E. A., Siegert, R. J., Narayanan, A., Hocaoglu, M. B., & Higginson, I. J. (2022). Intelligent Palliative Care Based on Patient-Reported Outcome Measures. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(5), 747–757. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2021.11.008>

Simon, C. (2009). Interpretation of competence in student assessment. *Nursing Standard*, 23(18), 39–46. <https://doi.org/10.7748/ns.23.18.39.s52>

Sohilait, H. P. F. (2024). *Instrumen Observasi Pemenuhan Kebutuhan Holistik Pasien di Ruang Perawatan Kritis*. Pangkalan Data Kekayaan Intelektual.

Sohilait, H. P. F., Ismail, S., & Erawati, M. (2024). *Validity and Reliability of Holistic Nursing Competencies and The Patients ' s Holistic Needs: A Pilot Study*. 9(1), 24–36. <https://doi.org/https://doi.org/10.20956/icon.v9i1.34288>

Sprogis, S. K., Currey, J., Jones, D., & Considine, J. (2021). Use of the pre-medical emergency team tier of rapid response systems: A scoping Review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 65, 103041. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103041>

Takase, M. (2013). The relationship between the levels of nurses' competence and the length of their clinical experience: A tentative model for nursing competence development. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9–10), 1400–1410. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04239.x>

Takase, M., & Teraoka, S. (2011). Development of the holistic nursing competence scale. *Nursing and Health Sciences*, 13(4), 396–403. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00631.x>

Glosarium

D

Dimensi : Ukuran panjang, lebar, tinggi, luas, volume suatu benda atau ruang.

E

Eksterior : Berkaitan dengan penampilan luar

Eliminasi : Proses atau tindakan menghilangkan sesuatu; penghapusan

H

Holistik : Bersifat menyeluruh

I

ICU : *Intensive Care Unit / Unit Perawatan Intensif*

Individual : Menyangkut pribadi atau diri sendiri

Integral : Bersifat penting atau esensial sebagai bagian keseluruhan

Interior : Bagian dalam

Intervensi : Tindakan ikut serta untuk memengaruhi

K

Konsensus : Kesepakatan bersama yang dicapai melalui musyawarah atau persetujuan

M

Multidisiplin: Melibatkan berbagai cabang ilmu

N

Nasogastric Tube: Selang yang dimasukkan melalui hidung ke lambung untuk pemberian makanan, obat, atau pengosongan lambung

V

Ventilator : Alat untuk membantu pernafasan

BAB 3

Efektivitas *Massage Effleurage* Punggung Menggunakan Olive Oil Terhadap Pencegahan Pressure Ulcer Pada Pasien Stroke Di *Intensive Care Unit (ICU)*

Utari Yunie Atrie

A. Pendahuluan

Stroke atau yang dikenal sebagai *Cerebro Vascular Accident* (CVA), merupakan kondisi medis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara cepat akibat terganggunya suplai darah ke otak. Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk hipertensi dan diabetes mellitus, yang merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya stroke. Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), stroke adalah penyebab utama kematian dan kecacatan di dunia, dengan lebih dari 15 juta orang mengalami serangan stroke setiap tahun. Di Indonesia, stroke menjadi penyebab kematian kedua dan merupakan salah satu penyebab utama kecacatan, dengan prevalensi yang terus meningkat seiring bertambahnya usia populasi.

Di *Intensive Care Unit* (ICU), pasien stroke sering kali mengalami imobilitas yang berkepanjangan, yang meningkatkan risiko terjadinya *pressure ulcer* atau luka tekan. *Pressure ulcer* adalah kerusakan pada kulit dan jaringan di bawahnya yang terjadi akibat tekanan yang berkepanjangan, dan dapat menyebabkan infeksi serta komplikasi lainnya. Pasien stroke yang menjalani tirah baring dalam waktu lama berisiko tinggi mengalami kondisi ini, terutama pada bagian tubuh yang tertekan secara berulang.

Pressure ulcer terjadi karena kurangnya monitoring dan perawatan kulit bagian yang tertekan, sehingga berdampak pada terjadinya gangguan integritas kulit pada bagian yang tertekan. Perawat ICU mempunyai peran penting untuk mencegah terjadinya *pressure ulcer* pada pasien stroke. Salah satu metode yang dapat digunakan untuk mencegah terjadinya *pressure ulcer* pada pasien stroke di ICU adalah melalui terapi pijat (*massage*), khususnya teknik *effleurage*. *Effleurage* adalah teknik pijat yang melibatkan gerakan mengusap lembut pada kulit, yang bertujuan untuk meningkatkan aliran darah dan limfa, serta memberikan efek relaksasi pada pasien. Penelitian menunjukkan bahwa *effleurage* dengan penambahan pelembab *olive oil* dapat membantu mengurangi risiko terjadinya *pressure ulcer* dengan meningkatkan sirkulasi

darah dan mengurangi ketegangan otot pada pasien yang terbaring. Integrasi terapi *massage effleurage* menggunakan *olive oil* dalam protokol perawatan pasien stroke di ICU dapat menjadi langkah yang efektif untuk meningkatkan hasil perawatan dan kualitas hidup pasien.

B. Stroke

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi secara mendadak akibat terganggunya pasokan darah ke otak, yang menyebabkan kerusakan jaringan serebral. Berdasarkan penyebabnya, stroke dibedakan dalam dua kategori utama yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Menurut *American Stroke Association* (ASA) dan *American Heart Association* (AHA), stroke didefinisikan sebagai gangguan fungsi otak yang terjadi secara mendadak akibat gangguan pasokan darah ke otak, yang dapat disebabkan oleh sumbatan pembuluh darah (stroke iskemik) atau perdarahan di dalam otak (stroke hemoragik). Stroke iskemik, yang terjadi pada sekitar 85% kasus, disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah oleh bekuan darah atau plak yang menghambat aliran darah ke bagian tertentu dari otak. Sementara itu, stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah, menyebabkan perdarahan dan kerusakan pada jaringan otak di sekitarnya. *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS) mengidentifikasi bahwa stroke iskemik lebih umum daripada stroke hemoragik dan sering kali berhubungan dengan faktor risiko seperti hipertensi, diabetes, merokok, dan dyslipidemia (NINDS, 2021).

World Health Organization (WHO) menyebutkan stroke ditandai oleh onset mendadak dari defisit neurologis yang berlangsung lebih dari 24 jam, dapat menyebabkan kerusakan permanen pada fungsi otak dan merupakan salah satu penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia. Stroke memerlukan penilaian medis yang cepat dan komprehensif (WHO, 2020). Penanganan stroke yang cepat dan tepat sangat penting untuk mengurangi kerusakan otak lebih lanjut dan meningkatkan kemungkinan pemulihan pasien. AHA/ASA menekankan pentingnya pengenalan dini gejala stroke, seperti ditemukannya ketidakсимetrisan wajah, kesulitan berbicara, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh, dan gangguan penglihatan, untuk mendapatkan perawatan medis segera (*American Heart Association/American Stroke Association*, 2018).

Manifestasi klinis stroke sangat bervariasi dan dapat mencakup berbagai gejala neurologis yang tergantung pada lokasi dan jenis stroke yang terjadi. Stroke iskemik, yang disebabkan oleh penyumbatan aliran darah ke otak, sering kali ditandai dengan defisit neurologis fokal yang mendadak, seperti hemiparesis (kelemahan pada satu sisi tubuh), afasia (gangguan berbicara), dan kehilangan penglihatan (Zewdie et al., 2018; Njoto, 2024; Zafar et al., 2016). Di sisi lain, stroke hemoragik, yang disebabkan oleh pendarahan di dalam atau sekitar otak, dapat menyebabkan gejala yang lebih dramatis,

termasuk sakit kepala mendadak yang parah, mual, dan kehilangan kesadaran (Zewdie et al., 2018; Njoto, 2024). Stroke ditemukan sebagai kondisi neurologis yang paling umum di rumah sakit, dengan manifestasi klinis yang mencakup defisit motorik, sensorik, dan kognitif penglihatan (Zewdie et al., 2018). Defisit motorik, seperti hemiplegia atau hemiparesis, merupakan gejala yang paling sering dilaporkan, dengan prevalensi mencapai 76,5% (Hn et al., 2015). Selain itu, gejala lain seperti dysarthria (gangguan bicara) dan perubahan kognitif juga sering muncul, menunjukkan kompleksitasnya manifestasi stroke (Njoto, 2024; Hn et al., 2015).

Stroke merupakan kondisi medis yang serius dan dapat dibagi menjadi beberapa fase, yaitu fase hiperakut, fase akut, fase subakut, dan fase rehabilitasi. Setiap fase memiliki karakteristik dan penanganan yang berbeda, yang penting untuk memaksimalkan pemulihan pasien. Fase Hiperakut terjadi dalam 24 jam pertama setelah onset stroke, di mana intervensi cepat sangat penting untuk mengurangi kerusakan otak. Pada fase ini, penanganan utama adalah pengobatan fibrinolitik, seperti tPA (*tissue plasminogen activator*), yang efektif dalam kasus stroke iskemik, yang harus diberikan dalam waktu 3 hingga 4,5 jam setelah onset gejala untuk efektivitas maksimal (Allen, 2023). Selain terapi trombolitik, intervensi farmakologi juga menjadi pilihan dalam penanganan stroke iskemik, terutama pada pasien yang tidak memenuhi kriteria untuk tPA atau yang mengalami *stroke wake-up*, di mana onset gejala tidak diketahui. Untuk stroke hemoragik, dalam beberapa kasus dilakukan pembedahan untuk mengurangi tekanan intra kranial atau memperbaiki pembuluh darah yang pecah. Selain itu, pengendalian tekanan darah juga menjadi fokus utama, karena hipertensi dapat memperburuk kondisi pasien (Khosla et al., 2022). Penanganan yang cepat dan tepat pada fase ini dapat mengurangi angka kecacatan hingga 30% (Fadillah, 2024).

Setelah fase hiperakut, pasien memasuki Fase Akut yang berlangsung hingga tujuh hari setelah onset. Pada fase ini, pasien dapat dirawat diberbagai perawatan khusus seperti *Acute Stroke Unit* (ASU), *Stroke Corner*, maupun di *Intensive Care Unit* (ICU). Penanganan fase akut meliputi stabilisasi tanda vital dan pengobatan untuk mencegah komplikasi (Hunaii, 2016). Mobilisasi dini juga dianjurkan untuk meningkatkan perfusi otak dan mengurangi cedera di area penumbra iskemik (Fiana, 2020).

Fase Subakut berlangsung dari minggu kedua hingga minggu keenam setelah stroke. Pada fase ini, rehabilitasi menjadi fokus utama, termasuk terapi fisik, okupasi, dan bicara untuk membantu pasien kembali ke aktivitas sehari-hari (Islam, 2024). Penanganan nutrisi juga penting, karena banyak pasien mengalami malnutrisi yang dapat memperlambat pemulihan (Amalia & Putri, 2022). Selain itu, pemantauan dan pengelolaan faktor risiko seperti diabetes dan hipertensi sangat penting untuk mencegah terjadinya stroke berulang (Syahrul et al., 2023).

Fase Rehabilitasi dimulai setelah fase subakut dan dapat berlangsung selama berbulan-bulan hingga tahun. Rehabilitasi bertujuan untuk memulihkan fungsi yang hilang dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi seperti terapi okupasi dan latihan fisik berfokus pada pengembalian kemampuan motorik dan kemandirian pasien (Islam, 2024). Selain itu, dukungan psikososial juga penting untuk membantu pasien dan keluarga beradaptasi dengan perubahan yang terjadi akibat stroke (Hulu, 2021). Secara keseluruhan, penanganan stroke harus dilakukan secara komprehensif dan berkelanjutan, dimulai dari fase hiperakut hingga rehabilitasi, untuk memaksimalkan pemulihan dan kualitas hidup pasien.

C. Pasien Stroke Di *Intensive Care Unit* dan Peran Perawat

Stroke yang merupakan gangguan aliran darah ke otak, dapat menyebabkan kerusakan permanen pada fungsi otak dan memerlukan perawatan intensif untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Pasien stroke sering kali berujung dengan perawatan lanjutan di unit stroke maupun di unit perawatan intensif. Pasien stroke dengan perawatan di ICU memiliki karakteristik dan kebutuhan yang unik, yang membedakan mereka dari pasien stroke yang dirawat di unit perawatan biasa. Pasien stroke di ICU umumnya mencakup individu yang mengalami stroke iskemik atau hemoragik yang memerlukan pemantauan ketat dan intervensi medis intensif. Kriteria pasien stroke untuk masuk ICU sering kali meliputi penurunan kesadaran, kebutuhan untuk ventilasi mekanis, dan pemantauan invasif yang diperlukan untuk mengelola komplikasi serius seperti peningkatan tekanan intrakranial (ICP) dan gangguan pernapasan (Alonso et al., 2015; Odiase & Lofor, 2021).

Kondisi pasien stroke di ICU sering kali sangat kompleks mencakup aspek fisik, neurologis, dan psikologis. Mereka mungkin mengalami berbagai komplikasi, termasuk pneumonia terkait stroke, infeksi (sepsis), dan masalah kardiovaskular, yang dapat memperburuk prognosis mereka (Zawiah, 2024). Pneumonia pada pasien stroke dapat disebabkan oleh kesulitan menelan (disfagia) dan refleks batuk yang tidak adekuat pada pasien stroke, sehingga meningkatkan risiko infeksi saluran pernapasan. Penelitian menunjukkan bahwa pneumonia terkait stroke adalah salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada pasien stroke yang dirawat di ICU (Suryajaya et al., 2021). Selain pneumonia, stroke juga dapat menyebabkan komplikasi serius lainnya seperti sepsis, terutama pada pasien dengan stroke hemoragik. Penelitian menunjukkan bahwa sekitar 30% kematian pada pasien stroke hemoragik terjadi dalam 48 jam pertama, dengan sepsis sebagai salah satu penyebab utama (Siwi et al., 2016). Komplikasi ini sering kali berhubungan dengan infeksi intraabdomen, yang merupakan penyebab kedua tertinggi mortalitas di ICU (Wirdiyana & Faisal, 2021).

Pasien stroke juga memiliki risiko tinggi untuk mengalami *pressure ulcer* atau luka tekan terutama karena keterbatasan mobilitas yang diakibatkan oleh kelemahan

otot dan kelumpuhan. Penelitian menunjukkan bahwa pasien stroke di ICU cenderung memiliki tingkat keparahan yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang dirawat di unit stroke biasa, dengan risiko kematian yang lebih tinggi dan kebutuhan untuk perawatan lanjutan yang lebih intensif (Valburg et al., 2020; Mitchell et al., 2020). Selain itu, pasien stroke juga berisiko mengalami *Venous Thrombo Embolism* (VTE), yang dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas. VTE sering kali terjadi pada pasien yang tidak dapat bergerak akibat kelemahan motorik yang disebabkan oleh stroke, sehingga memerlukan perhatian khusus dalam manajemen perawatan di ICU (Hartono et al., 2019). Dari segi neurologis, stroke dapat menyebabkan gangguan kognitif yang signifikan, yang berkontribusi pada kecacatan jangka panjang (Ristinawati et al., 2022). Pasien stroke berisiko tinggi mengalami gangguan fungsi motorik, yang mengakibatkan ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari. Hal ini tidak hanya mempengaruhi kualitas hidup pasien, tetapi juga menambah beban psikologis bagi mereka dan keluarga mereka.

Berdasarkan penelitian, pasien stroke yang dirawat di ICU juga menunjukkan pola pemulihan yang berbeda. Faktor-faktor seperti usia, tingkat keparahan stroke yang dinilai melalui Skala NIHSS, dan adanya komorbiditas dapat mempengaruhi hasil jangka panjang mereka (Valburg et al., 2020; Faigle et al., 2014). Perawat ICU memainkan peran yang sangat penting dalam pengelolaan pasien stroke di unit perawatan intensif. Tugas mereka tidak hanya terbatas pada pemantauan fisik, tetapi juga mencakup intervensi yang kompleks untuk memastikan stabilitas pasien dan meminimalkan komplikasi. Dalam konteks ini, perawat ICU bertanggung jawab untuk memantau parameter fisiologis pasien secara terus-menerus, yang merupakan elemen kunci dalam manajemen stroke akut. Pemantauan ini memungkinkan deteksi dini dan koreksi komplikasi, yang dapat secara signifikan meningkatkan hasil perawatan pasien stroke (Cereda et al., 2015; Alonso et al., 2015). Dalam kasus pasien dengan stroke iskemik atau perdarahan, perawat harus siap untuk mengidentifikasi dan merespons tanda-tanda perburukan kondisi pasien, seperti penurunan kesadaran atau ketidakstabilan hemodinamik (Singh & Edwards, 2013; Mitchell et al., 2020). Penelitian menunjukkan bahwa pasien stroke yang dirawat di ICU cenderung memiliki tingkat keparahan yang lebih tinggi, sehingga memerlukan pemantauan yang lebih ketat dan intervensi yang cepat (Mitchell et al., 2020; Valburg, 2023). Disamping itu, perawat di ICU memiliki peran penting dalam mendukung pasien stroke dengan memberikan pendidikan dan bantuan dalam aktivitas sehari-hari, yang dapat membantu meningkatkan kemandirian pasien (Latifah et al., 2018).

Pasien stroke di ICU memerlukan pendekatan multidisiplin yang mencakup manajemen neurologis, perawatan suportif, dan pemantauan ketat untuk mengoptimalkan hasil klinis mereka. Dengan meningkatnya kompleksitas perawatan stroke, semakin banyak pasien yang memerlukan perawatan di ICU, mencerminkan

kebutuhan akan sumber daya yang lebih besar untuk menangani kondisi kritis ini (Zhang et al., 2020; Saltman et al., 2015). Perawat ICU perlu harus berkolaborasi dengan tim multidisiplin untuk memberikan perawatan yang komprehensif pada pasien stroke. Keterampilan komunikasi yang baik juga diperlukan untuk berinteraksi dengan keluarga pasien, memberikan informasi tentang kondisi pasien dan proses perawatan yang sedang berlangsung (Saltman et al., 2015). Keterampilan dan pengetahuan mereka sangat berkontribusi terhadap hasil perawatan yang lebih baik bagi pasien stroke di ICU.

D. Resiko *Pressure Ulcer* pada Pasien Stroke DI ICU

Pressure ulcer atau luka tekan merupakan masalah kesehatan yang signifikan pada pasien stroke yang dirawat di unit perawatan intensif. Kondisi ini terjadi akibat tekanan berkepanjangan pada area kulit yang menonjol karena tulang, yang menyebabkan iskemia, hipoksia, dan akhirnya nekrosis jaringan (Costa et al., 2022). Pasien stroke sering kali mengalami ketidakmampuan untuk bergerak secara mandiri, yang meningkatkan risiko terjadinya *pressure ulcer*. Penelitian menunjukkan bahwa pasien stroke, terutama yang dirawat di unit perawatan intensif, memiliki tingkat kejadian *pressure ulcer* yang tinggi, dengan angka prevalensi berkisar antara 22% hingga 39,3% (Kaya, 2019; Primalia & Hudiyawati, 2020).

Faktor utama yang menyebabkan risiko tinggi *pressure ulcer* pada pasien stroke adalah imobilisasi berkepanjangan. Ketidakmampuan untuk bergerak secara aktif meningkatkan tekanan pada area tertentu dari tubuh, yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan (Gao et al., 2023). Penelitian menunjukkan bahwa pasien yang mengalami kelumpuhan, baik hemiplegia maupun paraplegia, lebih rentan terhadap *pressure ulcer* karena mereka tidak dapat mengubah posisi tubuh mereka secara mandiri (Sya'bani et al., 2020). Selain itu, penelitian juga menunjukkan bahwa posisi tidur yang tidak tepat, seperti kemiringan 90 derajat, dapat meningkatkan insiden *pressure ulcer* (Ravi & Mehta, 2019). Faktor risiko untuk pengembangan *pressure ulcer* pada pasien stroke di ICU termasuk mobilitas yang terbatas, usia, dan kondisi medis yang mendasari seperti diabetes mellitus dan hypoalbuminemia (Chen et al., 2022). Mobilisasi yang tidak memadai dan kurangnya intervensi pencegahan, seperti pergantian posisi secara berkala, berkontribusi pada tingginya insiden *pressure ulcer* di kalangan pasien ini (Tayyib & Coyer, 2016). Selain itu, penelitian menunjukkan bahwa pasien yang dirawat dengan ventilasi mekanis memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami *pressure ulcer*, terutama karena posisi tubuh yang tidak berubah dan gesekan yang terjadi saat pasien bergerak (Deng et al., 2017).

Menurut National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), derajat *pressure ulcer* dibagi menjadi empat tahap berdasarkan kedalaman dan keparahan kerusakan jaringan, yaitu sebagai berikut:

1. Derajat 1 (*Stage 1*)

Pada derajat pertama, kulit tetap utuh tetapi menunjukkan tanda-tanda perubahan warna yang tidak hilang saat ditekan. Kulit di area yang tertekan akan tampak kemerahan, terutama pada individu dengan kulit terang, atau bisa tampak kebiruan atau keungu-unguan pada individu dengan kulit gelap. Selain perubahan warna, kulit bisa terasa lebih hangat atau lebih dingin bila diraba. Tekstur kulit bisa menjadi lebih keras atau lebih lembut daripada area kulit di sekitarnya. Gejala ini biasanya hilang saat tekanan dihentikan. Pada tahap ini, kerusakan hanya terjadi pada lapisan epidermis (lapisan kulit terluar), dan jika ditekan, warna kemerahan tidak akan hilang, yang menunjukkan bahwa suplai darah terganggu.

Derajat 1 menunjukkan gangguan pada sirkulasi darah yang bisa memicu peradangan pada lapisan kulit, namun belum ada kerusakan yang permanen. Pada pasien stroke, faktor risiko seperti ketidakmampuan untuk bergerak, inkontinensia, dan kelemahan otot berperan besar dalam terjadinya luka ini.

2. Derajat 2 (*Stage 2*)

Pada derajat kedua, *pressure ulcer* lebih dalam dan sudah melibatkan lapisan dermis, yang menyebabkan kulit terbuka dan memperlihatkan area merah muda atau merah. Luka bisa berupa lecet (blister), erosi pada kulit, atau bahkan robekan superfisial. Tepi luka terlihat tajam dan jelas, dan luka tersebut dapat mengeluarkan cairan bening. Pada tahap ini, kerusakan lebih luas dibandingkan tahap pertama, tetapi belum mencakup jaringan subkutan (di bawah kulit). Meskipun lebih dalam, luka ini masih terbatas pada lapisan epidermis dan dermis.

Kerusakan terjadi akibat tekanan yang terus-menerus pada area tubuh, yang menyebabkan penurunan aliran darah ke jaringan kulit dan memicu kerusakan pada jaringan tersebut. Pasien stroke yang tidak dapat bergerak secara mandiri atau sering terbaring pada posisi yang sama sangat rentan mengalami luka ini.

3. Derajat 3 (*Stage 3*)

Pada derajat ketiga, *pressure ulcer* sudah meluas lebih dalam dan mencakup jaringan subkutan (lapisan lemak di bawah kulit), namun belum mencapai otot atau tulang. Luka ini tampak lebih dalam dengan jaringan mati (nekrosis) yang dapat terlihat berwarna kuning atau hitam. Tepi luka cenderung lebih dalam dan lebar, dan luka dapat mengeluarkan cairan bernanah atau jaringan mati. Pada tahap ini, luka sudah cukup dalam, menyebabkan kerusakan jaringan yang lebih substansial, dan jika tidak diobati, dapat menyebabkan infeksi.

Tekanan yang berlangsung lama dan terus-menerus pada area tubuh yang rentan menyebabkan kerusakan yang lebih mendalam. Pasien stroke dengan kelemahan atau kelumpuhan tubuh bagian bawah atau salah satu sisi tubuh sangat berisiko mengembangkan luka pada bagian yang tertekan, seperti bokong atau tumit, karena kurangnya kemampuan untuk merubah posisi.

4. Derajat 4 (*Stage 4*)

Pada derajat keempat, *pressure ulcer* sudah sangat dalam, melibatkan kerusakan yang luas pada jaringan subkutan, otot, tendon, bahkan tulang. Kerusakan jaringan sangat parah dan dapat melibatkan struktur tubuh yang lebih dalam, seperti tendon atau ligamen, dan bisa terlihat langsung melalui luka tersebut. Luka ini sering kali mengeluarkan nanah atau cairan kental, dan bisa menimbulkan bau tidak sedap akibat infeksi yang terjadi pada jaringan yang rusak. Kerusakan yang terjadi pada lapisan terdalam ini dapat menyebabkan hilangnya fungsi pada area tubuh yang terpengaruh. Luka pada tahap ini bisa menyebabkan kerusakan permanen jika tidak segera mendapatkan perawatan medis yang tepat.

Pada tahap ini, luka sudah sangat dalam dan dapat menyebabkan infeksi berat, bahkan mengancam nyawa. Pada pasien stroke, terutama yang mengalami gangguan mobilitas dan memiliki kondisi kesehatan yang buruk, risiko *pressure ulcer* pada tahap ini sangat tinggi. Kekurangan perawatan yang cepat dan efektif menyebabkan luka berkembang menjadi lebih dalam dan lebih berbahaya.

Dalam konteks perawatan pasien stroke di ICU, penting bagi tim medis untuk menyadari bahwa *pressure ulcer* bukan hanya masalah lokal, tetapi juga dapat memperpanjang masa rawat inap dan meningkatkan beban finansial bagi keluarga pasien. Oleh karena itu, pengelolaan yang baik dan pendekatan multidisipliner dalam perawatan pasien stroke sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya *pressure ulcer* yang dapat memperburuk kondisi pasien dan memperpanjang masa perawatan di rumah sakit. Upaya pencegahan yang efektif dan terencana harus menjadi prioritas dalam manajemen pasien stroke di ICU untuk meningkatkan hasil klinis dan kualitas hidup pasien (Gao et al., 2023).

E. Mekanisme Terjadinya *Pressure Ulcer* pada Pasien Stroke DI ICU

Pressure ulcer pada pasien stroke, terutama yang dirawat di ICU, berkembang akibat kombinasi faktor mekanik, fisiologis, dan patologis yang saling berinteraksi. Tekanan berkepanjangan pada area tubuh tertentu, seperti tumit, bokong, dan punggung, menyebabkan pembuluh darah terkompresi dan menghalangi aliran darah ke jaringan kulit dan subkutan. Kondisi ini dikenal sebagai iskemia, yang mengakibatkan kekurangan oksigen dan nutrisi penting untuk sel-sel jaringan. Akibatnya, sel-sel di area yang tertekan mulai mengalami nekrosis. Pada pasien stroke, kemampuan untuk mengubah posisi tubuh secara mandiri terganggu, baik karena kelumpuhan atau keterbatasan motorik, sehingga tekanan pada titik tertentu berlangsung lebih lama, meningkatkan risiko perkembangan luka *pressure ulcer* (Baumgarten et al., 2014).

Selain tekanan, gesekan dan *shear* (gaya tarik yang terjadi ketika lapisan kulit bergeser terhadap lapisan jaringan yang lebih dalam) juga berkontribusi terhadap cedera kulit. Gesekan sering terjadi saat pasien dipindahkan atau diposisikan di tempat tidur, sementara *shear* dapat merusak pembuluh darah kecil di bawah kulit, memperburuk suplai darah dan mempercepat kerusakan jaringan (Clark, 2015). Pada pasien stroke, faktor risiko lain yang memperburuk perkembangan *pressure ulcer* adalah gangguan nutrisi akibat disfagia (kesulitan menelan), yang mengarah pada asupan makanan dan cairan yang tidak mencukupi. Kekurangan nutrisi, terutama protein dan vitamin, memperlambat proses penyembuhan kulit dan jaringan yang rusak (Tano et al., 2020). Selain itu, gangguan sensasi yang terjadi akibat kelumpuhan mengurangi kemampuan pasien untuk merasakan ketidaknyamanan akibat tekanan, sehingga mereka tidak dapat mengubah posisi tubuh mereka untuk mengurangi risiko luka (Kottner et al., 2017).

Faktor lain yang turut berperan adalah gangguan sirkulasi darah mikro yang disebabkan oleh stroke itu sendiri. Pasien dengan stroke, terutama stroke hemiplegik, mengalami gangguan pada kontrol motorik dan sirkulasi tubuh, yang memperburuk stasis darah dan menghambat kemampuan tubuh untuk mendistribusikan darah secara merata ke seluruh tubuh, meningkatkan kerentanannya terhadap *pressure ulcer* (Bakker et al., 2021). Semua faktor ini bekerja secara bersamaan untuk meningkatkan risiko terbentuknya *pressure ulcer* pada pasien stroke yang memerlukan perawatan intensif untuk mencegah dan menangani luka tersebut.

F. Penilaian Resiko *Pressure Ulcer*

Pengukuran risiko *pressure ulcer* pada pasien stroke di ICU sangat penting untuk mencegah komplikasi yang dapat memperburuk kondisi pasien. Salah satu alat yang umum digunakan untuk menilai risiko ini adalah skala Braden. Penilaian *pressure ulcer* menggunakan skala Braden adalah salah satu metode yang umum digunakan untuk menilai risiko seseorang mengalami *pressure ulcer*. Skala ini terdiri dari 6 (enam) parameter, yaitu: persepsi sensorik, kelembapan kulit, aktivitas fisik, mobilitas, nutrisi, dan gesekan. Setiap parameter dinilai dengan skor antara 1 hingga 4, di mana skor yang lebih rendah menunjukkan risiko yang lebih tinggi untuk mengalami *pressure ulcer*. Setelah penilaian terhadap keenam parameter dilakukan, skor total dihitung dengan menjumlahkan nilai yang diperoleh. Skor total ini berkisar antara 6 hingga 23, di mana skor lebih rendah menunjukkan risiko lebih tinggi. Interpretasi skor Braden memberikan gambaran tentang sejauh mana seseorang rentan terhadap *pressure ulcer*, dengan skor 15-18 menunjukkan risiko rendah, 13-14 risiko sedang, dan 12 atau kurang menunjukkan risiko tinggi. Penilaian ini penting untuk intervensi pencegahan dan pengelolaan *pressure ulcer*, seperti perawatan kulit yang lebih intensif, perbaikan nutrisi, dan perubahan posisi secara teratur (Kale et al., 2014).

Skala Braden terdiri dari enam komponen yang masing-masing menilai aspek yang berbeda dari kondisi pasien yang berhubungan dengan risiko terjadinya *pressure ulcer*. Berikut adalah penjelasan lebih spesifik mengenai penilaian masing-masing komponen:

1. Persepsi Sensorik (*Sensory Perception*)

Komponen ini menilai kemampuan pasien untuk merasakan rangsangan atau ketidaknyamanan yang muncul akibat tekanan pada kulit. Skor yang diberikan bergantung pada sejauh mana pasien dapat merasakan dan merespons rangsangan. Skor berkisar antara 1 hingga 4.

- a. 1: Tidak dapat merasakan atau merespons rangsangan (misalnya pasien yang tidak sadar atau tidak dapat berkomunikasi).
- b. 2: Hanya dapat merasakan rangsangan pada keadaan yang sangat kuat.
- c. 3: Dapat merasakan dan merespons rangsangan biasa, tetapi tidak selalu dapat melakukan tindakan yang diperlukan.
- d. 4: Dapat sepenuhnya merasakan dan merespons rangsangan.

2. Kelembapan (*Moisture*)

Komponen ini menilai seberapa sering kulit pasien terpapar kelembapan yang dapat meningkatkan risiko kerusakan kulit, seperti dari keringat, urine, atau sekresi lainnya. Semakin sering kulit terpapar kelembapan, semakin tinggi risiko *pressure ulcer*. Skor berkisar antara 1 hingga 4:

- a. 1: Kulit selalu basah atau lembap.
- b. 2: Kulit basah atau lembap dalam waktu yang lama, misalnya pada pasien inkontinen.
- c. 3: Kulit lembap hanya sesekali, misalnya setelah tindakan medis tertentu.
- d. 4: Kulit selalu kering.

3. Aktivitas (*Activity*)

Komponen ini menilai tingkat aktivitas fisik pasien, yang mempengaruhi kemampuan tubuh untuk mengurangi tekanan pada area tertentu dengan bergerak atau beraktivitas. Semakin sedikit aktivitas yang dilakukan pasien, semakin tinggi risiko *pressure ulcer*. Skor berkisar antara 1 hingga 4:

- a. 1: Pasien sangat terbatas dalam aktivitas fisik atau tidak aktif sama sekali.
- b. 2: Pasien aktif dalam waktu yang terbatas, tetapi tidak dapat melakukan mobilisasi mandiri.
- c. 3: Pasien aktif dalam beberapa aktivitas sehari-hari, namun dengan keterbatasan.
- d. 4: Pasien dapat melakukan berbagai aktivitas fisik secara mandiri.

4. Mobilitas (*Mobility*)

Komponen ini menilai kemampuan pasien untuk bergerak dan mengubah posisi tubuh. Semakin terbatas mobilitas, semakin besar risiko terjadi tekanan yang

berkepanjangan pada kulit, yang dapat menyebabkan *pressure ulcer*. Skor berkisar antara 1 hingga 4:

- a. 1: Pasien tidak dapat bergerak atau mengubah posisi tanpa bantuan.
- b. 2: Pasien hanya dapat mengubah posisi secara terbatas atau dengan bantuan sedikit.
- c. 3: Pasien dapat mengubah posisi sendiri, meskipun memerlukan sedikit bantuan.
- d. 4: Pasien dapat mengubah posisi secara mandiri tanpa bantuan.

5. Nutrisi (*Nutrition*)

Komponen ini menilai status gizi pasien, yang berpengaruh besar pada kemampuan tubuh untuk memelihara integritas kulit dan jaringan tubuh. Kekurangan gizi dapat memperburuk risiko *pressure ulcer*. Skor berkisar antara 1 hingga 4:

- a. 1: Pasien mengalami defisiensi gizi yang parah dan tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi dasar.
- b. 2: Pasien mengalami defisiensi gizi yang cukup signifikan, tetapi ada beberapa asupan yang baik.
- c. 3: Pasien memiliki pola makan yang cukup baik, meskipun ada beberapa kekurangan gizi minor.
- d. 4: Pasien memperoleh nutrisi yang cukup dan seimbang untuk mendukung kesehatan kulit dan tubuh secara keseluruhan.

6. Gesekan dan Gaya Gesek (Friction and Shear)

Komponen ini menilai sejauh mana gesekan atau gaya gesek pada kulit, yang biasanya terjadi saat pasien bergerak atau digerakkan, dapat menyebabkan kerusakan pada kulit. Gesekan dapat memperburuk kondisi kulit dan meningkatkan risiko *pressure ulcer*. Skor berkisar antara 1 hingga 3:

- a. 1: Pasien berisiko tinggi terhadap gesekan dan gesekan karena mobilitas terbatas dan sering mengalami pergeseran tubuh saat bergerak.
- b. 2: Pasien mengalami gesekan sedang, dan sedikit bantuan mungkin diperlukan untuk menghindari kerusakan kulit.
- c. 3: Pasien berisiko rendah terhadap gesekan dan gesekan, karena dapat bergerak dengan bebas atau menggunakan peralatan bantu yang tepat.

Keefektifan skala Braden dalam memprediksi kejadian *pressure ulcer* telah dibuktikan dalam beberapa studi. Misalnya, penelitian oleh Kale et al. (2014) menunjukkan bahwa penggunaan skala Braden secara signifikan dapat membantu dalam mengidentifikasi pasien yang berisiko tinggi mengalami *pressure ulcer*, sehingga intervensi pencegahan dapat dilakukan lebih awal. Dengan demikian, skala Braden tidak hanya berfungsi sebagai alat penilaian, tetapi juga sebagai panduan

dalam merencanakan intervensi keperawatan yang tepat untuk mencegah *pressure ulcer* pada pasien stroke di ICU.

Dalam konteks ICU, di mana pasien sering kali berada dalam kondisi kritis dan tidak dapat bergerak, penerapan skala Braden menjadi sangat relevan. Penilaian yang akurat dapat membantu tim medis dalam merancang strategi pencegahan yang lebih efektif, seperti mobilisasi dini dan pengaturan posisi yang tepat, untuk mengurangi risiko *pressure ulcer* (Juliani, 2022; Marlina, 2023; Aryani et al., 2022). Oleh karena itu, penggunaan skala Braden di ICU tidak hanya meningkatkan kualitas perawatan pasien, tetapi juga berkontribusi pada pemulihan yang lebih baik dan mengurangi komplikasi jangka panjang.

G. Pentingnya Pencegahan *Pressure Ulcer* Pada Pasien Stroke

Pencegahan *pressure ulcer* memerlukan pendekatan yang menyeluruh dan sistematis, mengingat pasien di ICU sering kali berada dalam kondisi medis yang kompleks dan terbatas mobilitasnya. Pasien stroke sering kali mengalami keterbatasan mobilitas yang signifikan, yang dapat menyebabkan tekanan berlebih pada area tertentu dari kulit, sehingga meningkatkan risiko terjadinya *pressure ulcer*. Menurut penelitian, prevalensi *pressure ulcer* di ICU dapat mencapai 37,3% (Citra et al., 2017). Hal ini menunjukkan bahwa pasien stroke yang dirawat di ICU sangat rentan terhadap komplikasi ini, yang dapat memperburuk kondisi kesehatan mereka dan memperpanjang waktu perawatan.

Berbagai metode dapat dilakukan sebagai intervensi pencegahan stroke di ICU. Langkah pertama yang penting adalah penilaian risiko menggunakan alat penilaian seperti skala Braden, yang mempertimbangkan faktor-faktor seperti kelembapan kulit, mobilitas, nutrisi, dan gesekan. Pasien yang memiliki risiko tinggi, seperti mereka yang mengalami stroke atau yang menggunakan ventilator mekanik, perlu diberi perhatian lebih. Salah satu metode pencegahan yang efektif adalah dengan melakukan perubahan posisi secara berkala. Posisi tubuh pasien harus diubah secara rutin, setidaknya setiap dua jam, untuk mengurangi tekanan pada area-area rentan, seperti tumit, bokong, dan punggung. Penelitian menunjukkan bahwa alih baring setiap dua jam dapat mengurangi risiko *pressure ulcer* pada pasien pasca stroke (Citra et al., 2017). Selain itu, penataan tempat tidur yang tepat juga berperan penting dalam menjaga tekanan permukaan yang stabil, yang dapat mengurangi risiko terjadinya *pressure ulcer* (Supriadi, 2022). Penggunaan matras anti-decubitus atau bantalan khusus juga efektif dalam mendistribusikan tekanan secara merata dan mengurangi risiko *pressure ulcer*. Mobilisasi dini atau progresif juga merupakan faktor kunci dalam pencegahan *pressure ulcer*. Penelitian menunjukkan bahwa mobilisasi segera setelah stroke dapat membantu mencegah *pressure ulcer* dan meningkatkan kemandirian fungsional pasien (Juliani, 2022). Dengan melakukan mobilisasi, aliran darah ke area

yang berisiko dapat ditingkatkan, sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya kerusakan jaringan akibat tekanan (Setyawati et al., 2015). Meskipun demikian, dari berbagai intervensi yang direkomendasikan untuk menghindari terjadinya *pressure ulcer*, tentunya perawatan kulit itu sendiri merupakan salah satu aspek utama yang harus diperhatikan. Teknik perawatan kulit yang dapat dilakukan pada pasien stroke adalah melalui pemberian pijatan (*massage*) dengan menggunakan pelembab.

Perawatan kulit memiliki peran yang sangat penting dalam pencegahan *pressure ulcer*, karena kondisi kulit yang sehat dan terawat adalah kunci untuk mengurangi risiko kerusakan jaringan lebih lanjut. Salah satu alasan utama mengapa perawatan kulit lebih penting dibandingkan dengan implementasi lainnya dalam pencegahan ulkus adalah bahwa kulit yang sehat berfungsi sebagai penghalang pertama terhadap tekanan yang berkepanjangan dan gesekan yang dapat merusak jaringan di bawahnya. Ketika kulit terlindungi dengan baik dan dalam kondisi optimal, maka kulit lebih mampu menahan tekanan yang berkelanjutan pada titik-titik tertentu (seperti bagian belakang, tumit, atau bokong), yang sering kali menjadi tempat terbentuknya *pressure ulcer*. Perawatan kulit yang tepat, seperti menjaga kelembaban kulit, membersihkan kulit secara teratur, dan menghindari iritasi atau gesekan yang berlebihan, dapat mencegah kulit menjadi kering, pecah-pecah, atau teriritasi, yang merupakan faktor risiko utama bagi pembentukan luka tekan.

Selain itu, perawatan kulit juga berkaitan langsung dengan perbaikan kondisi jaringan kulit dari dalam. Misalnya, kulit yang lembab dan terhidrasi dengan baik memiliki elastisitas yang lebih baik, yang memungkinkan jaringan untuk bertahan terhadap tekanan lebih lama tanpa mengalami kerusakan. Penggunaan krim pelembab atau pelindung kulit, serta pemantauan secara teratur, dapat mencegah kerusakan kulit awal yang sering kali menjadi langkah pertama menuju perkembangan *pressure ulcer*. Dalam berbagai penelitian, penggunaan *olive oil* direkomendasikan karena terbukti efektif dalam menjaga kelembapan kulit dan mengurangi risiko *pressure ulcer* (Meliza et al., 2020; Zikran, 2023). Penelitian menyebutkan bahwa penggunaan minyak ini, dikombinasikan dengan teknik pijat *effleurage*, dapat meningkatkan elastisitas kulit dan mengurangi kerusakan jaringan (Atrie, 2023; Fernanda, 2023).

Merawat kulit bukan hanya sekedar menjaga penampilan luar, tetapi juga memperbaiki kondisi jaringan kulit dari dalam, sehingga mengurangi kerusakan lebih lanjut yang disebabkan oleh faktor eksternal. Jika kulit terlindungi dengan baik, maka proses perbaikan dan regenerasi jaringan dapat berjalan lebih efisien, dan risiko pembentukan luka tekan dapat diminimalkan meskipun pasien tetap terpapar pada faktor risiko seperti imobilitas atau ketidakmampuan untuk berpindah posisi secara mandiri. Oleh karena itu, menjaga kesehatan kulit adalah langkah pertama yang sangat penting dalam pencegahan dan pengelolaan *pressure ulcer*, yang kemudian

dapat diperkuat dengan intervensi lain seperti perubahan posisi, penggunaan alat bantu tekanan (misalnya kasur khusus), dan pemenuhan kebutuhan gizi yang baik. Asupan nutrisi yang cukup, terutama protein dan kalori, sangat penting untuk mendukung regenerasi jaringan kulit dan penyembuhan luka.

Seluruh tim perawatan di ICU harus terlatih untuk mengenali tanda-tanda awal *pressure ulcer* dan mengambil langkah-langkah preventif secara tepat. Perhatian terhadap penggunaan perangkat medis, seperti kateter dan ventilator, perlu dioptimalkan agar tidak menambah tekanan pada kulit pasien. Penting bagi tenaga kesehatan untuk menerapkan intervensi pencegahan yang komprehensif, termasuk perubahan posisi, penggunaan pelembab, dan mobilisasi dini, untuk menjaga integritas kulit pasien stroke di ICU.

H. Implementasi Teknik *Massage Effleurage*

Pressure ulcer merupakan masalah serius yang sering dihadapi oleh pasien stroke yang terbaring di ICU. Salah satu metode yang dapat digunakan untuk mencegah terjadinya *pressure ulcer* adalah melalui pijatan. *Massage* digunakan untuk menunjukkan manipulasi tertentu dari jaringan lunak tubuh dan efektif dibentuk dengan tangan diatur guna tujuan untuk memperbaiki saraf, otot, sistem pernapasan, peredaran darah dan limphe yang bersifat setempat dan menyeluruh. *Massage* merupakan salah satu manajemen non farmakologi untuk membuat tubuh menjadi rileks, bermanfaat mengurangi rasa sakit atau nyeri, menentramkan diri, relaksasi, menenangkan saraf, melancarkan sirkulasi darah dan menurunkan tekanan darah (Petra Saragih, 2020).

Teknik *effleurage* merupakan salah satu metode pijat yang sering digunakan dalam rehabilitasi pasien stroke, terutama di unit perawatan intensif untuk meningkatkan sirkulasi darah, meredakan ketegangan otot, dan memberikan efek relaksasi pada pasien (Nuzulullail, 2023; Veronica & Oliana, 2022). Teknik ini melibatkan gerakan pijatan lembut pada permukaan kulit yang dilakukan dengan menggunakan telapak tangan, jari-jari, atau bagian bawah jari untuk mengusap kulit dengan gerakan yang halus dan teratur, dengan arah yang mengikuti aliran darah atau sistem limfatik. Gerakan *effleurage* sering dilakukan sebagai bagian dari pijatan pemanasan (*pre-massage*) atau penutupan (*post-massage*), tetapi juga bisa digunakan sebagai teknik utama dalam pijatan relaksasi atau terapi (Sankaran et al., 2019).

Massage effleurage dapat meningkatkan aliran darah dan limfa, yang sangat penting untuk pasien yang mengalami imobilitas akibat stroke. Dengan meningkatkan sirkulasi, *effleurage* membantu mengurangi tekanan pada area tubuh yang rentan terhadap *pressure ulcer*, seperti punggung, bokong, dan tumit (Nuzulullail, 2023; Sumiyati, 2023). Penelitian menunjukkan bahwa *massage effleurage* dapat

memberikan efek relaksasi yang signifikan, mengurangi ketegangan otot, mengurangi kelelahan, memperbaiki proses metabolisme, dan meningkatkan sirkulasi darah, yang sangat penting untuk pemulihan fungsi motorik dan neurologis (Liu et al., 2022; Nuzulullail, 2023; Ariani, 2023). Lebih dari itu, *massage effleurage* juga dapat membantu meningkatkan elastisitas jaringan dan mempercepat proses penyembuhan kulit, yang sangat penting bagi pasien yang berisiko tinggi mengalami *pressure ulcer* (Nuzulullail, 2023; Cevei et al., 2022). Dalam konteks perawatan pasien stroke, penerapan teknik ini secara rutin dapat menjadi bagian dari protokol perawatan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut, termasuk infeksi yang dapat terjadi akibat *pressure ulcer* (Nuzulullail, 2023; Pramiaty et al., 2020).

Dalam praktiknya, *massage effleurage* dapat dilakukan oleh perawat atau terapis yang terlatih, dengan menggunakan minyak atau lotion untuk mengurangi gesekan pada kulit. *Massage effleurage* memberikan efek melonggarkan perlekatan dan menghilangkan penebalan-penebalan kecil yang terjadi pada jaringan di bawah kulit, dengan demikian memperbaiki penyerapan dan dapat dilakukan selama 5-15 menit minimal sebanyak 2 kali dalam 1 minggu mampu mengurangi risiko *pressure ulcer* (Astuti, 2018; Trisnowiyanto, 2020). Durasi dan frekuensi pijatan dapat disesuaikan dengan kondisi pasien, namun umumnya, sesi pijat selama 20 menit sudah cukup untuk memberikan manfaat yang signifikan (Astuti et al., 2022). Teknik *massage effleurage* tidak hanya berfungsi sebagai terapi fisik, tetapi juga sebagai metode non-farmakologis yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien stroke di ICU dengan mencegah terjadinya *pressure ulcer* dan komplikasi lainnya (Nuzulullail, 2023; Sumiyati, 2023; Retni & Umani, 2023).

I. Manfaat *Olive Oil* untuk Perawatan Kulit

Beberapa faktor risiko yang berkontribusi terhadap terjadinya *pressure ulcer* pada pasien stroke meliputi durasi imobilisasi, kondisi kulit, dan nutrisi pasien, sehingga penggunaan pelembab kulit menjadi sangat penting (Alimansur & Santoso, 2019; Wiguna et al., 2022). Penggunaan *olive oil* (minyak zaitun) pada pasien stroke memiliki berbagai manfaat dan keunggulan yang signifikan dalam menjaga integritas kulit dan mencegah *pressure ulcer*. Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan *olive oil* dalam pijat *effleurage* dapat mengurangi risiko terjadinya *pressure ulcer*, yang merupakan masalah umum pada pasien yang terbaring lama (Atrie, 2023).

Olive oil kaya akan asam lemak tak jenuh tunggal, terutama asam oleat, yang dapat mencapai 55-83% dari total asam lemak (Covas et al., 2006). Asam lemak ini dikenal memiliki efek positif terhadap kesehatan jantung, termasuk pengurangan risiko penyakit kardiovaskular akibat stroke (Mustikyantoro, 2020). Selain asam lemak, *olive oil* juga kaya akan senyawa fenolik, seperti *oleocanthal* dan *oleuropein*. Senyawa-senyawa ini memiliki sifat antioksidan dan anti-inflamasi yang kuat, yang dapat

membantu melindungi sel-sel tubuh dari kerusakan oksidatif dan peradangan (Taheri & Amiri-Farahani, 2021; Tripoli et al., 2005). Penelitian menunjukkan bahwa senyawa fenolik dalam *olive oil* dapat berkontribusi pada proses penyembuhan luka dan perbaikan jaringan epitel (Taheri & Amiri-Farahani, 2021). Selain itu, *olive oil* juga mengandung vitamin E, K, dan D, serta beta-karoten, yang semuanya berfungsi sebagai antioksidan (Yuniwarti & Djaelani, 2016).

Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan *olive oil* secara topikal dapat membantu mencegah dan mengobati berbagai masalah kulit, termasuk ulkus dekubitus dan dermatitis (Reni, 2024; Díaz-Valenzuela et al., 2019). Selain itu, *olive oil* juga dapat meningkatkan hidrasi kulit dan memperbaiki fungsi barrier kulit, sehingga membantu mencegah kerusakan kulit akibat tekanan (Danby et al., 2012). Salah satu manfaat utama dari *olive oil* dalam perawatan kulit adalah kemampuannya untuk melembapkan dan memperbaiki kondisi kulit kering. *Olive oil* dapat membentuk lapisan pelindung di atas kulit, yang membantu menjaga kelembapan dan mencegah kehilangan air. Dalam sebuah studi, penggunaan *olive oil* secara rutin dilaporkan efektif dalam mengurangi risiko dermatitis dan memperbaiki kondisi kulit kering. Selain itu, *olive oil* juga memiliki sifat antibakteri yang dapat membantu mencegah infeksi pada kulit yang rusak atau teriritasi (Reni, 2024).

Dalam konteks *massage effleurage*, penggunaan pelembab *olive oil* tidak hanya berfungsi sebagai pelumas, tetapi juga memberikan efek terapeutik tambahan. Pijatan dengan *olive oil* dapat membantu mengurangi ketegangan otot dan meningkatkan relaksasi, yang penting bagi pasien stroke yang mungkin mengalami ketidaknyamanan atau nyeri (Gawad & Hassan, 2021). Selain itu, teknik pijat ini dapat merangsang sistem saraf dan meningkatkan perasaan kesejahteraan, yang dapat berkontribusi pada pemulihan psikologis pasien. Keunggulan lain dari penggunaan *olive oil* dalam pijat *effleurage* adalah kemampuannya untuk meningkatkan oksigenasi jaringan. Pijat yang dilakukan dengan *olive oil* dapat meningkatkan aliran darah, sehingga membantu mengurangi hipoksia dan iskemia pada jaringan yang terpengaruh oleh imobilisasi (Ardela, 2023). Hal ini sangat penting untuk mencegah komplikasi lebih lanjut dan mendukung proses penyembuhan pasien stroke di ICU.

Secara keseluruhan, penggunaan *olive oil* dalam *massage effleurage* pada pasien stroke di ICU tidak hanya berfungsi untuk menjaga integritas kulit dan mencegah *pressure ulcer*, tetapi juga memberikan manfaat terapeutik yang lebih luas, termasuk peningkatan sirkulasi darah, pengurangan nyeri, dan peningkatan kesejahteraan psikologis. Oleh karena itu, integrasi teknik pijat *effleurage* dengan *olive oil* ini dalam perawatan pasien stroke di ICU sangat dianjurkan.

J. Strategi Pencegahan *Pressure Ulcer* melalui Pendekatan Terapi Komplementer *Massage Effleurage* menggunakan *Olive Oil* Pada Pasien Stroke Di ICU

Stroke sebagai kondisi yang dapat mengakibatkan kehilangan fungsi motorik dan ketidakmampuan bergerak, meningkatkan risiko terjadinya *pressure ulcer*. *Pressure ulcer* merupakan masalah kesehatan yang sering terjadi pada pasien yang mengalami imobilisasi, seperti pasien stroke atau pasien yang dirawat di rumah sakit dalam jangka waktu lama. Risiko terjadinya *pressure ulcer* meningkat karena adanya tekanan berkelanjutan pada jaringan lunak, yang dapat mengakibatkan kerusakan jaringan dan infeksi (Mukti, 2014; Thamrin et al., 2019). Penelitian menunjukkan bahwa sekitar 25% pasien stroke mengalami luka *pressure ulcer*, yang dapat berkontribusi terhadap morbiditas dan meningkatkan biaya perawatan kesehatan (Alimansur & Irawan, 2020).

Ancaman kejadian *pressure ulcer* pada pasien tirah baring seperti stroke sudah mengintai sejak hari perawatan pertama di ICU. Hal ini terbukti dalam penelitian yang melaporkan bahwa rata-rata skor Braden pada hari pertama perawatan di ICU adalah 8,25. Nilai 8,25 menunjukkan bahwa pasien stroke berada pada kategori resiko tinggi mengalami *pressure ulcer* (Atrie, 2023). Nilai skor Braden berkisar antara 6 hingga 23, di mana skor lebih rendah menunjukkan risiko *pressure ulcer* lebih tinggi, sedangkan skor tinggi menunjukkan risiko *pressure ulcer* yang lebih rendah. Resiko *pressure ulcer* dapat semakin meningkat seiring dengan penambahan waktu, karena semakin lama nya durasi tekanan pada kulit dan jaringan. Skala Braden sebagai penilaian risiko *pressure ulcer* pada pasien stroke merupakan alat penting dalam identifikasi dan pencegahan *pressure ulcer* yang sering terjadi akibat imobilisasi berkepanjangan. Oleh karena itu, penting untuk menerapkan skala penilaian risiko setiap harinya, untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko tinggi dan memerlukan intervensi lebih lanjut (Ulum & Sepdianto, 2019)

Tingginya resiko *pressure ulcer* pada pasien stroke dengan perawatan di ICU tentunya membutuhkan perhatian segera. Oleh karena itu, pencegahan *pressure ulcer* menjadi sangat penting dalam perawatan pasien, terutama bagi mereka yang tidak dapat bergerak secara mandiri (Juliani, 2022). Salah satu terapi komplementer yang dapat diberikan untuk mencegah *pressure ulcer* adalah dengan teknik pijatan. Banyak penelitian telah merekomendasikan teknik *massage effleurage* dengan menggunakan *olive oil* dalam pencegahan *pressure ulcer*.

Penelitian sebelumnya melakukan teknik *massage effleurage* sebagai strategi pencegahan *pressure ulcer* pada pasien stroke di ICU. Teknik *effleurage* dilakukan dengan gerakan menggosok punggung menggunakan kedua telapak tangan dan memberi tekanan yang relatif sedang serta gerakan searah dengan aliran pembuluh darah balik. Pijatan menggunakan *olive oil* sebanyak 2 ml sebagai pelembab. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada pasien stroke di ICU yang dilakukan *massage*

effleurage di punggung menggunakan *olive oil* selama 7 hari (frekuensi 1 kali sehari dengan durasi 3-5 menit/sesi) melaporkan adanya peningkatan rata-rata skor Braden menjadi 13,06, yang mana skor Braden hari pertama adalah 8,25. Penelitian ini melaporkan adanya peningkatan skor sebanyak 4,81, yang bermakna bahwa adanya penurunan resiko *pressure ulcer* ke resiko tingkat sedang pada hari ke-7 perawatan di ICU. Hasil penelitian ini menegaskan bahwa *massage effleurage* di punggung menggunakan pelembab *olive oil* memiliki dampak dalam mengurangi risiko *pressure ulcer* (Atrie, 2023).

Penelitian ini mendukung temuan bahwa terapi pijat, termasuk teknik *effleurage*, dapat mengurangi tekanan pada area yang rentan terhadap *pressure ulcer*. Astuti (2018) dalam studinya mengenai efektivitas praktik *massage effleurage* pada punggung dalam pencegahan risiko *pressure ulcer*, melaporkan bahwa tindakan tersebut dapat mencegah terjadinya risiko *pressure ulcer*. Dijelaskan bahwa pemijatan *effleurage* di punggung selama 3-5 menit memberikan efek relaksasi dan membantu mengurangi tekanan pada tubuh. Salah satu studi yang relevan juga disampaikan oleh Najihah et al. (2020) yang menunjukkan bahwa reposisi dan pijat dapat menurunkan derajat dekubitus pada pasien imobilisasi dengan gangguan neurologis.

Disamping penggunaan *olive oil*, kebanyakan perawat ICU masih menggunakan *baby oil* sebagai standar pelembab punggung untuk pencegahan *pressure ulcer*, sehingga beberapa penelitian dilakukan untuk membandingkan kedua agen pelembab ini. Teknik *massage effleurage* yang dilakukan dipunggung menggunakan *baby oil* juga berdampak dalam pencegahan *pressure ulcer* di punggung pasien stroke. Namun ternyata ketika *baby oil* dibandingkan dengan *olive oil*, hampir keseluruhan hasil penelitian melaporkan bahwa penurunan resiko *pressure ulcer* menggunakan *baby oil* tidak terjadi secara signifikan jika dibandingkan dengan *olive oil*.

Pada penelitian, peningkatan rata-rata skor Braden pada pasien stroke yang menggunakan pelembab *baby oil* melalui intervensi *massage effleurage* punggung selama 7 hari tidak terjadi secara signifikan (peningkatan dari skor 7,63 menjadi 9,69). Hal ini menandakan pelembab *baby oil*/tidak terlalu berdampak pada penurunan resiko *pressure ulcer*. Meskipun skor Braden mengalami peningkatan, namun kategori derajat *pressure ulcer* masih berada pada kategori yang sama dengan hari ke-1 yaitu pada kategori tinggi. Hasil ini menegaskan adanya perbedaan keefektifan antara penggunaan *olive oil* dengan *baby oil* dalam menurunkan risiko *pressure ulcer*. Penggunaan *olive oil* dalam tindakan *massage effleurage* lebih memiliki pengaruh yang besar dalam menurunkan risiko *pressure ulcer* dibandingkan dengan penggunaan *baby oil*. Penelitian menunjukkan bahwa pijat *effleurage* menggunakan *olive oil* dapat meningkatkan sirkulasi darah dan menjaga integritas kulit, yang sangat penting untuk mencegah terjadinya *pressure ulcer* pada pasien yang terbaring lama seperti pasien stroke (Atrie, 2023)

Hal serupa ditemukan oleh Nurlela (2019) dalam penelitiannya yang membandingkan penggunaan *olive oil* untuk pencegahan *pressure ulcer*. Hasil penelitian menunjukkan perbedaan signifikan dalam derajat luka pada kelompok yang diberi *olive oil* dibandingkan dengan kelompok tanpa menggunakan *olive oil*. Dalam konteks *olive oil*, penelitian oleh Mayanih menunjukkan bahwa pijat dengan *olive oil* dapat mempengaruhi *pressure ulcer* pada pasien yang terbaring lama, dengan hasil yang signifikan (Mayanih, 2023). Hal ini sejalan dengan penelitian lain yang menunjukkan bahwa *olive oil* memiliki efek positif dalam menjaga kelembapan kulit dan mengurangi risiko terjadinya *pressure ulcer* (Meliza et al., 2020; Imani et al., 2021). Lebih jauh lagi, studi oleh Danby et al. (2012) menunjukkan bahwa penggunaan *olive oil* dapat meningkatkan fungsi penghalang kulit, yang penting dalam mencegah kerusakan kulit akibat tekanan.

Penelitian-penelitian ini menekankan pentingnya pemilihan minyak atau pelembab yang tepat dalam praktik pijat, karena *olive oil* tidak hanya memberikan manfaat mekanis melalui pijatan, tetapi juga memiliki sifat anti-inflamasi dan pelembab yang mendukung kesehatan kulit (Asiyah et al., 2018). Pemberian *olive oil* dapat menjaga kelembapan mengingat pada *olive oil* mengandung senyawa *polifenol*, asam lemak, asam oleat hingga 80% sehingga dapat melindungi elastisitas kulit dari kerusakan. *Olive oil* juga bisa berfungsi sebagai anti mikroba karena mengandung berbagai vitamin (seperti vitamin A, B, C, D dan vitamin E) (Inamudin et al., 2021). Muzammil et al. (2021) dalam bukunya menyebutkan bahwa *olive oil* selain memiliki sifat antiinflamasi dan antimikroba, ternyata mampu melindungi sistem saraf dan mengatasi gangguan neurodegeneratif berkat kandungan polifenolnya.

Penggunaan teknik pijat *effleurage* dengan *olive oil* telah menjadi subjek penelitian yang menarik dalam konteks pencegahan dekubitus, terutama pada pasien yang mengalami imobilisasi. Pada prinsipnya, penggunaan lubrikan seperti *olive oil* dan *baby oil* memiliki tujuan yang serupa, yaitu untuk menutrisi kulit, menjaga kelembapan, dan meningkatkan elastisitas kulit. Namun, *olive oil* memiliki kandungan yang lebih kaya dibandingkan *baby oil*. Penggunaan kedua jenis lubrikan ini, dalam praktiknya, dapat digabungkan dengan teknik pemijatan atau penggosokan pada kulit. Tekanan yang diberikan saat pemijatan dapat meningkatkan sirkulasi darah dan membuka pori-pori kulit, memfasilitasi penyerapan nutrisi dari *olive oil*. Ini bertujuan untuk menjaga elastisitas dan kelembapan kulit, yang pada gilirannya dapat mengurangi dan mencegah risiko *pressure ulcer* pada pasien yang menjalani tirah baring, khususnya pasien stroke yang dirawat di ICU.

K. Penutup

Teknik pijat *effleurage* terbukti memiliki pengaruh positif dalam pencegahan terjadinya *pressure ulcer* pada pasien stroke yang dirawat di ICU. Dalam kondisi imobilisasi yang berkepanjangan, seperti yang dialami pasien stroke, risiko terjadinya *pressure ulcer* menjadi sangat tinggi, yang dapat memperburuk kondisi pasien dan memperpanjang masa perawatan. *Massage effleurage*, dengan gerakan yang lembut dan teratur, mampu meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi ketegangan otot, dan memperbaiki fungsi kulit, yang semuanya berkontribusi pada pencegahan kerusakan jaringan akibat tekanan.

Penggunaan emolien seperti *olive oil* dalam praktik *massage effleurage* semakin meningkatkan efektivitasnya, karena *olive oil* tidak hanya berfungsi sebagai pelembab, tetapi juga memberikan manfaat terapeutik melalui kandungan antioksidan, anti-inflamasi, dan hidrasi yang mendukung integritas kulit. Penelitian menunjukkan bahwa teknik pijat ini, jika dilakukan secara rutin, dapat membantu mengurangi risiko *pressure ulcer* dan menjaga kesehatan kulit pasien stroke, khususnya bagi mereka yang berada dalam perawatan intensif dengan kondisi imobilitas yang tinggi.

Secara keseluruhan, integrasi teknik *massage effleurage* dalam perawatan pasien stroke di ICU tidak hanya mengurangi risiko *pressure ulcer*, tetapi juga memberikan dampak positif pada pemulihan fungsional dan kesejahteraan psikologis pasien. Oleh karena itu, pendekatan ini sebaiknya menjadi bagian dari protokol perawatan yang lebih luas, dengan melibatkan tim medis untuk melakukan evaluasi dan intervensi pencegahan secara holistik dan berbasis bukti, guna meningkatkan kualitas hidup pasien stroke dan mengoptimalkan hasil perawatan di unit perawatan intensif.

Referensi

- Alonso, A., Ebert, A., Kern, R., Rapp, S., Hennerici, M., & Fatar, M. (2015). Outcome Predictors Of Acute Stroke Patients In Need Of Intensive Care Treatment. *Cerebrovascular Diseases*, 40(1-2), 10-17. [Https://Doi.Org/10.1159/000430871](https://doi.org/10.1159/000430871)
- Amalia, L. and Putri, A. (2022). Karakteristik klinis dan status nutrisi pada pasien stroke fase akut. *Jurnal Neuroanestesi Indonesia*, 11(1), 1-6. <https://doi.org/10.24244/jni.v11i1.377>
- Fadillah, J. (2024). Topik dan metode pencarian sumber pada laporan evidence-based practice mahasiswa program profesi ners stase keperawatan medikal bedah: studi dokumen. *Mahesa Mahayati Health Student Journal*, 4(3), 992-1006. <https://doi.org/10.33024/mahesa.v4i3.13978>

- Fiana, D. (2020). Mobilisasi dini pada stroke fase akut: review literatur. *Conferences of Medical Sciences Dies Natalis Faculty of Medicine Universitas Sriwijaya*, 1(1). <https://doi.org/10.32539/dies.v1i1.36>
- Hulu, M. (2021). Asuhan keperawatan psikososial pada Tn. H dengan masalah kecemasan.. <https://doi.org/10.31219/osf.io/x4mwy>
- Hunai'i-□, I. (2016). Faktor-faktor prognostik terjadinya stroke associated infection (sai) pada penderita stroke iskemik akut. *Unram Medical Journal*, 5(2), 10. <https://doi.org/10.29303/jku.v5i2.186>
- Islam, M. (2024). Pengaruh mirror therapy terhadap pemenuhan activity daily living (adl) pada lansia penderita stroke. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 18(2), 218-224. <https://doi.org/10.33024/hjk.v18i2.247>
- Khosi, L., Hendryanny, E., & Hakim, F. (2022). Gambaran tekanan darah hiperakut pada pasien stroke perdarahan intraserebral di rumah sakit muhammadiyah bandung periode januari 2018-desember 2020. *Bandung Conference Series Medical Science*, 2(1). <https://doi.org/10.29313/bcsmss.v2i1.974>
- Syahrul, _, Imran, _, & _, V. (2023). Faktor risiko, gangguan hemorheologi dan outcome pada pasien stroke iskemik pasca pandemi corona virus disease (covid-19) di rsud dr. zainoel abidin banda aceh. *Journal of Medical Science*, 4(1), 31-38. <https://doi.org/10.55572/jms.v4i1.95>
- Alimansur, M. And Santoso, P. (2019). Faktor Resiko Dekubitus Pada Pasien Stroke. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(1), 82. <Https://Doi.Org/10.32831/Jik.V8i1.259>
- American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA). (2019). 2019 Guidelines For The Early Management Of Patients With Acute Ischemic Stroke. *Circulation*, 139(9), E1–E24. <Https://Doi.Org/10.1161/CIR.0000000000000628>
- Ardela, M. (2023). *Effleurage* Massage Using Rose Essential Oil In Reducing The Intensity Of Dysmenorrhea Pain In Adolescent Girls. *Journal Of Nursing Practice*, 7(1), 157-162. <Https://Doi.Org/10.30994/Jnp.V7i1.429>
- Ariani, D. (2023). Overview Of Student Skills In Performing A Combination Of *Effleurage* Massage Techniques And Slow Deep Breathing To Reduce Menstrual Pain. *NURI*, 1(2), 57-62. <Https://Doi.Org/10.52221/Nuri.V1i2.348>
- Aryani, A., Widiyono, W., & Putra, F. (2022). Pemberian Minyak Zaitun Dan Pengaturan Posisi Miring 30 Derajat Menurunkan Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 7(1), 1. <Https://Doi.Org/10.52822/Jwk.V7i1.394>
- Asiyah, N., Risnawati, I., & Khoirunnisa, F. (2018). Effectiveness Of Virgin Coconut Oil And Virgin Olive Oil On Perineal Laceration. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 13(3), 396-403. <Https://Doi.Org/10.15294/Kemas.V13i3.11076>
- Astuti, N., Wisnawa, I., & Astawa, I. (2022). The Impact Of *Effleurage* Technique Massage On Blood Pressure Toward Elderly Hypertension In Peguyangan Village. *Nursing And Health Sciences Journal (NHSJ)*, 2(3), 280-284. <Https://Doi.Org/10.53713/Nhs.V2i3.155>

- Atrie, U. (2023). Perbedaan Massage *Effleurage* Menggunakan Olive Oil Dan Baby Oil Terhadap Pencegahan Dekubitus Punggung Pasien Stroke Di ICU. *Indonesian Journal Of Nursing Health Science*, 8(1). <Https://Doi.Org/10.47007/Ijnhhs.V8i1.6482>
- Bakker, E. J., & Janssen, M. (2021). Factors Influencing The Development Of Pressure Ulcers In Critically Ill Patients With Stroke. *Critical Care Nursing Quarterly*, 44(3), 214-225. <Https://Doi.Org/10.1097/CNQ.0000000000000312>
- Baumgarten, M., Margolis, D. J., & Kass, B. (2014). Pressure Ulcer Prevention In Patients With Stroke. *Journal Of Stroke And Cerebrovascular Diseases*, 23(6), 1487-1494. <Https://Doi.Org/10.1016/J.Jstrokecerebrovasdis.2013.11.018>
- Cereda, C., George, P., Pelloni, L., Gandolfi-Decristophoris, P., Mlynash, M., Montaperto, L., ... & Bassetti, C. (2015). Beneficial Effects Of A Semi-Intensive Stroke Unit Are Beyond The Monitor. *Cerebrovascular Diseases*, 39(2), 102-109. <Https://Doi.Org/10.1159/000369919>
- Cebei, M., Onofrei, R., Gherle, A., Gug, C., & Stoicanescu, D. (2022). Rehabilitation Of Post-Covid-19 Musculoskeletal Sequelae In Geriatric Patients: A Case Series Study. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 19(22), 15350. <Https://Doi.Org/10.3390/Ijerph192215350>
- Chen, Y., Chen, T., Cheng, C., Yang, Y., Wang, J., Yip, H., ... & Cheng, H. (2022). High-Intensity Post-Stroke Rehabilitation Is Associated With Lower Risk Of Pressure Ulcer Development In Patients With Stroke: Real-World Evidence From A Nationwide, Population-Based Cohort Study. *Medicina*, 58(3), 402. <Https://Doi.Org/10.3390/Medicina58030402>
- Clark, M. A. (2015). Pressure Ulcers: Pathophysiology And Prevention. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(15-16), 2042-2050. <Https://Doi.Org/10.1111/Jocn.12963>
- Costa, A., Peristiwati, Y., Ellina, A., & Fajriah, A. (2022). Literature Review: Family Caring Method To Prevent Decubitus In Stroke Patients. *Journal Of Public Health Research And Community Health Development*, 6(1), 54-62. <Https://Doi.Org/10.20473/Jphrecode.V6i1.29534>
- Covas, M., Ruíz-Gutiérrez, V., Torre, R., Kafatos, A., Lamuela-Raventós, R., Osada, J., ... & Vissioli, F. (2006). Minor Components Of Olive Oil: Evidence To Date Of Health Benefits In Humans. *Nutrition Reviews*, 64, S20-S30. <Https://Doi.Org/10.1111/J.1753-4887.2006.Tb00260.X>
- Danby, S., Alenezi, T., Sultan, A., Lavender, T., Chittock, J., Brown, K., ... & Cork, M. (2012). Effect Of Olive And Sunflower Seed Oil On The Adult Skin Barrier: Implications For Neonatal Skin Care. *Pediatric Dermatology*, 30(1), 42-50. <Https://Doi.Org/10.1111/J.1525-1470.2012.01865.X>
- Danby, S., Alenezi, T., Sultan, A., Lavender, T., Chittock, J., Brown, K., ... & Cork, M. (2012). Effect Of Olive And Sunflower Seed Oil On The Adult Skin Barrier: Implications For Neonatal Skin Care. *Pediatric Dermatology*, 30(1), 42-50. <Https://Doi.Org/10.1111/J.1525-1470.2012.01865.X>

- Díaz-Valenzuela, A., García-Fernández, F., Fernández, P., Cañete, M., & Hidalgo, P. (2019). Effectiveness And Safety Of Olive Oil Preparation For Topical Use In Pressure Ulcer Prevention: Multicentre, Controlled, Randomised, And Double-Blinded Clinical Trial. *International Wound Journal*, 16(6), 1314-1322. <Https://Doi.Org/10.1111/Iwj.13191>
- Faigle, R., Sharrief, A., Marsh, E., Llinás, R., & Urrutia, V. (2014). Predictors Of Critical Care Needs After IV Thrombolysis For Acute Ischemic Stroke. *Plos One*, 9(2), E88652. <Https://Doi.Org/10.1371/Journal.Pone.0088652>
- Fernanda, M. (2023). Penerapan Pijat *Effleurage* Menggunakan Virgin Coconut Oil Dalam Menurunkan Risiko Pressure Ulcer Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragic. *Ners Muda*, 4(2), 153. <Https://Doi.Org/10.26714/Nm.V4i2.10296>
- Gawad, S. And Hassan, M. (2021). Effect Of Olive Oil Massage On The Severity Of Post-Cesarean Pain And Fatigue. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 9(26), 15-25. <Https://Doi.Org/10.21608/Asnj.2021.85011.1210>
- Hartono, T., Oktaliyah, E., & Zulfariansyah, A. (2019). Ketepatan Dan Kecukupan Profilaksis Venous Thromboembolism Berdasar Pedoman American College Of Chest Physicians Di Ruang Rawat Intensif Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung Periode Januari–Desember 2016. *Jurnal Anestesi Perioperatif*, 7(2), 100-108. <Https://Doi.Org/10.15851/Jap.V7n2.1739>
- Hn, E., Wm, F., Badry, R., Na, H., Shehata, G., Ta, R., ... & Wt, S. (2015). Epidemiology And Clinical Presentation Of Stroke In Upper Egypt (Desert Area). *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 2177. <Https://Doi.Org/10.2147/Ndt.S87381>
- Imani, A., Abo-S-Haghi, M., Alidadi, M., & Shafiei, E. (2021). Comparing The Effects Of Lavender Oil And Olive Oil Massage On Pain Due To Muscular Cramp During Hemodialysis. *Iraqi Journal Of Pharmaceutical Sciences* (P-Issn 1683 - 3597 E-Issn 2521 - 3512), 30(1), 163-168. <Https://Doi.Org/10.31351/Vol30iss1pp163-168>
- Juliani, J. (2022). Pengaruh Mobilisasi Segera Setelah Stroke Terhadap Kemandirian Fungsional Dan Pencegahan Resiko Ulkus Dekubitus. *Dunia Keperawatan Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 10(3), 266-273. <Https://Doi.Org/10.20527/Jdk.V10i3.86>
- Kale, E., Nurachmah, E., & Pujasari, H. (2014). Penggunaan Skala Braden Terbukti Efektif Dalam Memprediksi Kejadian *Pressure ulcer*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 17(3), 95-100. <Https://Doi.Org/10.7454/Jki.V17i3.453>
- Kaya, B. (2019). Pressure Ulcer Rates Of Stroke Patients In A Public Rehabilitation Hospital And Training Rates Of Nurses For Pressure Ulcer. *Journal Of Surgery And Medicine*. <Https://Doi.Org/10.28982/Josam.593148>
- Kottner, J., Haesler, E., & Dassen, T. (2017). *Pressure Ulcers In Patients With Stroke: A Systematic Review Of Risk Factors And Prevention Strategies. *International Journal Of Nursing Studies*, 74, 54-63. <Https://Doi.Org/10.1016/J.Ijnurstu.2017.06.007>
- Latifah, L., Firmawati, E., & Chayati, N. (2018). Implementasi Perawat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Sehari-Hari Pasien Stroke Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Dan Rs Pku Muhammadiyah Gamping. *Jurnal Penelitian Dan*

Pengembangan Pelayanan Kesehatan, 114-120.
<Https://Doi.Org/10.22435/Jpppk.V2i2.493>

- Liu, C., Pang, T., Yao, J., Li, J., Lei, S., Zhang, J., ... & Bian, J. (2022). Acupuncture And Massage Combined With Rehabilitation Therapy For Hemiplegia After Stroke. *Medicine*, 101(6), E28732. <Https://Doi.Org/10.1097/Md.00000000000028732>
- Marlina, H. (2023). Pengaruh Mobilisasi Sim Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Ruang Stroke Center Rsud Kota Mataram. *J.Menhealth*, 1(2), 58-66. <Https://Doi.Org/10.56922/Mhc.V1i2.298>
- Mayanih, M. (2023). The Effect Of Giving Olive Oil On The Risk Of Pressure Wounds In Bedridden Patients. *Journal Of Complementary Nursing*, 2(1), 133-138. <Https://Doi.Org/10.53801/Jcn.V2i1.89>
- Meliza, S., Ritarwa, K., & Sitohang, N. (2020). The Prevention Of Ulcers Decubitus With Mobilization And The Usage Of Olive Oil On Stroke Patients. *E/kawnie*, 6(2), 189. <Https://Doi.Org/10.22373/Ekw.V6i2.6925>
- Mitchell, W., Pande, R., Robinson, T., Jones, G., Hou, I., & Celi, L. (2020). The Weekend Effect For Stroke Patients Admitted To Intensive Care: A Retrospective Cohort Analysis. *Plos One*, 15(6), E0234521. <Https://Doi.Org/10.1371/Journal.Pone.0234521>
- Mukti, E. (2014). Penelusuran Hasil Penelitian Tentang Intervensi Keperawatan Dalam Pencegahan Terjadinya Luka Dekubitus Pada Orang Dewasa. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 1(3), 98-104. <Https://Doi.Org/10.7454/Jki.V1i3.82>
- Mustikyantoro, A. (2020). Potensi Manfaat Kardioprotektif Dari Minyak Zaitun. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 908-915. <Https://Doi.Org/10.35816/Jiskh.V1i2.431>
- Najihah, N., Sulistiani, I., Pailungan, F., Wijaya, I., Thalib, A., Mas'ud, N., ... & Afelya, N. (2020). Reposisi Dan Massage Menurunkan Derajat Dekubitus Pada Pasien Immobilisasi Dengan Gangguan Neurologis: Case Report. *Window Of Nursing Journal*, 31-43. <Https://Doi.Org/10.33096/Won.V1i1.18>
- National Institute Of Neurological Disorders And Stroke (NINDS). (2021). *Stroke Fact Sheet*. Retrieved From <Https://Www.Ninds.Nih.Gov/Health-Information/Disorders/Stroke>
- Njoto, E. (2024). Deteksi Dini Dan Peningkatan Kewaspadaan Tentang Stroke Untuk Masyarakat Di Kelurahan Kanigaran. *Sewagati*, 8(3), 1681-1688. <Https://Doi.Org/10.12962/J26139960.V8i3.970>
- Nuzulullail, A. (2023). *Effleurage* Massage With Virgin Coconut Oil (Vco) To Prevent Decubitus Ulcers In Immobilized Patients: A Case Study. *Journal Of Vocational Nursing*, 4(1), 21-26. <Https://Doi.Org/10.20473/Jovin.V4i1.44070>
- Odiase, F. And Lofor, P. (2021). Pathogens And Antimicrobial Resistance Amongst Stroke Patients In The Intensive Care Unit: A Five Years Review From Benin City, Nigeria. *Annals Of Clinical And Biomedical Research*, 2(2). <Https://Doi.Org/10.4081/Acbr.2021.162>

- Pramiati, A., Wardana, P., & Candra, I. (2020). The Effect Of *Effleurage* Abdominal Massage To Prevent Constipation In Inpatient Department Bali International Medical Centre Hospital Kuta. *The Bangkok Medical Journal*, 16(1), 58-61. <Https://Doi.Org/10.31524/Bkkmedj.2020.11.011>
- Primalia, P. And Hudiyawati, D. (2020). Prevention And Treatment Of Pressure Ulcers In Stroke Patients At ICU. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 13(2), 110-116. <Https://Doi.Org/10.23917/Bik.V13i2.11580>
- Ravi, H. And Mehta, M. (2019). A Study To Assess The Various Factors And Treatment Modalities Of Pressure Sore In A Tertiary Care Hospital. *International Surgery Journal*, 6(7), 2324. <Https://Doi.Org/10.18203/2349-2902.Isj20192559>
- Ren, P. (2024). Literature Review: Manfaat Minyak Zaitun (Olive Oil) Untuk Pencegahan Ulkus Dekubitus. *Syntax Literate Jurnal Ilmiah Indonesia*, 9(6), 3399-3410. <Https://Doi.Org/10.36418/Syntax-Literate.V9i6.15467>
- Retni, A. And Umani, N. (2023). The Effect Of Giving *Effleurage* Massage Techniques On Reduction Of Labor Pain In Labor Pain In Women In Labor. *Journal Of Community Health Provision*, 3(2), 39-47. <Https://Doi.Org/10.55885/Jchp.V3i2.267>
- Ristinawati Et Al. (2022). Efektivitas Pelatihan Manajemen Disfagia Terhadap Pengetahuan Tenaga Kesehatan RSUD Dr. Moewardi. *Smart Society Empowerment Journal*. <Doi:10.20961/Ssej.V2i3.67279>
- Saltman, A., Silver, F., Fang, J., Stamplecoski, M., & Kapral, M. (2015). Care And Outcomes Of Patients With In-Hospital Stroke. *Jama Neurology*, 72(7), 749. <Https://Doi.Org/10.1001/Jamaneurol.2015.0284>
- Sankaran, R., Kamath, R., Nambiar, V., & Kumar, A. (2019). A Prospective Study On The Effects Of Ayurvedic Massage In Post-Stroke Patients. *Journal Of Ayurveda And Integrative Medicine*, 10(2), 126-130. <Https://Doi.Org/10.1016/J.Jaim.2018.02.137>
- Setyawati, R., Suyanto, S., & Noor, M. (2015). Pengaruh Mobilisasi Dan Penggunaan Vco (Virgin Coconut Oil) Terhadap Ulkus Dekubitus Pada Gangguan Fungsi Motorik Pasca Stroke. *Nurscope Jurnal Penelitian Dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan*, 1(2), 1. <Https://Doi.Org/10.30659/Nurscope.1.2.1-6>
- Siwi, M., Lalenoh, D., & Tambajong, H. (2016). Profil Pasien Stroke Hemoragik Yang Dirawat Di ICU Rsup Prof. Dr. R.D. Kandou Manado Periode Desember 2014 Sampai November 2015. *E-Clinic*, 4(1). <Https://Doi.Org/10.35790/Ecl.4.1.2016.11015>
- Sumiyati, S. (2023). Does *Effleurage* Massage Reduce Dysmenorrhoea Pain In Adolescents?. *Jurnal Info Kesehatan*, 21(2), 274-281. <Https://Doi.Org/10.31965/Infokes.Vol21.Iss2.1043>
- Supriadi. (2022). Pengaruh Penataan Tempat Tidur Terhadap Kejadian Dekubitus Derajat I Pada Pasien Tirah Baring. *Jurnal Penelitian Keperawatan*, 8(1), 45-54. <Https://Doi.Org/10.32660/Jpk.V8i1.596>
- Suryajaya, I., Airlangga, P., & Rahardjo, E. (2021). Percutaneous Dilatational Tracheostomy (Pdt) Dini Sebagai Upaya Untuk Mencegah Pneumonia Dan Mempermudah

- Perawatan Pasien Stroke Di Intensive Care Unit (ICU). *JAI (Jurnal Anestesiologi Indonesia)*, 13(1), 31-41. <Https://Doi.Org/10.14710/Jai.V13i1.23456>
- Sya'bani, N., Hafid, M., & Putra, A. (2020). Effectiveness Of Virgin Coconut Oil In The Provision Of Injury Pressure Sores Stroke Patients: Systematic Review. *Journal Of Nursing Practice*, 3(2), 181-187. <Https://Doi.Org/10.30994/Jnp.V3i2.86>
- Taheri, M. And Amiri-Farahani, L. (2021). Anti-Inflammatory And Restorative Effects Of Olives In Topical Application. *Dermatology Research And Practice*, 2021, 1-9. <Https://Doi.Org/10.1155/2021/9927976>
- Tano, M., Nagaoka, T., & Suzuki, K. (2020). The Impact Of Nutrition And Hydration On Pressure Ulcer Prevention In Stroke Patients. *Journal Of Clinical Nutrition*, 9(1), 65-73. <Https://Doi.Org/10.2160/Jcn.2020.09.01.065>
- Tayyib, N. And Coyer, F. (2016). Effectiveness Of Pressure Ulcer Prevention Strategies For Adult Patients In Intensive Care Units: A Systematic Review. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 13(6), 432-444. <Https://Doi.Org/10.1111/Wvn.12177>
- Thamrin, A., Halim, W., & Fandy, M. (2019). Studi Kasus Dekubitus Pada Penderita Tirah Baring Yang Dirawat Di Rsu Anutapura Palu Tahun 2018. *Medika Alkhairaat Jurnal Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*, 1(3), 89-94. <Https://Doi.Org/10.31970/Ma.V1i3.37>
- Tripoli, E., Giannanco, M., Tabacchi, G., Majo, D., Giannanco, S., & Guardia, M. (2005). The Phenolic Compounds Of Olive Oil: Structure, *Biological Activity And Beneficial Effects On Human Health*. *Nutrition Research Reviews*, 18(1), 98-112. <Https://Doi.Org/10.1079/Nrr200495>
- Ulum, E. And Sepdianto, T. (2019). Pencegahan Dekubitus Pasien Stroke Hemorrhagic Setelah 24 Jam Serangan Di Stroke Center Rsud Ngudi Waluyo Wlingi. *Dunia Keperawatan Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 7(2), 118. <Https://Doi.Org/10.20527/Dk.V7i2.6488>
- Veronica, S. And Oliana, F. (2022). Pengaruh Massage *Effleurage* Terhadap Penurunan Nyeri Dismenore Primer Pada Remaja Putri Di Iai Agus Salim Metro Lampung. *Journal Of Current Health Sciences*, 2(1), 19-24. <Https://Doi.Org/10.47679/Jchs.202232>
- Wiguna, I., Aryani, L., & Vittala, G. (2022). Penerapan Proper Positioning Dan Waktu Perubahan Posisi Tubuh Pada Pasien Stroke Dalam Mencegah Ulkus Dekubitus. *Jurnal Yoga Dan Kesehatan*, 5(1), 14-26. <Https://Doi.Org/10.25078/Jyk.V5i1.834>
- Wirdiyana, D. And Faisal, F. (2021). Tata Laksana Infeksi Intraabdomen Dengan Penyulit Syok Sepsis Dan Acute Kidney Injury. *Alami Journal (Alauddin Islamic Medical) Journal*, 5(2), 63. <Https://Doi.Org/10.24252/Alami.V5i2.22182>
- World Health Organization (WHO). (2020). Stroke. WHO. Retrieved From <Https://Www.Who.Int/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Stroke>

- Yuniwarti, E. And Djaelani, M. (2016). Respon Histomorfometrik Aorta Tikus Putih Terhadap Pemberian Berbagai Kadar VCO Dan Olive Oil. *Buletin Anatomi Dan Fisiologi*, 1(1), 54. <Https://Doi.Org/10.14710/Baf.1.1.2016.54-58>
- Zafar, A., Al-Khamis, F., Albakr, A., Alsulaiman, A., & Msmar, A. (2016). Risk Factors And Subtypes Of Acute Ischemic Stroke. *Neurosciences*, 21(3), 246-251. <Https://Doi.Org/10.17712/Nsj.2016.3.20150731>
- Zawiah, M. (2024). Assessing The Predictive Value Of Neutrophil Percentage To Albumin Ratio For ICU Admission In Ischemic Stroke Patients. *Frontiers In Neurology*, 15. <Https://Doi.Org/10.3389/Fneur.2024.1322971>
- Zewdie, A., Debebe, F., Kebede, S., Azazh, A., Laytin, A., Pashmforoosh, G., ... & Hassen, G. (2018). Prospective Assessment Of Patients With Stroke In Tikur Anbessa Specialised Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *African Journal Of Emergency Medicine*, 8(1), 21-24. <Https://Doi.Org/10.1016/J.Afjem.2017.11.001>
- Zhang, B., Liu, L., Ruan, H., Zhu, Q., Yu, D., Yang, Y., ... & Lu, Z. (2020). Triglyceride-Glucose Index Linked To Hospital Mortality In Critically Ill Stroke Patients: An Observational Multicentre Study On EICU Database.. <Https://Doi.Org/10.21203/Rs.3.Rs-42390/V1>
- Zikran, Z. (2023). Pengaruh Penggunaan Virgin Coconut Oil (Vco) Terhadap Pencegahan Dekubitus: Literature Review. *Jurnal Ners*, 7(1), 564-572. <Https://Doi.Org/10.31004/Jn.V7i1.13845>

Glosarium

A

AHA : adalah American Heart Association
ASA : adalah American Stroke Association
ASU : adalah Acute Stroke Unit

C

CVA : adalah Cerebro Vascular Accident

I

ICU : adalah Intensive Care Unit
ICP : adalah Intra Cranial Pressure

N

NIDS : adalah National Institute of Neurological Disorders and Stroke
NPIAP : adalah National Pressure Injury Advisory Panel
NIHSS: adalah National Institutes of Health Stroke Scale

T

TPA : adalah Tissue Plasminogen Activator

V

VTE : adalah Venous Thrombo Embolism

W

WHO : adalah World Health Organization

BAB 4

Pengetahuan dan Motivasi Perawat dalam Pemberian Spiritual Care Pada Pasien Kritis

Andi Nurlaela Amin

A. Pendahuluan

Pasien kritis dianggap memiliki kondisi yang mengancam jiwa seperti kegagalan atau disfungsi satu atau lebih organ atau sistem (Organization, 2019). Perawatan kritis merupakan bagian penting dari sistem perawatan Kesehatan. Ruangan ICU yang merupakan unit perawatan pasien-pasien kritis dikelola oleh tenaga kesehatan yang terlatih, pemantauan yang ketat, dan penggunaan teknologi yang mahal (Marshall et al., 2017). Sayangnya, bagian-bagian ini tidak selalu tersedia di lingkungan dengan sumber daya terbatas, di mana beban penyakit lebih besar, hasil akhir akan lebih buruk, dan perawatan kritis memerlukan pendekatan khusus (Diaz et al., 2019). Kurangnya akses terhadap layanan kesehatan, triase gawat darurat, dan kurangnya pengenalan dini, beban penyakit kritis lebih tinggi di negara dengan sumber daya terbatas daripada di negara dengan sumber daya yang kaya. Orang dewasa dengan sepsis dan sindrom gangguan pernapasan akut (ARDS) akan meninggal lebih sering di tempat dengan sumber daya terbatas daripada di tempat dengan sumber daya yang kaya (Papali et al., 2017).

Kehidupan pasien di ICU sangat tergantung pada terapi, instrumen, dan pengawasan. Pasien kritis di ICU mengalami peningkatan setiap tahun. Data terbaru dari World Health Organization (WHO), penyakit kritis menyebabkan 1,1 hingga 7,4 juta pasien meninggal (Organization, 2019). Pasien kritis di Indonesia memiliki berbagai jenis penyakit dan insiden yang membutuhkan perawatan intensif. Pada tahun 2019, tercatat 33.148 prevalensi pasien kritis dengan presentase kematian di ICU mencapai 36,5 persen (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Pasien ICU memiliki banyak gejala biopsiko-sosio-spiritual yang tidak menyenangkan, termasuk kecemasan, kesepian, ketidakberdayaan, dan ketakutan akan kematian atau kecacatan. Selain itu, perspektif spiritual dapat memberi makna hidup pada pasien kritis dengan berbagai penyakit yang diderita (Klimasiński, 2021). Perawatan spiritual mencakup "kebutuhan spiritual" pasien, seperti mencari kedamaian batin, makna hidup, penderitaan, harapan, hubungan dengan Tuhan, atau kekuatan yang lebih besar. Dalam kondisi seperti itu, perawat membutuhkan pendekatan dan kemampuan komunikasi yang tinggi untuk menilai kebutuhan spiritual pasien dan keluarganya (Park & Oh, 2018). Penting untuk membangun hubungan terapeutik yang efektif dengan

pemberian perawatan spiritual yang berpusat pada pasien dan menunjukkan empati yang tulus (Yoo et al., 2020). Hubungan yang harmonis dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan Tuhan mendorong tercapainya tujuan hidup, makna, harapan, dan perbaikan psikologis (Heshmati et al., 2021).

Perawatan pasien yang tidak stabil merupakan masalah dalam pengobatan perawatan kritis, terutama pasien dengan kegagalan multiorgan (Cosgriff et al., 2019). Peran perawat dalam memberikan perawatan spiritual masih belum ideal, menurut beberapa penelitian yang disebutkan sejauh ini. Perawat ICU sering mengutamakan penyelesaian masalah pada kebutuhan fisiologis pasien, seperti mempertahankan tanda-tanda vital dan meringankan gejala fisiologis, sehingga mereka jarang memperhatikan kebutuhan spiritual pasien (Ho et al., 2018). Tidak semua perawat memiliki latar belakang atau pemahaman yang sama tentang spiritual care, tetapi pengetahuan dan motivasi perawat dalam memberikan perawatan spiritual sangat berpengaruh terhadap kualitas layanan yang diterima oleh pasien. Pengetahuan yang cukup memungkinkan perawat memahami kebutuhan spiritual pasien, mengidentifikasi tanda-tanda distress spiritual, dan memberikan motivasi yang sesuai.

Jika perawat dapat mengidentifikasi dan memahami aspek spiritual pasien serta bagaimana aspek spiritual tersebut memengaruhi kehidupan setiap individu, spiritual care akan terpenuhi. Implementasi spiritual care dapat dimulai dengan membangun hubungan saling percaya, menciptakan lingkungan yang nyaman, dan memasukkan aspek spiritual dalam perencanaan perawatan. Pasien akan mengalami distress spiritual jika kebutuhan spiritualnya tidak dipenuhi. Masalah spiritual ini termasuk ketidakmampuan untuk melakukan ritual ibadah, konflik antara keyakinan spiritual dan aturan kesehatan, krisis penyakit, penderitaan, dan kematian (Laili et al., 2019). Spiritualitas dalam bidang kesehatan telah mendapat perhatian yang lebih besar dalam beberapa tahun terakhir. Perawatan spiritual telah menjadi bagian penting dari perawatan intensif berkualitas tinggi (Klimasiński, 2021).

B. Pengetahuan Perawat Dalam Pemberian Spritual Care

Tenaga kerja yang terdidik dengan baik akan memberikan perawatan individual dengan penuh perhatian agar terpenuhi kebutuhan fisik, emosional, sosial, dan spiritual pasien dan keluarga. Dalam kurikulum keperawatan, pendidik akademis harus memasukkan perawatan paliatif dalam pembelajaran. Selain itu, pemberi pelayanan Kesehatan harus lebih fokus dalam pemberian pelatihan yang mencakup perawatan paliatif (Chan, 2018). Perawat ICU perlu mendapatkan pendidikan atau pelatihan tentang perawatan spiritual dan refleksi. Hal ini bertujuan agar perawat dapat membangun komunikasi antara pasien dan keluarga (Noome et al., 2017). Keluarga pasien memainkan peran utama dalam mengarahkan perawatan spiritual pasien. Untuk memberikan perawatan spiritual yang memadai, perawat dan penasihat harus bekerja sama dengan

baik (Liefbroer et al., 2017). Perawat dan tenaga kesehatan profesional lainnya bertanggung jawab untuk mengevaluasi kebutuhan spiritual pasien. Pasien harus memiliki kesejahteraan spiritual, kebutuhan spiritual, dan perawatan spiritual yang sesuai dengan budaya mereka. Ini sangat penting untuk mengatasi hambatan yang menghalangi perawatan spiritual yang tepat dan kompeten (Lee, 2019).

Religiusitas dan spiritualitas digunakan oleh pasien dan keluarga di ICU untuk mengatasi situasi kritis. Studi yang dilaksanakan di Iran menunjukkan bahwa iman dan kepercayaan yang kuat terhadap Tuhan akan menerima bencana sebagai ujian Tuhan. Sebagian besar keluarga menggunakan ritual ibadah sebagai harapan untuk kesembuhan, mereka percaya bahwa akan mendapatkan pahala yang kekal atas sakit yang dialami (Koukouli et al., 2018). Keluarga yang percaya bahwa Tuhan adalah sumber segala sesuatu akan merasa Ikhlas dan menerima saat orang yang mereka cintai meninggal. Penggunaan religiusitas dan spiritualitas sebagai strategi coping juga memiliki pengaruh yang kuat pada keluarga (Badanta et al., 2022).

Pengetahuan perawat dalam pemberian asuhan spiritual yang baik akan memperlihatkan perilaku asuhan spiritual dengan lebih baik dibandingkan dengan pengetahuan yang kurang. Pengetahuan adalah sesuatu yang digunakan manusia untuk memahami dan meningkatkan informasi. Pengetahuan dan kemampuan kognitif seseorang sangat memengaruhi tindakan mereka. Pendidikan formal juga memengaruhi pengetahuan, tetapi peningkatan pengetahuan tidak selalu diperlukan. Pengetahuan memiliki peran yang sangat penting dalam menentukan bagaimana seseorang bertindak (Syamsiah et al., 2020).

Studi eksplorasi terkait pendapat para ahli agama tentang peran perawat ICU dalam perawatan akhir hayat, mengatakan bahwa perawat memiliki peran, tanggung jawab, dan kemampuan untuk memberikan perawatan spiritual sebagai perawatan standar. Para ahli agama setuju bahwa perawat ICU harus melakukan komunikasi efektif terhadap pasien dan keluarga (Noome et al., 2017). Pengetahuan tentang perbedaan dalam penilaian antara perawat dan pemimpin agama, terminologi yang berbeda, dan peran para pendeta akan meningkatkan kolaborasi ini (Laili et al., 2019).

Perawat yang memiliki pengetahuan tentang perawatan spiritual dan pemahaman yang baik tentang spiritualitas, akan membantu meningkatkan kualitas perawatan karena hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan praktik perawatan spiritual pada pasien (Adeyemo et al., 2022). Kurangnya informasi menyebabkan kesenjangan pengetahuan yang membatasi kemampuan penyedia layanan kesehatan untuk memberikan perawatan spiritual yang tepat bagi pasien (Lee, 2019). Perawat yang memiliki pengetahuan yang baik tentang perawatan spiritual diharapkan memiliki sikap dan persepsi yang baik tentang perawatan spiritual sehingga perawatan spiritual dapat digunakan sebagai metode penyembuhan pasien. Semakin baik pengetahuan perawat tentang perawatan spiritual, semakin baik pula pelaksanaannya. Perawat juga mengakui

bahwa mereka tidak dapat memberikan perawatan spiritual secara optimal. Dengan memberikan kesempatan untuk berdoa dan berinteraksi dengan orang lain, perawatan spiritual sangat membantu memenuhi kebutuhan spiritual pasien.

Penting bagi perawat untuk memiliki pengetahuan dan keterampilan komunikasi terapeutik yang baik. Tinjauan literatur menunjukkan bahwa sebagian besar perawat tidak tahu bagaimana memberikan asuhan paliatif yang baik di berbagai tempat praktik klinis dan banyak perawat tidak menerima pelatihan yang cukup atau konsisten untuk melakukannya. Hal ini dapat menyebabkan berbagai masalah, seperti kurangnya praktik asuhan paliatif di akhir hayat (*end of life care*), kurangnya keterlibatan dalam rencana asuhan pasien, dan kurangnya pengetahuan (Chan, 2018).

C. Motivasi Perawat Dalam Pemberian Spritual Care

Spiritualitas didefinisikan oleh *Interprofessional Spiritual Care Education Curriculum* (ISPEC) sebagai aspek dinamis dan intrinsik dari kemanusiaan yang akan mencari makna, tujuan, dan transendensi tertinggi, serta mengalami hubungan dengan diri sendiri, keluarga, orang lain, komunitas, alam, dan hal-hal penting atau sakral. Keyakinan, makna, cinta, rasa memiliki, pengampunan, dan ikatan adalah komponen spiritualitas (Puchalski et al., 2020). Di sisi lain, dimensi spiritual berasal dari kemanusiaan terdalam manusia, dan keyakinan terhadap sesuatu yang lebih besar dari manusia dalam menyatukan agama dan spiritualitas. Sehingga individu memerlukan bantuan spiritual untuk meningkatkan kualitas hidup mereka (Utama et al., 2023).

Penyakit kronis, sekarat, kecacatan, kehilangan fungsi bagian tubuh, atau rejimen pengobatan adalah beberapa kondisi yang meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami tekanan spiritual. Sebagai contoh, selama tahap kehilangan, pasien dengan diagnosis medis yang mengancam nyawa seperti kanker dapat mengalami tekanan spiritual (Lee, 2019). Spiritualitas dalam Islam erat kaitannya dengan ajaran dan bimbingan Allah SWT, sebagaimana yang digariskan dalam Al-Qur'an dan al-Hadits (Khalqi, 2019). Pandangan Barat memandang spiritualitas terpisah dari agama, tetapi berkaitan erat dengan nilai-nilai agama (Seaward & Lissard, 2020). Perawat memiliki peran dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien yang beragama Islam dengan mengingatkan sholat, menganjurkan untuk beristighfar, memotivasi pasien, dan mempersiapkan pasien dan lingkungannya untuk sholat, memberikan dukungan emosional, mengajarkan doa, memberikan waktu untuk beribadah, dan berdiri di dekat pasien sebagai cara untuk memberikan dukungan spiritual (Fauzi et al., n.d.).

Perawat yang memiliki motivasi yang baik akan memberikan perawatan spiritual yang baik. Semakin tinggi motivasi perawat maka semakin besar jumlah perawatan yang diberikan kepada pasien. Motivasi yang kurang dalam pemberian spiritual disebabkan karena kurangnya dukungan dari institusi setempat dalam pemberian layanan spiritual care, institusi mereka lebih fokus mengatasi masalah fisiologis. Selain itu, hal lain juga

disebabkan Karena pelatihan atau pengetahuan tentang spiritual care selama menempuh Pendidikan masih kurang. Perawat dengan waktu kerja kurang dari tiga tahun biasanya belum maksimal dalam pemberian asuhan spiritual. Hal ini disebabkan karena masih kurangnya pengalaman dalam pemberian spiritual care.

D. Kebutuhan Spritual Pasien dan Keluarga di ICU

Teori asuhan keperawatan spiritual menyatakan bahwa setiap orang memiliki kebutuhan holistik (Bangcola, 2019). Pendekatan holistik mendorong perawat untuk memenuhi semua kebutuhan fisik, mental, emosional, spiritual dan sosial pasien dengan menyediakan model perawatan yang lengkap. Sementara itu, kebutuhan spiritual adalah kebutuhan terdalam individu, dan jika perawat menghabiskan lebih banyak waktu untuk menangani masalah spiritual pasien, mereka akan membantu menyelesaikan masalah psikologis dan fisik pasien (Riahi et al., 2018). Oleh karena itu, orang yang merasa puas secara spiritual dianggap memiliki sikap yang lebih positif terhadap penyembuhan emosional dan fisik, dan lebih responsif terhadap perawatan kesehatan. Keefektifan asuhan keperawatan spiritual yang mengintegrasikan spiritualitas akan menjadi aplikasi praktis dari kompetensi spiritual perawat (Bangcola, 2021). Perawat dapat melakukan intervensi keperawatan spiritual dengan mudah sehingga pasien tidak mengalami kesulitan. Keperawatan spiritual tidak hanya terbatas pada ritual agama; intervensi sederhana seperti komunikasi terbuka, membantu pasien berdoa, dan bekerja sama dengan keluarga dan pemimpin agama dapat digunakan dalam perawatan pasien untuk memenuhi kebutuhan spiritual (Laili et al., 2019).

Menurut teori, kepuasan kebutuhan spiritual meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan karena dapat meningkatkan kesejahteraan fisik dan emosional pasien (Bangcola, 2019). Perubahan yang terjadi pada pasien yang dirawat di Unit Perawatan Intensif (ICU) telah meningkat seiring dengan usia rata-rata pasien dan peningkatan jumlah komorbiditas. Perubahan ini telah terjadi selama beberapa tahun terakhir. Untuk memberikan informasi yang relevan kepada pasien, memberdayakan pasien dan keluarganya, dan meningkatkan kepuasan pasien, sangat penting untuk memahami prognosis pasien, baik dalam jangka pendek (kematian di ICU atau di rumah sakit) maupun dalam jangka panjang (satu atau beberapa tahun masa tindak lanjut) (Abuhasira et al., 2022).

Sebagian besar pasien menginginkan perawat untuk memahami dan menghormati nilai-nilai dan keyakinan mereka, menjamin tercakupnya kebutuhan spiritual mereka yang bersifat kultural (Kisorio & Langley, 2019). Di negara-negara dengan komitmen religius yang lebih kuat, seperti negara Muslim, kebutuhan pasien mencakup tindakan dan tradisi yang berkaitan dengan agama, seperti membaca Al Qur'an dan Syahadatain, meminta doa kepada ahli agama, atau bahkan berdonasi atas nama keluarga mereka dengan harapan bahwa donasi ini akan membantu penyembuhan penyakit (Hlahatsi et al., 2017).

Doa adalah cara utama bagi pasien untuk berhubungan dengan kondisi spiritual mereka. Doa berdampak positif pada kesejahteraan fisik dan mental. Perawat dapat melakukan hal-hal penting dan sederhana untuk pasien, seperti berdoa bersama atau berdoa untuk mereka, menghabiskan waktu bersama mereka, mendengarkan ketakutan dan kecemasan mereka secara verbal, menunjukkan kebaikan dan kepedulian, mengatur kunjungan ahli agama, dan memberikan harapan (Laili et al., 2019).

Kesadaran akan spiritualitas merupakan bagian penting dari *quality of life* (QoL), perawatan spiritual yang efektif dan saling melengkapi diperlukan di ICU untuk membantu pasien dan keluarganya merasa lebih baik. *Health Care Professionals ICU* (HCP IC) mendeteksi bahwa tekanan spiritual sangat penting dan menjadi dasar bagi keterlibatan rohaniawan Rumah Sakit untuk menjaga kesejahteraan pasien dan keluarga. HCP IC juga menyatakan bahwa perawatan spiritual berkorelasi dengan *quality of care* (QoC) dan perlu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawatan spiritual mereka sendiri (Willemse et al., 2020). Dalam sebuah penelitian kualitatif dengan 45 pasien yang kondisinya stabil setelah masa kritis, menunjukkan bahwa rasa aman mereka tidak hanya bergantung pada cara petugas dan keluarga mereka memperlakukan mereka, tetapi juga pada keyakinan pada agama. Spiritualitas/religiusitas sebagai dukungan penting dalam menghadapi masa krisis (Chan, 2018). Selain itu, tanggapan positif terhadap spiritualitas di antara beberapa responden menunjukkan bahwa spiritualitas dapat digunakan sebagai ukuran kualitas. Para HCP IC mengakui bahwa spiritualitas dan perawatan spiritual merupakan bagian dari perawatan holistik (Abu-El-Noor, 2016).

Reaksi spiritual yang membutuhkan perawatan termasuk kecemasan dan ketakutan, serta keputusasaan dan kesedihan yang disebabkan oleh penyakit jangka panjang. Dengan menggunakan norma agama dan meningkatkan hubungan mereka dengan alam, orang lain, dan diri mereka sendiri, pasien dapat mencapai hati yang sehat dan perilaku yang sehat (Asadzandi, 2020). Sebagian besar pasien menginginkan perawat untuk memahami dan menghormati nilai-nilai dan keyakinan mereka, menjamin tercakupnya kebutuhan spiritual yang bersifat kultural (Kisorio & Langley, 2019). Anggota keluarga cenderung menggunakan strategi coping positif dan negatif selama rawat inap di ICU, mereka mencari dukungan dalam hal spiritualitas dan keyakinan agama, seperti berharap Tuhan akan menyelesaikan dan mengendalikan situasi (Willemse et al., 2020).

Studi lain menunjukkan bahwa biblioterapi Islam dapat meningkatkan kesejahteraan spiritual pasien *coronary artery disease* (CAD) di Indonesia. Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa biblioterapi Islam mengatasi masalah psikososial dan kesejahteraan spiritual pasien penyakit kritis (Fauzi et al., 2024). Secara umum, dapat disimpulkan bahwa kesejahteraan spiritual dan harapan memberikan makna hidup dan membantu pasien CAD memiliki sikap yang lebih positif, psikologis yang lebih baik, dan kepercayaan diri, yang membantu mengurangi kecemasan kesehatan mereka (Heshmati et al., 2021). Pasien menyadari bahwa mereka bukan hanya makhluk fisik tetapi juga

makhluk spiritual. Memahami konsep ini dapat membantu meningkatkan perawatan pasien. Penelitian ini juga dapat membantu manajer keperawatan menemukan dan merencanakan strategi yang meningkatkan spiritualitas dan memperkuat komitmen perawat terhadap perawatan spiritual (Kaddourah et al., 2018).

E. Hambatan Perawatan Spritual Care di ICU

Bagi sebagian besar pasien dan anggota keluarga, masuk ke ruang ICU adalah peristiwa yang menakutkan dan membuat mereka merasa tertekan. Mereka tidak hanya mencari kesembuhan fisik tetapi juga kesembuhan emosional dan spiritual (Aslakson et al., 2017). Masalah spiritual lebih umum terjadi di kalangan orang-orang yang berasal dari budaya Asia dan Timur Tengah dan cenderung dimasukkan ke dalam perawatan Kesehatan (Kørup et al., 2019). Perawat dalam memenuhi spiritual masih belum konsisten dan terdapat beberapa kendala dalam memenuhi kebutuhan spiritual Islam (Fauzi et al., n.d.). Tenaga keperawatan yang berasal dari berbagai budaya menghadapi tantangan besar dalam merawat bayi, anak-anak, dan keluarga Muslim sebelum dan sesudah kematian mereka. Memberikan perawatan akhir hayat yang peka terhadap budaya yang memenuhi kebutuhan keluarga Muslim menjadi lebih mudah berkat komitmen mereka untuk menghormati orang lain dan terbuka terhadap keragaman dan perbedaan budaya (Al Mutair et al., 2019).

Hasil penelitian menyatakan bahwa anggota keluarga dan/atau pemuka agama sebagian besar memberikan perawatan spiritual di ICU. Namun, perawat dan tenaga kesehatan profesional lainnya terlibat langsung atau tidak langsung dalam beberapa inisiatif. Sebagai contoh, perawat ICU memberi kesempatan kepada keluarga untuk menghabiskan lebih banyak waktu dengan pasien sambil berdoa, memberikan mereka rekaman audio Al-Quran, dan memungkinkan mereka untuk memberikan air Zamzam untuk diminum (Al Mutair et al., 2019). Dalam penelitian lain, keluarga khawatir bahwa penyedia layanan kesehatan harus meminimalkan sentuhan terhadap tubuh pasien yang muslim jika mereka memiliki perbedaan jenis kelamin dengan pasien. Para perawat mengakui dalam konteks non-Muslim bahwa orang tua membutuhkan waktu untuk bersama bayi mereka yang sakit kritis dan untuk dapat mengharapkan intervensi Ilahi (Bone et al., 2018).

Dokter melaporkan bahwa mereka merasa tidak nyaman dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien yang memiliki pandangan agama yang berbeda. Mereka juga mengatakan bahwa mereka memiliki keterbatasan waktu dan memprioritaskan kebutuhan biomedis daripada kebutuhan spiritual. Sehingga mereka mengarahkan masalah spiritual kepada ahli agama yang lebih berpengalaman (Alch et al., 2021). Sebahagian besar HCP mengakui kesulitan memberikan perawatan spiritual kepada pasien *End Of Life* (EOL) karena beban kerja yang berlebihan, kurangnya waktu, kurangnya privasi, kurangnya persiapan, atau keterlambatan dalam merujuk pasien ke *Professional*

Care (PC) (Laranjeira et al., 2023). Dokter dan perawat masih kurang memahami keterampilan komunikasi, yang mencakup mengelola aspek klinis dari hasil akhir yang buruk dan berkomunikasi dengan keluarga dan pasien tentang akhir hayat. Keterbatasan ini mungkin disebabkan oleh pendidikan dan pelatihan yang kurang (Brooks et al., 2017). Sebuah studi menemukan bahwa kurangnya pengetahuan lebih banyak terjadi pada tenaga kesehatan wanita dibandingkan dengan tenaga kesehatan pria dan lebih jarang terjadi pada dokter (Kalies et al., 2018).

Berdasarkan masalah yang ditemukan dalam penelitian ini, manajer keperawatan harus menggunakan strategi untuk mengatasi tantangan yang ada sehingga perawat lebih terlibat dan termotivasi untuk memberikan perawatan spiritual. Dengan mengajarkan keterampilan komunikasi kepada perawat dan peran komunikasi yang efektif dalam membangun kepercayaan antara perawat dan pasien, serta yang paling penting, memecahkan masalah keuangan perawat, maka hambatan dalam memberikan perawatan spiritual dapat dikurangi secara signifikan (Momeni et al., 2022).

F. Spiritual Care di ICU Saat Covid 19

Seiring dengan peningkatan kematian akibat COVID-19 di seluruh dunia, terjadi jarak yang semakin lebar antara pengalaman pasien, keluarga, dan dokter di luar negeri. Sebagai contoh, gambaran perawatan di ruang ICU dikombinasikan dengan situasi kehidupan di luar ruang ICU. Peti jenazah ditumpuk di gedung penyimpanan karena layanan pemakaman tidak dapat dilakukan (Ferrell et al., 2020). Rumah sakit memberlakukan pembatasan pengunjung, yang menyebabkan pasien menghabiskan lebih banyak waktu tanpa orang yang mereka cintai (Klimasiński, 2021). Banyak laporan media memberikan gambaran mendalam tentang pasien yang meninggal tanpa keluarganya di ICU, dan upaya klinisi yang putus asa dan penuh kasih untuk menghormati kematian secara sakral. Di satu sisi, pasien merasa nyaman saat dirawat, dipegang, dan didukung. Di sisi lain, teknologi tidak dapat menggantikan komunitas terkasih dan agama (Ferrell et al., 2020).

Di tengah pandemi COVID-19, ketegangan sistem kesehatan yang meluas, beban penyakit serius, dan beban pengasuh yang berlebihan, cedera spiritual, tekanan spiritual, dan penderitaan semakin besar (Rosa, 2019). Perawat takut menghadapi kebutuhan spiritual pasien sendirian dan tanpa pengetahuan, karena pandemi membatasi kunjungan keluarga (Kowalczyk et al., 2020). Dampak psikososial dan spiritual yang disebabkan oleh COVID-19 dan jumlah ahli agama yang terbatas, sangat penting bagi pasien untuk mendapatkan penilaian spiritual. Seringkali, yang dibutuhkan adalah mendengarkan dengan penuh perhatian dan menunjukkan penerimaan yang tidak menghakimi rasa sakit mereka. Ahli agama menghibur keluarga yang berkemah di luar pintu Rumah Sakit dan mengadakan jaga malam untuk orang yang mereka sayangi. Mereka memimpin hening

sejenak untuk mengenang ritual bagi para staf, menghormati perawatan yang mereka berikan, dan menyebut nama-nama mereka yang telah meninggal (Association, 2020).

Selama pandemi COVID-19, umat Islam menggabungkan membaca dan mendengarkan Al-Qur'an sebagai aktivitas ibadah untuk mengingat Allah. Membaca dan mendengarkan Al-Qur'an dapat meningkatkan ketahanan. Mendengarkan dan membaca Al-Qur'an secara teratur dan berulang-ulang setiap hari, terapi al-Quran membantu pasien COVID-19 dalam penyembuhannya karena dapat menurunkan hormon stres, mengaktifkan endorfin, menciptakan ketenangan atau relaksasi, mengurangi ketegangan, menyembuhkan sel-sel otak yang rusak, dan memiliki efek positif. Selain itu, terapi al-Quran membantu memecahkan masalah emosional, mental, dan fisik (Ab Rahman et al., 2020). Al-Qur'an memiliki potensi besar untuk menyembuhkan pasien dengan masalah fisik, psikologis, dan gangguan mental. Beberapa orang dengan masalah psikologis dan gangguan mental tidak dapat disembuhkan meskipun mereka telah menggunakan teknologi yang canggih. Pada akhirnya, terapi Al-Qur'an adalah satu-satunya cara untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan yang diperlukan (Saged et al., 2020).

Spiritualitas dianggap sebagai elemen penting dalam perawatan selama pandemi COVID-19. Hasil ini mendukung peran spiritualitas dalam situasi krisis dan harus dipertimbangkan oleh dokter yang bekerja di perawatan kritis. Namun, manajer kesehatan dan institusi perawatan harus mempertimbangkan masalah seperti kurangnya pelatihan, waktu yang tidak mencukupi, dan beban kerja yang berlebihan (de Diego-cordero et al., 2022).

G. Penutup

Pengetahuan dan motivasi perawat memiliki pengaruh signifikan terhadap kualitas perawatan spiritual. Perawat dengan pengetahuan dan motivasi yang baik akan memperlihatkan pemberian spiritual care lebih baik pada pasien kritis di ICU, meskipun hambatan seperti kurangnya pengetahuan, kurangnya pengalaman dalam memberikan spiritual care, beban kerja dan tekanan emosional tetap menjadi tantangan. Selain itu, motivasi intrinsik dan ekstrinsik terbukti berperan penting dalam mendorong perawat untuk mengintegrasikan perawatan spiritual dalam praktik mereka, meskipun dukungan dari institusi dan pelatihan formal masih diperlukan. Sehingga perlunya peningkatan program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, serta kebijakan Rumah Sakit yang mendukung, untuk memperkuat kapasitas perawat dalam memberikan perawatan secara holistik.

Referensi

- Ab Rahman, Z., Kashim, M., Mohd Noor, A. Y., Che Zarrina Saari, A. Z. H., Abdul Rahim Ridzuan, A. R. R., & Hanizah Mohd Yusoff, W. H. K. (2020). Critical review of positive behavior and resilience in Islamic perspective during the COVID 19 pandemic. *Journal of Critical Reviews*, 7(5), 1117–1125.
- Abu-El-Noor, N. (2016). ICU Nurses' Perceptions and Practice of Spiritual Care at the End of Life: Implications for Policy Change. *Online Journal of Issues in Nursing*, 21(1).
- Abuhasira, R., Anstey, M., Novack, V., Bose, S., Talmor, D., & Fuchs, L. (2022). Intensive care unit capacity and mortality in older adults: a three nations retrospective observational cohort study. *Annals of Intensive Care*, 12(1), 20.
- Adeyemo, M. O. A., Olawale, S. G., Adeniyi, N. O., Popoola, O. E., & Bello, T. B. (2022). Spiritual nursing care knowledge, perception, and practice among nurses in secondary health care facilities in Osun State, Nigeria. *Research Journal of Health Sciences*, 10(3), 255–267.
- Al Mutair, A., Al Ammary, M., Brooks, L. A., & Bloomer, M. J. (2019). Supporting Muslim families before and after a death in neonatal and paediatric intensive care units. *Nursing in Critical Care*, 24(4), 192–200.
- Alch, C. K., Wright, C. L., Collier, K. M., & Choi, P. J. (2021). Barriers to addressing the spiritual and religious needs of patients and families in the intensive care unit: a qualitative study of critical care physicians. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 38(9), 1120–1125.
- Asadzandi, M. (2020). An Islamic Religious Spiritual Health Training Model for Patients. *Journal of Religion and Health*, 59(1), 173–187. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0709-9>
- Association, S. H. (2020). *Telehealth guidelines for spiritual care*. Spiritual Health Association.
- Bangcola, A. A. (2019). Spiritual Nursing Care Theory. *Unpublished Doctoral Dissertation*, Cebu Normal University, Philippines.
- Bangcola, A. A. (2021). The development of Spiritual Nursing Care Theory using deductive axiomatic approach. *Belitung Nursing Journal*, 7(3), 163–170. <https://doi.org/10.33546/bnj.1456>
- Bone, N., Swinton, M., Hoad, N., Toledo, F., & Cook, D. (2018). Critical care nurses' experiences with spiritual care: The SPIRIT study. *American Journal of Critical Care*, 27(3), 212–219.
- Brooks, L. A., Manias, E., & Nicholson, P. (2017). Barriers, enablers and challenges to initiating end-of-life care in an Australian intensive care unit context. *Australian Critical Care*, 30(3), 161–166.
- Chan, B. (2018). *An Evaluation of the Influence of the Care (Compassion and Respect at the End-of-Life) Program on Registered Nurses' Knowledge and Comfort about End-of-Life Care and Care Delivery for Patients with Life-Limiting Illnesses*. Azusa Pacific University.
- Cosgriff, C. V., Celi, L. A., & Stone, D. J. (2019). Critical care, critical data. *Biomedical*

Engineering and Computational Biology, 10, 1179597219856564.

- Diaz, J. V., Riviello, E. D., Papali, A., Adhikari, N. K. J., & Ferreira, J. C. (2019). Global Critical Care: Moving Forward in Resource-Limited Settings. *Annals of Global Health, 85*(1). <https://doi.org/10.5334/aogh.2413>
- Fauzi, A., Yanuarti, T., Rosalina, R., & Lindayani, L. (n.d.). *The effect of Islamic bibliotherapy on spiritual wellbeing and hope among Muslim with coronary artery disease in Indonesia*.
- Heshmati, R., Jafari, E., Salimi Kandeh, T., & Caltabiano, M. L. (2021). Associations of spiritual well-being and hope with health anxiety severity in patients with advanced coronary artery disease. *Medicina, 57*(10), 1066.
- Hlahatsi, N. L., Lingela, M., Cwayi, B., Mabona, L. L. P., & Gomes, V. P. R. (2017). Needs of the significant others of critically ill patients in eleven intensive care units in four private hospitals in Gauteng. *Professional Nursing Today, 21*(3), 48–52.
- Ho, J. Q., Nguyen, C. D., Lopes, R., Ezeji-Okoye, S. C., & Kuschner, W. G. (2018). Spiritual care in the intensive care unit: a narrative review. *Journal of Intensive Care Medicine, 33*(5), 279–287.
- Kaddourah, B., Abu-Shaheen, A., & Al-Tannir, M. (2018). Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care at Five Tertiary Care Hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Oman Medical Journal, 33*(2), 154–158. <https://doi.org/10.5001/omj.2018.28>
- Kalies, H., Schöttmer, R., Simon, S. T., Voltz, R., Crispin, A., & Bausewein, C. (2018). Barriers for the implementation of guidelines in palliative care—results from a national survey of professionals. *Supportive Care in Cancer, 26*, 1943–1952.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2023*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2023>
- Khalqi, K. (2019). Nilai-Nilai Utama Karakter Spiritual Keagamaan dan Integritas dalam Kisah Al-Qur'an. *FALASIFA: Jurnal Studi Keislaman, 10*(2), 160–177.
- Kisiorio, L. C., & Langley, G. C. (2019). Critically ill patients' experiences of nursing care in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care, 24*(6), 392–398.
- Klimasiński, M. W. (2021). Spiritual care in the intensive care unit. *Anaesthesia Intensive Therapy, 53*(4), 350–357. <https://doi.org/10.5114/ait.2021.109920>
- Kowalczyk, O., Roszkowski, K., Montane, X., Pawliszak, W., Tylkowski, B., & Bajek, A. (2020). Religion and faith perception in a pandemic of COVID-19. *Journal of Religion and Health, 59*, 2671–2677.
- Laili, N. R., Zulkarnain, H., & Yasmara, D. (2019). Promoting spiritual nursing care in an intensive care unit: A systematic review. *Indian Journal of Public Health Research and Development, 10*(8), 2773–2777.
- Laranjeira, C., Dixe, M. A., & Querido, A. (2023). Perceived barriers to providing spiritual care in Palliative Care among professionals: a Portuguese cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(12), 6121.

- Lee, Y.-H. (2019). Spiritual Care for Cancer Patients. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 101–103. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_65_18
- Liefbroer, A. I., Olsman, E., Ganzevoort, R. R., & van Etten-Jamaludin, F. S. (2017). Interfaith spiritual care: A systematic review. *Journal of Religion and Health*, 56, 1776–1793.
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., & Pelosi, P. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276.
- Momeni, G., Hashemi, M. S., & Hemati, Z. (2022). Barriers to Providing Spiritual Care from a Nurses' Perspective: A Content Analysis Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(6). https://journals.lww.com/jnmr/fulltext/2022/27060/barriers_to_providing_spiritual_care_from_a.15.aspx
- Noome, M., Beneken Genaamd Kolmer, D. M., van Leeuwen, E., Dijkstra, B. M., & Vloet, L. C. M. (2017). The role of ICU nurses in the spiritual aspects of end-of-life care in the ICU: an explorative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 569–578.
- Organization, W. H. (2019). *World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf>
- Papali, A., Verceles, A. C., Augustin, M. E., Colas, L. N., Jean-Francois, C. H., Patel, D. M., Todd, N. W., McCurdy, M. T., & West, T. E. (2017). Sepsis in Haiti: prevalence, treatment, and outcomes in a Port-au-Prince referral hospital. *Journal of Critical Care*, 38, 35–40.
- Park, Y.-S., & Oh, E. G. (2018). Factors related to intensive care unit nurses' patient centered communication competency. *Journal of Korean Critical Care Nursing*, 11(2), 51–62.
- Puchalski, C., Jafari, N., Buller, H., Haythorn, T., Jacobs, C., & Ferrell, B. (2020). Interprofessional Spiritual Care Education Curriculum: A Milestone toward the Provision of Spiritual Care. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6), 777–784. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0375>
- Saged, A. A. G., Mohd Yusoff, M. Y. Z., Abdul Latif, F., Hilmi, S. M., Al-Rahmi, W. M., Al-Samman, A., Alias, N., & Zeki, A. M. (2020). Impact of Quran in treatment of the psychological disorder and spiritual illness. *Journal of Religion and Health*, 59, 1824–1837.
- Seaward, B. L., & Lissard, C. (2020). A spiritual well-being model for the healing arts. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 102–106.
- Syamsiah, N., Rahma, M., & Hassan, H. C. (2020). The relation between knowledge and attitudes with behavior of nurse in providing spiritual care. *Enfermería Clínica*, 30, 196–201.
- Utama, R. G., Wahyuningsih, R. S. H., & Surwanti, A. (2023). The Influence of Spiritual Leadership on Organizational Citizenship Behavior: Workplace Spirituality and Thriving at Work as Mediation. *JBTI: Jurnal Bisnis: Teori Dan Implementasi*, 14(2), 417–435.
- Willemse, S., Smeets, W., Van Leeuwen, E., Nielen-Rosier, T., Janssen, L., & Foudraine, N.

- (2020). Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. *Journal of Critical Care*, 57, 55–78.
- Yoo, H. J., Lim, O. B., & Shim, J. L. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *Plos One*, 15(7), e0235694.

Glosarium

A

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS): salah satu penyakit paru akut yang disebabkan oleh penumpukan cairan di alveoli atau kantung udara kecil di paru-paru dengan gejala utamanya adalah sesak napas berat dan sulit bernapas.

C

Cedera spiritual: kondisi ketika hubungan antara seseorang dengan konsep Tuhannya terputus akibat suatu peristiwa atau insiden.

Coronary Artery Disease: suatu gangguan fungsi jantung yang disebabkan karena adanya penyempitan dan tersumbatnya pembuluh darah jantung.

D

Distress spiritual: terganggunya kemampuan untuk menemukan makna dan tujuan hidup, sering kali disebabkan oleh penyakit atau keadaan menantang lainnya, yang dapat mengarah pada perasaan putus asa, kehilangan martabat, dan kurangnya keinginan untuk melanjutkan hidup.

E

End Of Life: tahap akhir kehidupan seseorang. Dalam konteks perawatan kesehatan, EOL juga merujuk pada perawatan dan dukungan yang diberikan kepada pasien yang mendekati akhir hayatnya.

H

Health Care Professionals ICU (HCP IC): Tenaga kesehatan yang bekerja di Unit Perawatan Intensif (ICU) atau Ruang Rawat Intensif (RRI).

Holistik: Cara pandang yang memperhatikan orang secara menyeluruh, termasuk kesehatan fisik, emosional, mental, sosial, spiritual, dan finansial.

I

Intensive Care Unit (ICU): ruangan khusus di rumah sakit yang digunakan untuk merawat pasien dengan kondisi kritis atau mengancam jiwa.

Interprofessional Care Education Curiculum (ISPEC): kerangka kerja yang memperkenalkan kolaborasi dan kerja sama tim dalam kurikulum profesi kesehatan.

K

Kebutuhan spiritual: kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai dan dicintai, menjalani hubungan penuh rasa percaya pada Tuhan. Kegagalan multiorgan: kondisi serius yang terjadi ketika dua atau lebih sistem organ tubuh tidak dapat berfungsi dengan baik.

Kesejahteraan spiritual: keadaan di mana seseorang merasakan makna dan tujuan hidup, serta memiliki hubungan yang baik dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan Tuhan.

Komunikasi efektif: proses pertukaran informasi, ide, atau perasaan yang menghasilkan perubahan sikap dan hubungan baik antara pengirim dan penerima pesan.

Komorbiditas: kondisi medis yang terjadi bersamaan dengan diagnosis utama dan dapat memengaruhi kesehatan seseorang, termasuk pengobatan dan prospek pemulihian.

M

Motivasi: dorongan atau hasrat yang dimiliki seseorang untuk melakukan sesuatu, baik untuk dirinya sendiri maupun untuk orang lain.

P

Pasien Kritis: pasien yang mengalami kondisi medis yang mengancam jiwa dan memerlukan perawatan intensif untuk bertahan hidup.

Pengetahuan: hasil penginderaan dan pengalaman terhadap sesuatu yang telah terjadi, atau segala sesuatu yang diketahui oleh seseorang.

Perawatan kritis: perawat profesional yang resmi bertanggung jawab untuk memastikan pasien dengan sakit kritis dan keluarga pasien mendapat kepedulian optimal.

S

Sepsis: kondisi yang terjadi ketika tubuh merespon infeksi dengan peradangan yang berlebihan dan tidak terkendali.

Spiritual Care: praktik dan prosedur yang dilakukan oleh perawat terhadap pasien untuk memenuhi kebutuhan spiritualnya.

Q

Quality Of Care: tingkat di mana layanan kesehatan bagi individu dan populasi meningkatkan kemungkinan hasil kesehatan yang diinginkan.

Quality of Life: konsep yang bertujuan untuk menangkap kesejahteraan, baik dari suatu populasi maupun individu, mengenai elemen positif dan negatif dalam keseluruhan keberadaan mereka pada suatu titik waktu tertentu.

BAB 5

Pertolongan Pertama Korban Kecelakaan Lalu Lintas Secara Terpadu

Dyah Trifianingsih

A. Pendahuluan

Kecelakaan lalu lintas bertanggung jawab atas 25 % dari cedera maupun trauma yang terjadi dan menjadi penyebab utama kematian akibat cedera dengan jumlah terbanyak secara global. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kecelakaan lalu lintas berkontribusi terhadap sekitar 1,19 juta kematian setiap tahunnya. Lebih dari 3500 orang di seluruh dunia kehilangan nyawa dalam kecelakaan lalu lintas setiap harinya. Banyak orang yang mengalami kecacatan akibat kecelakaan lalu lintas dan sekitar 20 hingga 50 juta orang mengalami cedera yang tidak fatal. Cedera lalu lintas menjadi penyebab utama kematian bagi individu usia 15-29 tahun dengan lebih dari tiga juta kematian (Al-Qerem et al., 2024).

Cedera lalu lintas telah menjadi masalah kesehatan utama yang mempengaruhi sistem kesehatan di banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah termasuk di Indonesia. Di Indonesia kecelakaan lalu lintas menjadi permasalahan yang serius dan terus mengalami kenaikan setiap tahunnya. Kenaikan diikuti dengan kenaikan jumlah korban meninggal dunia dan luka-luka. Banyak dampak yang ditimbulkan kecelakaan lalu lintas, tetapi ada tiga hal yang paling dominan dalam kecelakaan lalu lintas yaitu kematian, cedera, dan kerusakan properti. Menurut data statistik Korp Lalu Lintas (Korlantas) Polri mencatat angka kecelakaan lalu lintas di Indonesia sepanjang tahun 2023 mencapai 152 ribu kasus dan mengalami kenaikan 6,8 % sekaligus menjadi kasus tertinggi sejak 5 tahun terakhir (Ayuningtyas, 2024).

Terdapat tiga faktor yang berkontribusi terhadap risiko kecelakaan lalu lintas yaitu perilaku manusia, kendaraan dan faktor lingkungan. Dan kesalahan pengemudi ditemukan sebagai faktor paling penting dan menyumbang 78 % dari total kecelakaan. Meningkatnya kecelakaan lalu lintas berkaitan dengan peningkatan pengguna kendaraan, perubahan gaya hidup, dan peningkatan perilaku berisiko di jalan raya (Iqbal et al., 2020; Serge et al., 2021; Stanojević et al., 2020). Permasalahan kecelakaan lalu lintas di Indonesia tidak lepas dari manajemen lalu lintas yang belum baik, kerja sama pihak yang

terkait dengan lalu lintas yang belum maksimal, jumlah personel serta prasarana yang masih terbatas dan juga masih rendahnya pola pikir masyarakat tentang berkendara

yaitu kemampuan penting dalam berkendara seperti tetap siaga, tetap fokus, dan tetap mewaspada pengendara lain.

B. Prinsip Pertolongan Pertama

Kecelakaan lalu lintas dapat menimbulkan kondisi kegawatdaruratan medis, yaitu kejadian tak terduga yang mengancam kesehatan dan keselamatan korban dimana korban harus segera mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat. Korban kecelakaan yang tidak segera ditolong dapat terancam kematian, dan penanganan yang terlambat dan salah dapat menimbulkan kerusakan tubuh yang fatal, kecacatan, dan kematian. Setiap tahun sekitar 1.2 juta orang meninggal karena kecelakaan lalu lintas di seluruh dunia (Mahama et al., 2018).

Meningkatnya angka kematian karena kecelakaan lalu lintas terjadi pada periode pra rumah sakit, hal ini salah satunya disebabkan karena minimnya penyediaan perawatan bagi korban kecelakaan lalu lintas pra rumah sakit, dan akses cepat untuk mendapatkan perawatan medis. Mengingat cedera traumatis akibat kecelakaan lalu lintas sangat sensitif terhadap waktu atau yang dikenal "*golden hour*" yang berarti perawatan definitif dalam waktu 1 jam pertama setelah mengalami cedera sangat menentukan keberhasilan pertolongan pasien (Moussally et al., 2022). Banyaknya kematian akibat kecelakaan lalu lintas dapat dicegah jika ada perawatan medis pra rumah sakit yang memadai di seluruh dunia.

Pertolongan pertama pada kecelakaan lalu lintas diidentifikasi sebagai intervensi dan penilaian yang dapat dilakukan oleh orang yang ada di sekitar pada korban kecelakaan yang sakit atau cedera yang mengancam jiwa untuk mencegah kerusakan/cedera lebih lanjut, membantu proses perawatan, mempercepat pemulihan, dan mengevakuasi korban hingga mendapatkan bantuan medis profesional dengan prinsip dan pengetahuan pertolongan pertama yang minim atau tanpa perlengkapan sama sekali (Abraham et al., 2023).

Ketika terjadi kecelakaan lalu lintas dan kegawatdaruratan medis maka korban akan terlebih dahulu ditemukan oleh orang awam yang ada di sekitar kejadian yang mengetahui kejadian. Orang awam atau masyarakat umum yang akan pertama kali menemukan korban kecelakaan adalah pengendara kendaraan, pejalan kaki, anak sekolah, pedagang di sekitar lokasi, dan polisi dapat menjadi penolong pertama korban kecelakaan lalu lintas. Penanganan yang dapat diberikan orang awam disini dapat berupa pertolongan pertama yang cepat dan tepat sebelum bantuan medis profesional tersedia. Penolong pertama harus memeriksa adanya tanda bahaya sebelum memberikan perawatan, untuk memastikan keselamatan penolong dan korban. Setelah itu area/lingkungan aman atau tidak. Tindakan pertama yang dapat dilakukan orang awam saat memberikan pertolongan pertama adalah mengamankan diri sendiri, korban, dan lingkungan. Setelah itu mengaktifkan *Emergency Medical Sistem* (EMS)/ Sistem

Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) dengan meminta bantuan yaitu menghubungi ambulans (119) (Kuupiel et al., 2023). Perawatan pra rumah sakit yang diberikan oleh EMS merupakan bagian integral dari sistem cedera, memastikan transportasi cepat ke fasilitas kesehatan, penilaian lebih lanjut dan perawatan khusus dapat dilakukan.

Selain itu seseorang/ orang awam dalam memberikan pertolongan pertama pada kecelakaan, harus memperhatikan prinsip-prinsip pertolongan pertama yaitu mencegah cedera dan luka menjadi serius/ tambah parah, memastikan pemulihan yang cepat, menfasilitasi korban dalam berbagai tindakan jika korban dalam kondisi sadar, mengambil tindakan pencegahan untuk keselamatan dan meminimalkan kecacatan, dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan korban.

C. Menilai Kesadaran Korban

Korban kecelakaan lalu lintas dapat mengalami cedera kepala yang dapat menyebabkan gangguan pada status neurologis dan fisiologis sehingga berdampak pada tingkat kesadaran korban. Penilaian tingkat kesadaran sangat penting dalam perawatan korban dengan keadaan darurat di luar rumah sakit. Skala AVPU dapat digunakan dalam memberikan pertolongan pertama selama perawatan pra rumah sakit, dan tidak diperlukan pelatihan formal untuk menggunakan skala ini (Ramgopal et al., 2024). Metode skala AVPU merupakan metode sederhana yang cepat dan handal digunakan saat pertolongan pertama untuk mendeteksi perubahan status mental, menilai tingkat kesadaran, dan responsivitas.

Tehnik menilai tingkat kesadaran korban dilakukan dengan cara membangunkan korban dengan memanggil sambil menepuk bahu korban dengan keras. Jika tidak respon dengan menggunakan teknik stimulus nyeri seperti menekan dasar kuku korban atau menggosok tulang dada dengan buku jari. Dasar skala dalam penilaian AVPU terdiri atas kriteria:

1. *Alert* (Waspada)

Korban kecelakaan menyadari keberadaan pemeriksa dan dapat menanggapi lingkungan di sekitarnya secara mandiri. Korban juga dapat mengikuti perintah, membuka mata secara spontan.

2. *Verbal responsive* (Rangsang verbal)

Mata korban tidak mampu membuka secara spontan. Mata korban terbuka hanya sebagai respon terhadap rangsangan verbal yang diarahkan kepadanya. Korban dapat bereaksi terhadap rangsangan verbal tersebut secara langsung dan dengan cara yang bermakna.

3. *Pain responsive* (Rangsang Nyeri)

Mata korban tidak mampu membuka secara spontan. Korban hanya akan merespon terhadap rangsangan nyeri dari pemeriksa. Korban dapat bergerak, mengerang, usaha

menepis atau berteriak secara langsung sebagai respon terhadap rangsang nyeri yang diberikan.

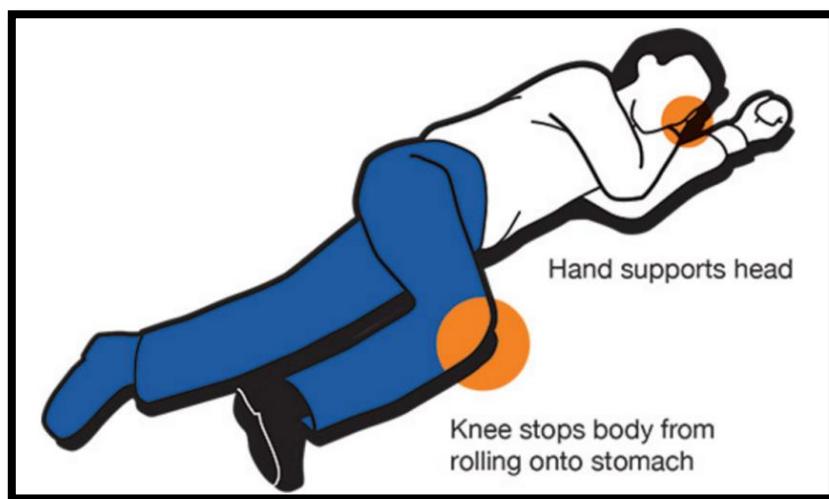
4. *Unresponsive* (Tidak Responsif)

Korban tidak merespon secara spontan dan korban tidak berespon terhadap rangsang verbal atau nyeri yang diberikan.

(Romanelli & Farrell, 2023)

Korban yang tidak responsif, sangat penting untuk membuka jalan napas korban agar dapat bernapas dengan baik. Sedangkan jika korban tidak sadar tetapi masih bernapas spontan, korban harus diposisikan dalam *recovery position*/ posisi pemulihan. Posisi ini menjaga jalan napas tetap terbuka dan memungkinkan cairan mengalir dari mulut, sehingga mengurangi risiko aspirasi. Berikut ini langkah memposisikan korban dalam posisi pemulihan:

1. Berlutut di samping korban, Pastikan korban berbaring terlentang.
2. Letakkan lengan paling dekat dengan penolong pada sudut yang tepat dengan tubuh korban dengan tangan korban ke atas, ke arah kepala.
3. Selipkan tangan lainnya di bawah sisi kepala korban, sehingga punggung tangan korban menempel di pipi korban.
4. Tekuk lutut terjauh dari penolong hingga membentuk sudut yang tepat.
5. Gulingkan korban dengan hati-hati ke arah penolong.
6. Jaga lutut korban yang tertekuk dengan tangan penolong dan tarik lutut, gunakan sebagai tuas untuk menggulingkan korban ke samping.
7. Miringkan kepala korban ke belakang, pastikan jalan napas tetap terbuka dan disesuaikan sehingga muntahan apa pun akan mengalir dari mulut korban.
8. Stabilkan korban, pastikan kaki korban yang tertekuk berada pada sudut 90 derajat agar korban tidak berguling ke wajah dan punggung korban.
9. Penting untuk segera mendapatkan pertolongan lebih lanjut jika tingkat kesadaran korban di bawah "Alert" pada skala AVPU. Sampai bantuan medis tiba, penolong pertama harus terus memantau tingkat respon dan pernapasan korban.



Gambar 5.1 Posisi Pemulihan (Furst, 2023)

D. Manajemen Saluran Jalan Napas

Manajemen saluran jalan napas, yang memungkinkan korban menerima oksigenasi dan ventilasi yang memadai merupakan bagian penting memberikan layanan medis darurat (EMS), termasuk dalam memberikan pertolongan pertama saat terjadi kegawatdaruratan medis yang disebabkan kecelakaan lalu lintas di seluruh dunia. Intervensi jalan napas umumnya diperlukan pada korban kecelakaan lalu lintas yang mengalami cedera berat yang dapat mengganggu kesadaran. Kecurigaan yang tinggi terhadap obstruksi jalan napas yang sebenarnya atau yang akan terjadi harus diasumsikan pada semua korban cedera. Semua korban cedera/ trauma harus dicurigai memiliki jalan napas yang berubah atau terganggu hingga dipastikan tidak ada lagi. Korban harus menerima oksigen tambahan dan menjalani imobilisasi serviks menggunakan stabilisasi manual selama pemeriksaan dan penanganan jalan napas. Kegagalan untuk menjaga jalan napas tetap paten pada korban dapat menyebabkan gangguan dalam penyediaan oksigen yang adekuat dan pelepasan karbondioksida yang dapat mencetuskan cedera otak hipoksia dan kematian. Hipoksia dan kesalahan penanganan jalan napas diketahui berkontribusi hingga 34% dari kematian pra rumah sakit (Kibblewhite et al., 2023). Hal ini dapat disebabkan karena kurangnya manajemen jalan napas yang tepat pada saat pemberian layanan medis darurat pra rumah sakit pada korban kecelakaan.

Penting mengenali tanda dan gejala karena akan mempengaruhi dari kecepatan dan ketangggapan dalam mengatasi masalah pada jalan napas. Beberapa langkah yang akan membantu mengidentifikasi adanya gangguan jalan napas dimana dilakukan secara simultan, dengan satu gerak (Khan et al., 2011):



Gambar 5.2 Look, Listen, Feel (Borke, 2023)

1. *Look* (Melihat)

Penolong fokus melihat di bagian dada korban untuk melihat apakah terdapat pergerakan napas/ pengembangan (naik turunya) dada, apakah asimetris, tampak sianosis, adanya retraksi/ penggunaan otot bantu pernapasan.

2. *Listen* (Mendengar)

Telinga penolong didekatkan dengan hidung korban untuk mendengarkan apakah terdengar suara napas korban/ aliran udara pernapasan, adakah suara napas abnormal seperti suara dengkuran (*snoring*), suara gemercik/ seperti berkumur (*gurgling*), dan *stridor*.

3. *Feel* (Merasa)

Pipi penolong didekatkan dengan hidung korban untuk merasakan apakah ada hembusan/ aliran napas dari korban.

Pengelolaan managemen saluran napas yang tepat menfasilitasi pertukaran gas, sekaligus mengurangi komplikasi seperti aspirasi isi lambung seminimal mungkin. Manajemen jalan napas terdiri dari penanganan sumbatan jalan napas dasar/ basic sampai tingkat advance, yang biasanya melibatkan kombinasi teknik seperti posisi korban, membuka jalan napas manual, penggunaan alat bantu jalan napas, pemasangan alat bantu jalan napas subraglotis, tindakan intubasi endotracheal/ pemasangan ETT (Endotracheal tube), tindakan needle krikotiroidotomi darurat. Tindakan membuka jalan napas dasar saat memberikan pertolongan pertama dengan memberikan posisi *head tilt* dan *chin lift* (hindari pada korban cedera), dan jaw thrust. Menggunakan alat bantu untuk membuka jalan napas dasar seperti *oropharyngeal airway* (OPA) pada korban yang tidak responsif tanpa refleks muntah, dan/ atau *nasopharyngeal airway* pada korban dengan refleks yang lebih aktif tetapi tanpa bukti fraktur dasar tengkorak (Rehn et al., 2016).

E. Penanganan Luka dan Perdarahan

Perdarahan yang tidak terkontrol pascatrauma atau cedera akibat kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab utama kematian dan kegagalan multiorgan yang dapat dicegah pada korban kecelakaan lalu lintas. Perdarahan yang banyak dan tidak segera mendapatkan pertolongan dapat menyebabkan korban kehabisan darah dan mengakibatkan kematian. Penanganan semua perdarahan dimulai dengan menggunakan tindakan pencegahan standar seperti mengenakan sarung tangan jika tersedia dan menenangkan korban, memulai menghentikan perdarahan dengan memberikan tekanan langsung/ *Direct Pressure* pada tempat yang berdarah/ luka terbuka dengan memberikan balutan luka menggunakan kain atau kassa (Bulger et al., 2014; Rossaint et al., 2023). Tindakan ini mampu membatasi perdarahan yang mengancam jiwa. Posisikan daerah yang mengalami perdarahan lebih tinggi daripada jantung (Elevasi) dan juga menekan jalur aliran darah/ *point pressure*.



Gambar 5.3 Teknik Elevasi (Dynamiqhse, 2015)

Jika terjadi perdarahan parah atau mengancam jiwa, pengendalian perdarahan lebih diutamakan dengan memberikan segera tekanan dan memanggil ambulans, pertahankan balut tekan sampai bantuan medis datang. Jika terjadi perdarahan parah yang mengancam jiwa dari anggota tubuh, yang tidak dapat dikendalikan oleh tekanan, disarankan untuk memasang torniket arteri di atas titik perdarahan, jika penolong terlatih dalam penggunaannya dan tersedia. Torniket harus dibiarkan terpasang sampai kontrol perdarahan melalui pembedahan tercapai, namun waktu pelepasan harus segera dipersingkat. Pemasangan torniket yang tidak tepat atau berkepanjangan dapat menyebabkan komplikasi seperti kelumpuhan saraf dan iskemia ekstremitas, namun efek ini jarang terjadi. Jika terjadi perdarahan parah yang mengancam jiwa dari lokasi luka yang tidak cocok untuk torniket, atau dari anggota tubuh saat torniket tidak tersedia atau gagal menghentikan perdarahan dapat dilakukan dengan pemasangan pembalut hemostatik jika terlatih dalam penggunaannya dan tersedia alat (Eilertsen et al., 2021).

F. Penanganan Patah Tulang/Fraktur

Fraktur dapat terjadi ketika gaya fisik yang diberikan pada tulang lebih kuat dari pada kekuatan tulang. Penelitian menunjukkan bahwa kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab paling umum dari fraktur. Dengan hasil pria hampir 3x lebih banyak terkena fraktur dibandingkan perempuan dan kelompok usia muda paling sering mengalami fraktur akibat kecelakaan. Fraktur yang paling umum berdasarkan daerah tubuh adalah ekstremitas bawah dan cedera viceral pada dearah panggul, kepala, intra abdomen, dan thoraks. Fraktur yang paling umum terjadi pada tulang paha, dan tibia/ fibula (Mengistu et al., 2021).

Penanganan awal fraktur yang tidak tepat dapat menyebabkan morbiditas jangka panjang yang signifikan, dan mortalitas. Pertolongan pertama darurat pada kasus fraktur, dimana setelah penilaian awal masalah yang paling darurat harus ditangani terlebih dahulu. Secara umum perdarahan aktif akibat fraktur terbuka harus ditangani terlebih dahulu dengan menutup luka dan menghentikan perdarahan, diikuti dengan penanganan nyeri dan kecemasan, perawatan luka, dan stabilisasi fraktur (Morgan & Galuppo, 2021). Menstabilkan anggota tubuh yang fraktur merupakan tujuan utama dari prosedur pertolongan pertama darurat. Stabilisasi akan mencegah kerusakan jaringan lebih lanjut dan meredakan kecemasan korban. Kunci untuk menstabilkan anggota tubuh yang fraktur adalah dengan menerapkan alat bidai yang tepat. Jika diterapkan dengan benar, bidai akan mencegah trauma kulit dan otot tambahan, membatasi gangguan neurovaskuler, dan mengurangi nyeri.

Saat akan memberikan pertolongan pertama pada korban kecelakaan yang mengalami fraktur, untuk menghindari cedera yang semakin parah, jangan pindahkan korban kecuali jika memang harus. Segera lakukan tindakan pertolongan pertama sambil menunggu bantuan medis, yaitu:

1. Menghentikan perdarahan

Berikan tekanan pada luka dengan perban steril, kain bersih, atau pakaian bersih.

2. Menjaga area cedera/ fraktur agar tidak bergerak (Imobilisasi)

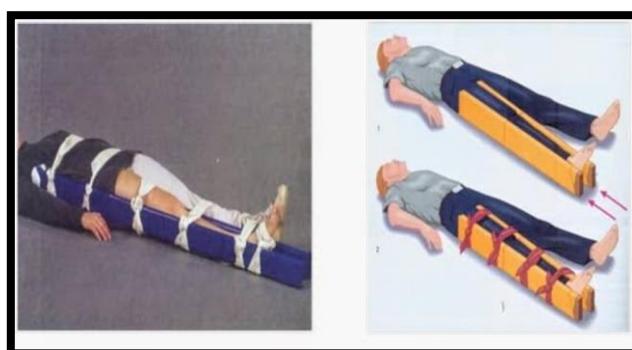
Jangan mencoba meluruskan kembali tulang atau mendorong tulang yang mencuat ke dalam. Jika penolong telah terlatih cara membida dan bantuan medis tidak tersedia saat itu juga, gunakan bidai pada area di atas dan di bawah lokasi fraktur. Membalut bidai dapat membantu mengurangi rasa sakit.

3. Menggunakan kompres es

Kompres es dapat mengurangi pembengkakan dan membantu meredakan rasa sakit. Jangan menempelkan es langsung ke kulit. Bungkus es dengan handuk, sepotong kain atau bahan lainnya.

4. Mengatasi shock

Jika korban mengalami penurunan kesadaran/ pingsan atau tidak bernapas atau bernapas pendek dan cepat, posisikan telentang korban dengan kepala sedikit lebih rendah dari badan. Jika memungkinkan angkat posisi kaki korban.



Gambar 5.4 Teknik Pembidaian

G. Evakuasi Korban Kecelakaan

Evakuasi korban merupakan salah satu komponen penting dalam pertolongan pertama saat terjadi kecelakaan. Korban kecelakaan di tempat kejadian sangat sering memerlukan evakuasi yaitu memindahkan korban secara aman, cepat, dan efisien ke tempat yang aman atau dari tempat kejadian ke rumah sakit. Evakuasi harus segera dilakukan saat kondisi tidak memungkinkan untuk menolong korban di lokasi atau posisi korban di lokasi kecelakaan, ketika sumber daya dan fasilitas yang diperlukan untuk menyelamatkan nyawa dan kesehatan korban tidak tersedia. Pilihan teknik evakuasi tergantung pada jumlah penolong yang tersedia dan kondisi korban, cedera yang dialami korban yang akan dievakuasi serta dengan menekankan khusus pada cedera serius dan yang mengancam jiwa. Pertimbangkan semua kemungkinan seperti cedera tulang belakang, leher, dada, fraktur atau cedera panggul, cedera tulang tungkai atas atau bawah. Evakuasi korban trauma diharuskan menggunakan peralatan yang memungkinkan stabilisasi seluruh tubuh (Gawłowski & Biskup, 2019).

Beberapa prinsip yang harus diikuti di tempat kejadian saat akan melakukan evakuasi antara lain:

1. Pemindahan dilakukan bila benar-benar diperlukan, dan jika lokasi aman bagi penolong tidak terancam oleh segala bahaya saat melakukan tindakan pertolongan, hal ini juga untuk mencegah cedera sekunder pada korban.
2. Jika korban sadar, beri tahuhan tentang semua tindakan yang dilakukan oleh penolong dan tenangkan korban agar tidak membuat korban khawatir dan dapat bekerjasama/kooperatif.
3. Libatkan penolong lain, dan lakukan dengan dibawah satu komando.
4. Lakukan mengangkat korban dengan teknik yang benar dan aman
Saat mengangkat korban, gunakan otot-otot yang kuat seperti otot paha, pinggul, dan bahu. Lakukan dengan cara berkosentrasi sebelum mengangkat korban, berdiri sedekat mungkin dengan korban, atau alat dan pusatkan kekuatan pada lutut.
5. Kenyamanan mental sangat penting karena cedera sekunder tidak hanya berupa cedera fisik atau gangguan fungsi, melainkan juga bisa berupa trauma psikologis.

Metode evakuasi yang tepat juga penting bagi penolong, karena metode yang dipilih dan dilakukan dengan tepat dapat melindungi korban dari bahaya atau cedera yang tidak diinginkan penolong seperti cedera akibat kelebihan beban. Jumlah penolong juga penting karena beberapa metode dapat digunakan oleh satu orang dan beberapa método lainnya memerlukan lebih banyak orang. Hal ini terkait dengan cedera yang dialami oleh korban. Cedera yang parah, biasanya trauma memerlukan stabilisasi yang lebih besar. Stabilisasi manual tulang belakang dan leher memerlukan beberapa orang untuk memindahkan korban ke stretcher/ tandu darurat. Evakuasi dapat dilakukan tanpa

menggunakan alat/ sarana atau menggunakan alat transportasi/ kendaraan (darat, udara, dan air) yang layak dan dilengkapi dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai.

1. Tehnik Evakuasi Korban Tanpa Alat Bantu/ Satu Penolong

Terlebih dahulu pastikan korban tidak mengalami cedera spinal, dan cedera kepala. Beberapa tehnik yang dapat dilakukan untuk mengevakuasi korban. Tehnik menarik korban, tehnik ini digunakan untuk memindahkan korban dalam jarak dekat. Pastikan menarik ke permukaan yang relatif aman (datar dan horizontal saja), agar tidak menyebabkan cedera tambahan. Beberapa cara untuk menarik korban salah satunya dengan cara menggunakan pakaian penolong atau meletakkan selimut di bawah korban (*blanket drag*). Menarik bagian kemeja atau pakaian korban dibagian punggung belakang (*shirt drag*). Menarik ketiak korban (*shoulder drag*) yaitu dengan menempatkan kedua tangan penolong pada kedua ketiak korban, tarik korban perlahan. Tehnik ini merupakan tehnik yang paling aman bagi korban karena penolong memegang langsung korban sehingga resiko terlepas lebih kecil.

Sedangkan tehnik untuk memindahkan korban dengan jarak sedang atau cukup jauh dapat menggunakan tehnik mengangkat korban (*carry*). Seperti mengendong punggung (*piggy back carry*) yaitu dengan mengendong korban di belakang penolong dilakukan pada korban yang masih sadar tetapi tidak dapat berdiri. Dapat juga dengan memapah (*craddle carry*), korban yang sadar tapi lemas dan tidak dapat berjalan dan tangan hanya dapat menggantung pasif ke leher penolong, sebaiknya dipindahkan dengan cara memapah. Dan apabila korban masih dapat berjalan, maka korban dapat dibantu dengan memapahnya yaitu dengan cara merangkulkan tangan korban ke pundak penolong dan satu tangan penolong memegang pinggang korban untuk mengantisipasi jika korban tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran.

2. Tehnik Evakuasi Korban Dilakukan Oleh Dua Atau Lebih Penolong

Dua orang penolong dapat mengevakuasi korban dengan tehnik kursi (*seat carry*) dengan cara para penolong berdiri berhadapan satu dengan yang lain. Kemudian memegang pergelangan tangan masing-masing dengan tangan mereka, dan kemudian menjalin tangan mereka untuk memegang pergelangan tangan penolong lainnya yang bebas. Dengan cara ini, penolong membuat seperti persegi dari tangan mereka. Dalam posisi ini, mereka menempa dan korban duduk di atas tangan dan lengan bawah mereka yang saling terkait. Termasuk leher korban yang berada di kedua sisinya.

Tehnik bangku (*bench carry*) sangat mirip dengan cara kursi. Dua orang penolong berdiri berhadapan merentangkan tangan mereka di depan satu sama lain dan memegang pergelangan tangan penolong yang berdiri di seberangnya, yaitu tangan kiri memegang pergelangan tangan kanan penolong lainnya dan tangan kanan memegang tangan kiri. Lengan bawah masing-masing penolong disusun sejajar satu sama lain. Korban dapat duduk di ke dua sisi lengan bawah penolong yang disatukan.

Jika korban tidak sadar, maka hendaknya penolong memegang korban terus menerus atau mengikat tubuh korban agar tidak jatuh. Atau dengan cara lain, korban dapat digendong dengan mengangkat kursi oleh para penolong, satu penolong berdiri di belakang dan satu di depan korban dan kursi sedikit condong ke belakang ke arah penolong di belakang.

Dengan tiga penolong, dapat mengevakuasi korban dengan cara mengendong korban menggunakan tangan, satu penolong menopang kepala, yang lain menopang panggul, dan yang ketiga menopang kaki.

3. Tehnik Evakuasi Korban Dengan Menggunakan Alat Bantu Kursi atau Tandu Darurat
Korban tanpa cedera diketahui tidak mengalami cedera berdasarkan laporan saksi maupun dari hasil wawancara dengan korban, jika korban sadar dan dapat dipercaya serta hasil pemeriksaan klinis tidak menunjukkan bahwa korban mengalami cedera. Jika korban tidak sadar, hanya dari keterangan saksi kejadian dapat diasumsikan, setelah pemeriksaan korban bahwa ia tidak mengalami cedera. Saat mengevakuasi korban perlu diperhatikan untuk menjaga jalan napas korban dan memastikan kondisi fisiologis korban. Peralatan yang paling umum digunakan adalah tandu beroda yang dapat digerakan sendiri. Jika memungkinkan, tandu tersebut dapat digunakan untuk mengangkut korban dari tempat kejadian ke ambulans.

H. Penutup

Pertolongan pertama yang tepat sebelum tenaga medis datang, dapat menyelamatkan jiwa korban dan mencegah kecacatan. Seseorang yang memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan pertolongan pertama yang memadai, siap untuk memberikan tindakan penanganan dengan cepat dan efektif kepada korban kecelakaan yang membutuhkan sampai mendapatkan bantuan medis dari tenaga yang profesional untuk mencegah kecacatan dan kematian.

Referensi

- Abraham, J., Alva, J., & Vinish, V. (2023). Assessment of knowledge, readiness, and barriers hindering the performance of first aid measures in emergency situations among non-healthcare professionals of selected organizations of Udupi Taluk. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1860_22
- Al-Qerem, W., Jarab, A., Al Bawab, A. Q., Hammad, A., Eberhardt, J., Alasmari, F., Kalloush, H., Al-Sa'di, L., & Obidat, R. (2024). An Online-Based Survey to Assess Knowledge, Attitudes, and Barriers to Perform First Aid after Road Accidents Conducted among Adult Jordanians. *Healthcare*, 12(9), 947. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090947>
- Ayuningtyas, A. D. (2024, May). *2023 Capai Angka Tertinggi Kecelakaan Lalu Lintas 5 Tahun Terakhir*. Goodstat. <https://goodstats.id/article/2023-capai-angka-tertinggi-kecelakaan-lalu-lintas-5-tahun-terakhir-z67bk>
- Borke, J. (2023, February 1). *CPR - adult - series*. MedlinePlus. https://medlineplus.gov/ency/presentations/100219_3.htm
- Bulger, E. M., Snyder, D., Schoelles, K., Gotschall, C., Dawson, D., Lang, E., Sanddal, N. D., Butler, F. K., Fallat, M., Taillac, P., White, L., Salomone, J. P., Seifarth, W., Betzner, M. J., Johannigman, J., & McSwain, N. (2014). An Evidence-based Prehospital Guideline for External Hemorrhage Control: American College of Surgeons Committee on Trauma. *Prehospital Emergency Care*, 18(2), 163–173. <https://doi.org/10.3109/10903127.2014.896962>
- Dynamiqhse. (2015, April 14). *Perdarahan dan Penanganannya*. PT Mediatama. <https://qhsepromotions.wordpress.com/tag/kotak-p3k/>
- Eilertsen, K. A., Winberg, M., Jeppesen, E., Hval, G., & Wisborg, T. (2021). Prehospital Tourniquets in Civilians: A Systematic Review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 36(1), 86–94. <https://doi.org/10.1017/S1049023X20001284>
- Furst, J. (2023, December 13). *What is the Recovery Position in First Aid?* FIRST AID for Free. <https://www.firstaidforfree.com/what-is-the-recovery-position-in-first-aid/>
- Gawlowski, P., & Biskup, A. (2019). Victim evacuation techniques in emergency conditions. *Disaster and Emergency Medicine Journal*, 4(3), 116–123. <https://doi.org/10.5603/DEMJ.a2019.0017>
- Iqbal, A., Rehman, Z. U., Ali, S., Ullah, K., & Ghani, U. (2020). Road Traffic Accident Analysis and Identification of Black Spot Locations on Highway. *Civil Engineering Journal*, 6(12), 2448–2456. <https://doi.org/10.28991/cej-2020-03091629>
- Khan, R., Sharma, P., & Kaul, N. (2011). Airway management in trauma. *Indian Journal of Anaesthesia*, 55(5), 463. <https://doi.org/10.4103/0019-5049.89870>
- Kibblewhite, C., Todd, V. F., Howie, G., Sanders, J., Ellis, C., Dittmer, B., Garcia, E., Swain, A., Smith, T., & Dicker, B. (2023). Out-of-Hospital emergency airway management practices: A nationwide observational study from Aotearoa New Zealand. *Resuscitation Plus*, 15, 100432. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100432>

- Kuupiel, D., Jessani, N. S., Boffa, J., Naude, C., De Buck, E., Vandekerckhove, P., & McCaul, M. (2023). Prehospital clinical practice guidelines for unintentional injuries: a scoping review and prioritisation process. *BMC Emergency Medicine*, 23(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00794-x>
- Mahama, M.-N., Kenu, E., Bandoh, D. A., & Zakariah, A. N. (2018). Emergency response time and pre-hospital trauma survival rate of the national ambulance service, Greater Accra (January – December 2014). *BMC Emergency Medicine*, 18(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0184-3>
- Mengistu, Z., Ali, A., & Abegaz, T. (2021). The pattern of orthopedic fractures and visceral injury in road traffic crash victims, Addis Ababa, Ethiopia. *PLOS ONE*, 16(9), e0253690. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253690>
- Morgan, J. M., & Galuppo, L. D. (2021). Fracture Stabilization and Management in the Field. *Veterinary Clinics of North America: Equine Practice*, 37(2), 293–309. <https://doi.org/10.1016/j.cveq.2021.04.004>
- Moussally, J., Saha, A. C., & Madden, S. (2022). TraumaLink: A Community-Based First-Responder System for Traffic Injury Victims in Bangladesh. *Global Health: Science and Practice*, 10(4), e2100537. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-21-00537>
- Ramgopal, S., Cash, R. E., Okubo, M., & Martin-Gill, C. (2024). Mapping Glasgow Coma scale to AVPU scores among adults in the prehospital setting. *The American Journal of Emergency Medicine*, 86, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2024.09.043>
- Rehn, M., Hyldmo, P. K., Magnusson, V., Kurola, J., Kongstad, P., Rognås, L., Juvet, L. K., & Sandberg, M. (2016). Scandinavian *<scp>SSAI</scp>* clinical practice guideline on pre-hospital airway management. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 60(7), 852–864. <https://doi.org/10.1111/aas.12746>
- Romanelli, D., & Farrell, M. W. (2023). *AVPU Scale*. StatPearls Publishing LLC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538431/>
- Rossaint, R., Afshari, A., Bouillon, B., Cerny, V., Cimpoesu, D., Curry, N., Duranteau, J., Filipescu, D., Grottke, O., Grønlykke, L., Harrois, A., Hunt, B. J., Kaserer, A., Komadina, R., Madsen, M. H., Maegele, M., Mora, L., Riddez, L., Romero, C. S., ... Spahn, D. R. (2023). The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition. *Critical Care*, 27(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04327-7>
- Serge, A., Quiroz Montoya, J., Alonso, F., & Montoro, L. (2021). Socioeconomic Status, Health and Lifestyle Settings as Psychosocial Risk Factors for Road Crashes in Young People: Assessing the Colombian Case. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 886. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030886>
- Stanojević, D., Stanojević, P., Jovanović, D., & Lipovac, K. (2020). Impact of riders' lifestyle on their risky behavior and road traffic accident risk. *Journal of Transportation Safety & Security*, 12(3), 400–418. <https://doi.org/10.1080/19439962.2018.1490367>

Glosarium

A

Asimetris: adalah Bentuk kedua sisi yang tidak sama persis

Aspirasi: adalah kondisi ketika makanan, minuman, atau benda asing terhirup masuk ke dalam saluran napas/ paru-paru secara tidak sengaja

C

Chin Lift: adalah Teknik membuka jalan napas dengan cara mengangkat dagu pasien

E

Ekstremitas: adalah Anggota tubuh

Elevasi: adalah Menentukan posisi lebih tinggi; ketinggian

EMS (*Emergency Medical Sistem*): adalah Layanan medis darurat yang menyediakan perawatan medis darurat

F

Farktur: adalah Patah tulang; hilangnya kontinuitas tulang

G

Golden Hour: adalah Periode waktu yang penting untuk memberikan perawatan medis segera setelah terjadi cedera/ trauma

H

Head Tilt: adalah Tehnik membuka jalan napas dengan mendorong dahi pasien ke belakang

Hemostatik: adalah Material/ Zat yang digunakan untuk menghentikan perdarahan

Hipoksia: adalah Kondisi kadar oksigen di dalam jaringan tubuh menurun

I

Intubasi: adalah Prosedur medis memasukkan tabung elastis (endotrachealtube/ ETT) ke dalam tenggorokan melalui mulut atau hidung untuk membantu pernapasan pasien

Imobilisasi: adalah kondisi tidak dapat bergerak

Iskemia: adalah suatu keadaan kurangnya aliran darah ke organ tubuh tertentu

J

Jaw Thrust: adalah Tehnik membuka jalan napas dengan cara mendorong rahang bawah pasien ke atas dan di depan rahang atas

N

Neurovaskuler: adalah Struktur dan fungsi system saraf dan pembuluh darah yang saling terkait

O

Obstruksi: adalah Kondisi penyumbatan

R

Retraksi: adalah Kondisi ketika otot-otot pernapasan di antara tulang rusuk tertarik ke dalam saat bernapas

S

Sianosis: adalah Kondisi ketika daerah kulit, vivir, telingga, atau kuku menjadi biru karena kekurangan oksigen

Shock: adalah Kondisi darurat medis yang mengancam jiwa ketika tubuh tidak mendapatkan aliran darah yang cukup

SPGDT (Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu): adalah Sistem yang menangani pasien gawat darurat dengan pelayanan para rumah sakit, pelayanan di rumah sakit, dan pelayanan antar rumah sakit

Steril; adalah kondisi bebas mikroorganisme hidup

Stabilisasi: adalah Proses atau tindakan untuk menstabilkan atau membuat sesuatu menjadi stabil

Stridor: adalah Suara bernada tinggi yang terjadi ketika aliran udara terhambat di saluran napas yang menyempit

T

Torniket: adalah Alat yang digunakan untuk menghentikan aliran darah di bagian tubuh tertentu

V

Viceral: adalah Organ tubuh bagian dalam

W

WHO (*World Health Organization*): adalah Badan perserikatan bangsa-bangsa yang bertugas mengkoordinasikan dan mengarahkan Kesehatan masyarakat

Profil Penulis



Bdn. Dyah Triwidiyantari, SST., M.Keb Lahir di Baturaja salah satu Kabupaten di OKU Sumatra Selatan pada tanggal 27 Oktober 1986. Ketertarikan penulis terhadap kebidanan dimulai pada tahun 2004 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Program Studi D3 Kebidanan di STIKes Dharma Husada Bandung, lulus pada tahun 2007 dan langsung bekerja di STIKes Dharma Husada Bandung. Dua tahun kemudian penulis melanjutkan pendidikan dan berhasil menyelesaikan studi jenjang strata di prodi D4 Kebidanan pada tahun 2011 dan S2 Kebidanan pada tahun 2019 di Universitas Padjajaran Bandung. Kemudian melanjutkan jenjang profesi bidan pada tahun 2022.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang

kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Email Penulis: dyah@stikesdhb.ac.id

Motto : Jadilah Terang Tanpa Memadamkan Cahaya Orang Lain!



Ns. Hana Priscilla Frudence Sohilait, S.Kep., M.Kep. Lahir di Banjarmasin, 20 November 1996. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan RS. Marthen Indey tahun 2017, lalu melanjutkan Pendidikan pada Program Studi S1 Keperawatan & Profesi Ners, Institut Kesehatan DELI HUSADA tahun 2020. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Diponegoro dan lulus tahun 2024. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2020 sebagai Kepala Laboratorium Keperawatan di RS. Marthen Indey. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Program Studi Sarjana Keperawatan & Profesi Ners, Universitas Medika Suherman dengan mengampu mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, dan Keperawatan Kritis. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis telah mempublikasi 3 artikel nasional bereputasi SINTA, 2 buah Hak Kekayaan Intelektual (HKI), 1 buah buku referensi, 1 buah buku abstrak, dan 1 buah buku *chapter*. Penulis pernah tampil membawakan materi berjudul *The Holistic Nursing Competencies and Instruments For Critically Ill-Patients* pada konferensi ilmiah "The 4th International Conference on Psychological Studies (ICPSYCHE) 2023", dan pernah mengikuti *International Short Course Training In Critical Nursing Care Unit (International Immersion Program)* 2023 di Prince Of Songkla University, Thailand. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail pribadi: sohilaitprissy@yahoo.com, atau e-mail afiliasi : hana@medikasuherman.ac.id.

Motto: "*Inspiring through knowledge, shaping the future with dedication*"

Profil Penulis



Utari Yunie Atrie, S.Kep., Ns., M.Kep. Lahir di Banda Aceh, 23 Juni 1990. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Stikes Hang Tuah Tanjungpinang, lulus pada tahun 2013. Penulis melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan dengan Peminatan Keperawatan Kritis di Universitas Padjadjaran Bandung, lulus pada tahun 2021. Sejak tahun 2021 penulis mulai aktif melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi sebagai Dosen Keperawatan dan ber-homebase di Program Studi Profesi Ners Stikes Hang Tuah Tanjungpinang. Saat ini beliau aktif di Departemen Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis di Stikes Hang Tuah Tanjungpinang. Disamping itu penulis juga aktif dalam organisasi profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan anggota dalam Himpunan Perawat Critical Care Indonesia (HIPERCCI) Kepri. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya. Penulis dapat dihubungi melalui email utariyunieatrie@gmail.com.

Pesan untuk para pembaca:

"Jangan pernah berhenti belajar karena hidup tidak pernah berhenti mengajarkan"



alheamin@gmail.com.

A. Nurlaela Amin, S.Kep., Ns., M.Kes. Lahir di Bulukumba, 02 November 1984. Pendidikan jenjang S1 Keperawatan diselesaikan tahun 2009, Profesi Ners diselesaikan tahun 2010 di STIK Famika Makassar, yang selanjutnya menyelesaikan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat tahun 2012 di Universitas Indonesia Timur Makassar. Pekerjaan diawali pada tahun 2010 – sekarang sebagai tenaga kependidikan dan Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panrita Husada. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat yang berfokus pada bidang ilmu Keperawatan Dasar dan Keperawatan Gawat Darurat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail:



Dyah Trifianingsih, S.Kep., Ners., M.Kep. Penulis lahir di Sidoarjo, 27 Desember 1987. Riwayat Pendidikan, penulis menyelesaikan Sarjana di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tahun 2011, kemudian melanjutkan magister keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Banjarmasin di tahun 2013. Sampai saat ini penulis masih aktif sebagai dosen di STIKES Suaka Insan Banjarmasin. Penulis berada di departemen keperawatan Gawat Darurat dan Kritis di STIKES Suaka Insan, mengampu mata kuliah keperawatan gawat darurat, keperawatan kritis dan keperawatan bencana. Penulis memulai karier pekerjaan sebagai staf pengajar STIKES Suaka Insan Banjarmasin sejak tahun 2012. Selain sebagai pengajar, penulis masih belajar untuk terus menulis buku keperawatan sebagai wujud kontribusi positif bagi dunia Pendidikan keperawatan.

Email Penulis: dyahb47@gmail.com

SINOPSIS BUKU

Buku **Gawat Darurat (Berbasis Riset)** ini disusun berdasarkan hasil penelitian yang penulis lakukan dengan tujuan memberikan wawasan mendalam serta panduan yang komprehensif di bidangnya. Buku ini dapat dijadikan sebagai panduan komprehensif yang dirancang untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan dalam menghadapi situasi gawat darurat di berbagai kondisi, baik untuk tenaga kesehatan, mahasiswa, maupun masyarakat umum. Dalam buku ini, pembaca diajak untuk memahami secara mendalam langkah-langkah penanganan pertolongan pertama pada kecelakaan, khususnya pada anak-anak, yang sering kali menjadi kelompok paling rentan dalam situasi darurat.

Buku ini mengupas berbagai aspek pemenuhan kebutuhan holistik pasien kritis, mencakup dimensi bio-psiko-sosial-spiritual, dengan fokus pada pemberian asuhan yang terintegrasi. Kompetensi keperawatan holistik menjadi tema utama di salah satu bab, menjelaskan pentingnya keterampilan perawat dalam ruang perawatan kritis, termasuk ruang gawat darurat dan intensif, serta strategi perawatan untuk pasien stroke yang membutuhkan perhatian khusus.

Tidak hanya itu, buku ini juga membahas hubungan antara pengetahuan dan motivasi perawat dalam memberikan asuhan spiritual care. Penelitian ini memberikan wawasan tentang bagaimana elemen spiritual dapat memengaruhi kualitas layanan dan pemulihan pasien.

Bab terakhir buku ini menyoroti prinsip-prinsip pertolongan pertama pada kecelakaan lalu lintas, termasuk penilaian korban, teknik stabilisasi, manajemen luka dan perdarahan, serta evakuasi korban secara aman. Melalui pendekatan yang sistematis dan berbasis bukti, buku ini menjadi referensi penting bagi para profesional kesehatan, pendidik, dan siapa pun yang ingin memperluas pengetahuan mereka dalam manajemen gawat darurat.

Setiap akhir pada bab buku ini dilengkapi dengan bagian penutup yang dirancang untuk merangkum poin-poin penting, menghubungkan materi dengan praktik nyata, dan mendorong pembaca untuk merefleksikan apa yang telah dipelajari.

Buku GAWAT DARURAT (BERBASIS RISET) ini disusun berdasarkan hasil penelitian yang penulis lakukan dengan tujuan memberikan wawasan mendalam serta panduan yang komprehensif di bidangnya. Buku ini dapat dijadikan sebagai panduan komprehensif yang dirancang untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan dalam menghadapi situasi gawat darurat di berbagai kondisi, baik untuk tenaga kesehatan, mahasiswa, maupun masyarakat umum. Dalam buku ini, pembaca diajak untuk memahami secara mendalam langkah-langkah penanganan pertolongan pertama pada kecelakaan, khususnya pada anak-anak, yang sering kali menjadi kelompok paling rentan dalam situasi darurat.

Buku ini mengupas berbagai aspek pemenuhan kebutuhan holistik pasien kritis, mencakup dimensi bio-psiko-sosial-spiritual, dengan fokus pada pemberian asuhan yang terintegrasi. Kompetensi keperawatan holistik menjadi tema utama di salah satu bab, menjelaskan pentingnya keterampilan perawat dalam ruang perawatan kritis, termasuk ruang gawat darurat dan intensif, serta strategi perawatan untuk pasien stroke yang membutuhkan perhatian khusus.

Tidak hanya itu, buku ini juga membahas hubungan antara pengetahuan dan motivasi perawat dalam memberikan asuhan spiritual care. Penelitian ini memberikan wawasan tentang bagaimana elemen spiritual dapat memengaruhi kualitas layanan dan pemulihan pasien.

Bab terakhir buku ini menyoroti prinsip-prinsip pertolongan pertama pada kecelakaan lalu lintas, termasuk penilaian korban, teknik stabilisasi, manajemen luka dan perdarahan, serta evakuasi korban secara aman. Melalui pendekatan yang sistematis dan berbasis bukti, buku ini menjadi referensi penting bagi para profesional kesehatan, pendidik, dan siapa pun yang ingin memperluas pengetahuan mereka dalam manajemen gawat darurat.

Setiap akhir pada bab buku ini dilengkapi dengan bagian penutup yang dirancang untuk merangkum poin-poin penting, menghubungkan materi dengan praktik nyata, dan mendorong pembaca untuk merefleksikan apa yang telah dipelajari.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-8775-97-2



9 786238 775972