

KETERAMPILAN KLINIK BASIC LIFE SUPPORT PADA TATARAN KLINIS DAN KEHIDUPAN SEHARI-HARI

Tri Susilo • Nur Yeti Syarifah • Muthia Deliana



KETERAMPILAN KLINIK BASIC LIFE SUPPORT PADA TATARAN KLINIS DAN KEHIDUPAN SEHARI-HARI

Tri Susilo, S.Kep., Ns. M.Kep.
Nur Yeti Syarifah., S.Kep, Ns., M.Med. Ed.
Ns. Muthia Deliana, S.Kep., M.Kep.



KETERAMPILAN KLINIK BASIC LIFE SUPPORT PADA TATARAN KLINIS DAN KEHIDUPAN SEHARI-HARI

Penulis: Tri Susilo, S.Kep., Ns. M.Kep.
Nur Yeti Syarifah., S.Kep, Ns., M.Med. Ed.
Ns. Muthia Deliana, S.Kep., M.Kep.

Desain Sampul: Ivan Zumarano
Tata Letak: Muhamad Rizki Alamsyah

ISBN: 978-634-7097-55-2

Cetakan Pertama: Februari, 2025

Hak Cipta © 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyaksebagian atau seluruhi 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)

Perpustakaan Nasional RI : Katalog Dalam Terbitan (KDT)

JUDUL DAN	Keterampilan klinik basic life support pada tataran klinis dan kehidupan sehari-hari /
PENANGGUNG JAWAB	Tri Susilo, S.Kep., Ns. M.Kep., Nur Yeti Syarifah., S.Kep, Ns., M.Med. Ed., Ns. Muthia Deliana, S.Kep., M.Kep.
EDISI	Cetakan pertama, Februari 2025
PUBLIKASI	Jakarta : PT Nuansa Fajar Cemerlang, 2024
DESKRIPSI FISIK	vi, 60 halaman : ilustrasi ; 30 cm
IDENTIFIKASI	ISBN 978-634-7097-55-2
SUBJEK	Pertolongan pertama
KLASIFIKASI	616.025 2 [23]
PERPUSNAS ID	https://isbn.perpusnas.go.id/bo-penerbit/penerbit/isbn/data/view-kdt/1069058

Prakata

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga kami dapat melakukan penyusunan Buku **Keterampilan Klinik Basic Life Support Pada Tataran Klinis Dan Kehidupan Sehari-Hari** periode tahun 2024.

Penyusunan buku ini ditujukan untuk memberikan pedoman bagi klinisi dan masyarakat umum untuk melatih keterampilan terkait pertolongan pertama sebagai bantuan hidup dasar dan pertolongan pertama pada kasus sengatan hewan berbisa. Pengetahuan baru mendorong kemajuan dalam bidang medis dan bedah. Hal tersebut dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan perawatan kepada Masyarakat.

Pesatnya pertumbuhan pengetahuan tentang penanganan kegawatdaruratan baik dalam bidang medis maupun bedah dan pengetahuan tentang kondisi dan waktu yang tepat untuk merujuk kepada ahli yang berkompeten perlu dipahami oleh tenaga medis yang bertugas di lini terdepan fasilitas pelayanan kesehatan. Peran masyarakat untuk memberikan pertolongan pertama pada kasus kegawatdaruratan menjadi kewajiban. Berangkat dari latar belakang tersebut yang mendorong penyusunan buku ini. Buku ini ditujukan untuk memberikan pengetahuan menyeluruh mengenai kegawatdaruratan baik di bidang medis maupun bedah, terutama untuk tenaga kesehatan yang bertugas di lini terdepan pelayanan kesehatan, juga memberikan bekal pengetahuan kepada para masyarakat awam terlatih dalam proses pendidikan mencapai kompetensi sebagai masyarakat umum dengan ketrampilan tambahan khusus.

Buku ini ditulis oleh beberapa Praktisi dan Dosen dari berbagai disiplin ilmu yang bekerja di Pendidikan dan fakesyankes. Semoga buku ini bermanfaat bagi pembaca, mahasiswa, dan para perawat terutama di fasilitas pelayanan kesehatan lini pertama dalam memberikan pelayanan dan perawatan bagi masyarakat luas.

Penyusun mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi waluyo, Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wira Husada Yogyakarta, Direktur Poltekkes Kemenkes Tanjungpinang, staf pengelola skills lab serta semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu-persatu yang telah membantu proses penyusunan buku ini. Semoga kerjasama semua pihak dalam melaksanakan kegiatan keterampilan klinik ini akan lebih ditingkatkan demi keberhasilan pendidikan kesehatan yang profesional dan berkualitas. Penyusun juga mengharapkan sumbang saran dari semua pihak demi lebih sempurnanya buku ini, sehingga dapat lebih bermanfaat bagi pelaksanaan kegiatan layanan kesehatan secara keseluruhan.

Kepada pihak terutama PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal) Yang sudah memfasilitasi tersusunya buku ini. Pada kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih kepada pihak PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal) yang telah memberikan kesempatan penulis untuk menuliskan dan mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh, serta terima kasih kepada tim keperawatan Gadar kepada dosen dan penulis 1, 2 dan 3 yang telah memberikan dukungan dan fasilitasi tersusunya buku ini.

Nopember, 2024

Tri Susilo

Daftar Isi

Prakata	iii
Daftar Isi.....	v

BAB 1 PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG BANTUAN HIDUP DASAR (BHD) TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN ANGGOTA PMR **1**

A. Pendahuluan.....	1
B. Bantuan Hidup Dasar.....	4
C. Pedoman Bantuan Hidup Dasar pada Dewasa menurut American Heart Association(AHA)	11
D. Pendidikan kesehatan	12
E. Metode pendidikan kesehatan	16
F. Klasifikasi metode pendidikan kesehatan	18
G. Konsep Pengetahuan.....	21
H. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan	22
I. Penutup	24
Referensi.....	25
Glosarium	28

BAB 2 PENGETAHUAN PERAWAT TERHADAP TRIASE DI INSTALASI GAWAT DARURAT **29**

A. Pendahuluan.....	29
B. Desain Penelitian dan Target Populasi.....	31
C. Variabel Penelitian.....	31

D. Teknik Pengumpulan Data	34
E. Analisis Data	36
F. Diskusi.....	39
G. Penutup.....	40
Referensi.....	41
Glosarium	43

BAB 3 KEGAWATDARURATAN AKIBAT SENGATAN HEWAN LAUT BERBISA **45**

A. Pendahuluan.....	45
B. Sengatan Hewan laut Berbisa.....	46
C. Jenis Hewan Laut Berbisa dan Penanganannya.....	47
D. Peran Perawat dalam Sengatan Hewan laut berbisa.....	52
E. Asuhan Keperawatan Gawat Darurat akibat sengatan hewan Laut Berbisa	53
F. Kesalahan dalam Penanganan dan pencegahan.....	54
G. Pembuatan Larutan Cuka 5%	55
H. Perendaman dengan air Hangat.....	55
I. <i>Pressue Bandage Immobilisasi (PBI)</i>	56
J. Penutup	57
Referensi.....	58
Glosarium	60

Profil Penulis **61**

BAB 1

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG BANTUAN HIDUP DASAR (BHD) TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN ANGGOTA PMR

Tri Susilo

A. Pendahuluan

Kegawatdaruratan dapat terjadi kapan saja, dimana saja, dan pada siapa saja. Kondisi gawat darurat dapat terjadi akibat trauma atau non trauma yang mengakibatkan henti nafas, henti jantung, kerusakan organ dan atau pendarahan (Pusbankes 118.2013).

Serangan jantung dan kecelakaan lalu lintas merupakan kondisi kegawatdaruratan yang sering dijumpai. Kedua hal tersebut memerlukan penanganan sesegera mungkin. Henti jantung maupun hilang napas dan trauma adalah salah satu permasalahan yang mengancam jiwa dan bisa berakibat kematian bila terlalu lama dalam pertolongannya. (Sudiatmoko,A. 2011). Kecelakaan lalu lintas di Indonesia oleh World Health Organization (WHO) dinilai menjadi pembunuhan terbesar ketiga, dibawah penyakit jantung koroner dan tuberkulosis (TBC) Riskedas 2018)

Siswa sekolah SMA memiliki resiko terjadi cidera baik yang terjadi dilingkungan sekolah atau luka yang diderita oleh siswa SMA adalah 26,4% berada di jalan karena kecelakaan, 23,1% terjadi di sekolah, 28,6% aktivitas olahraga dan 22% terjadi di rumah. Data di Kabupaten Semarang menunjukkan sebanyak 55 persen korban kecelakaan lalu lintas merupakan kaum milenial. Selama tahun 2023, 158 jiwa meninggal akibat kecelakaan di Kabupaten Semarang. Wilayah Kabupaten Semarang yang merupakan penghubungan lalu lintas Solo-Semarang menjadi lebih rawan terjadi kecelakaan, dimana setiap tahun terdapat peningkatan jumlah korban

kecelakaan. (Tito. 2019)

Keberhasilan pertolongan penderita yang mengalami kondisi gawat darurat tidak hanya ditentukan oleh kualitas dari pelayanan gawat darurat di rumah sakit namun juga keberhasilan pertolongan yang diberikan diluar rumah sakit. Statistik menunjukkan bahwa hampir 90% korban meninggal ataupun cacat disebabkan oleh korban terlalu lama dibiarkan atau waktu telah melewati golden period dan ketidaktepatan serta akurasi pertolongan saat pertama kali korban ditemukan. Ketepatan waktu dan ketepatan menangani korban kegawatdaruratan sangat penting dilakukan, sehingga penanganan pertama perlu diintegrasikan dan dikoordinasikan dengan baik untuk meningkatkan kelangsungan hidup yang optimal bagi korban. Penanganan pertama yang dimaksud adalah pemberian bantuan hidup dasar (BHD). Pusbankes 118. 2013)

BHD adalah rangkaian tindakan dasar yang diberikan kepada seseorang yang mengalami keadaan kegawatdaruratan. Tindakan darurat BHD dilakukan untuk membebaskan jalan napas, membantu pernapasan dan mempertahankan sirkulasi darah tanpa menggunakan alat bantu. Bantuan hidup dasar biasanya diberikan oleh orang-

orang disekitar korban yang diantaranya akan menghubungi petugas kesehatan terdekat. Pertolongan ini harus diberikan secara cepat dan tepat, sebab penanganan yang salah dapat berakibat buruk, cacat bahkan kematian pada korban kecelakaan. (Sudiatmoko,A. 2011). Bantuan Hidup Dasar (BHD) ditujukan untuk memberikan perawatan darurat bagi para korban, sebelum pertolongan yang lebih mantap dapat diberikan oleh dokter atau petugas kesehatan lainnya (Rizqyana. 2019).

Bantuan hidup dasar dapat dilakukan oleh orang awam di luar Rumah Sakit tanpa menggunakan peralatan medis. Keterampilan BHD dapat diajarkan kepada siapa saja. (AHA. 2010) Remaja sebagai salah satu bagian dari masyarakat memiliki jumlah populasi yang cukup besar. Remaja yang berada dalam perkembangan pada ukuran tubuh, kekuatan, psikologis, kemampuan reproduksi, mudah termotivasi dan

cepat belajar, diharapkan dapat menjadi first responder yaitu orang awam yang pertama kali memberikan pertolongan ditempat kejadian. Karakteristik tersebut dapat ditemukan pada remaja di sekolah tingkat menengah yaitu SMA atau SMK. Namun tanpa disadari banyak siswa remaja yang masih awam tentang bantuan hidup dasar. Hal ini terjadi karena minimnya informasi dan upaya publikasi tentang bantuan hidup dasar di masyarakat. (Pusbankes 118. 2013)

Ekstrakurikuler di sekolah salah satunya adalah PMR, dimana terdapat Pendidikan dan Pelatihan Diklat untuk lebih mengenal mengenai PMR. Materi yang didapat dalam PMR adalah Pertolongan Pertama (PP), Perawatan Keluarga (PK) dan transfusi darah. Pada materi Pertolongan Pertama (PP) dipelajari ilmu anatomi terlebih dahulu dandiikuti dengan studi kasus di lanjutkan simulasi. (Wong. 2009)

Berdasarkan hasil penelitian Wulandari (2016) tentang pengetahuan siswa SLTA tentang bantuan hidup dasar, menunjukkan bahwa 76% responden memiliki pengetahuan kurang tentang memberikan bantuan hidup dasar kepada korban henti jantung maupun henti nafas dan korban kecelakaan, 17% memiliki pengetahuan cukup dan sisanya 7% memiliki pengetahuan baik dalam bantuan hidup dasar. (Pratiwi,. 2011)

Penelitian lainnya oleh Wiliastuti (2018) tentang pengetahuan tim reaksi cepat tentang bantuan hidup dasar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan kategori pengetahuan kurang di semua indikator seperti pada pengetahuan konsep dasar, pengajian responden dalam BHD, resusitasi paru dalam BHD, dan resusitasi jantung dalam BHD. (Sudiharto & Sartono. 2011)

Salah satu upaya pemberian informasi adalah melalui penyuluhan atau pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan usaha atau kegiatan untuk membantu individu, kelompok dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap maupun ketrampilan untuk mencapai hidup sehat secara optimal.12

B. Bantuan Hidup Dasar

Bantuan Hidup Dasar (BHD) secara garis besar dikondisikan untuk keadaan di luar Rumah Sakit sebelum mendapatkan perawatan lebih lanjut, sehingga tindakan bantuan hidup dasar dapat dilakukan oleh orang awam di luar Rumah Sakit tanpa menggunakan peralatan medis. (AHA. 2010)

Menurut AHA Guidelines tahun 2015, tindakan BHD ini dapat disingkat teknik ABC pada prosedur CPR (Cardio Pulmonary Resuscitation) yaitu:

1. A (Airway): Menjaga jalan nafas tetap terbuka
2. B (Breathing): Ventilasi paru dan oksigenasi yang adekuat
3. C (Circulation): Mengadakan sirkulasi buatan dengan kompresi jantung paru.

Tujuan Basic Life Support

Tujuan Basic Life Support menurut (AHA, 2015) antara lain:

1. Mengurangi tingkat morbiditas dan kematian dengan mengurangi penderitaan.
2. Mencegah penyakit lebih lanjut atau cedera
3. Mendorong pemulihan

Tujuan bantuan hidup dasar ialah untuk oksigenasi darurat secara efektif pada organ vital seperti otak dan jantung melalui ventilasi buatan dan sirkulasi buatan sampai paru dan jantung dapat menyediakan oksigen dengan kekuatan sendiri secara normal

Karakteristik korban yang memerlukan BHD

1. Henti jantung

Henti jantung terjadi bila jantung tiba-tiba berhenti berdenyut yang akan menyebabkan berhentinya sirkulasi efektif tubuh. Henti jantung dapat berupa penghentian pompa jantung total atau tidak seiraman dengan detak jantung (fibrilasi ventrikel). Henti sirkulasi akan langsung terjadi ketika henti jantung juga terjadi. Henti sirkulasi akan dengan cepat menyebabkan otak dan organ vital kekurangan oksigen. Tanda-tanda yang dapat dilihat ketika terjadi henti jantung adalah kehilangan kesadaran mendadak, tidak terdengar bunyi jantung, pupil mata mulai berdilatasi dalam 45 detik dan kadang terjadi kejang. Tanda yang paling

akurat dalam memastikan seseorang mengalami henti jantung adalah tidak terabanya nadi karotis (Wiliastuti.2018)

2. Henti nafas

Henti nafas ditandai dengan tidak adanya gerakan dada dan aliran udara pernafasan.Oksigen masih dapat masuk kedalam darah untuk beberapa menit dan jantung masih dapat mensirkulasikan darah ke otak dan organ vital lainnya pada awal terjadinya henti napas. Memberikan bantuan nafas pada keadaan ini akan sangat bermanfaat agar korban dapat tetap hidup dan mencegah henti jantung.¹⁵ Pemberian bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan ventilasi dari korban yang mengalami henti jantung atau henti nafas dilakukan melalui resusitasi jantung paru (RJP). Resusitasi jantung paru terdiri dari dua tahap, yaitu: survei primer (primary survey) yang dapat dilakukan oleh semua orang dan survei sekunder (secondary survey) yang hanya dapat dilakukan oleh tenaga medis dan paramedik terlatih dan merupakan lanjutan dari survei primer. Survei primer bantuan hidup dasar merupakan dasar tindakan penyelamatan jiwa setelah terjadi keadaan henti jantung. Survei primer bantuan hidup dasar dilakukan baik untuk penderita yang mengalami

henti jantung mendadak atau tidak sadarkan diri yang kita saksikan (Suliha dkk. 2012)

Langkah-Langkah Pemberian BHD

1. Melakukan tiga aman

Sebelum melakukan pertolongan harus diingat bahwa tidak jarang anda memasuki keadaan yang berbahaya. Selain resiko dari infeksi anda juga dapat menjadi korban jika tidak memperhatikan kondisi sekitar pada saat melakukan pertolongan. Maka ada beberapa hal yang harus dilakukan penolong kepada korban, yaitu:

a. Memastikan keamanan anda

Keamanan diri sendiri merupakan prioritas utama. Karena bagaimana kita akan

dapat melakukan petolongan jika kondisi kita sendiri berada dalam bahaya. Akan merupakan hal yang ironis seandainya kita bermaksud menolong tetapi karena tidak memperhatikan situasi kita sendiri yang terjerumus dalam bahaya.

b. Memastikan keamanan lingkungan

Ingat rumus do no futher harm karena ini meliputi juga lingkungan sekitar penderitayang belum terkena sedera. Sebagai contoh adalah saat mendekati mobil yang sudah mengalami kecelakaan dan keluar asap. Ingatkan dengan segerapara penonton untuk cepat-cepat menyingkir karena ada bahaya ledakan/api.

c. Memastikan keamanan penderita

Prioritas terakhir adalah penderita sendiri, karena penderita ini sudah mengalami cedera dari awal (Suliha dkk. 2012)

2. Memastikan kesadaran korban (Check responsiveness)

Setelah lokasi kejadian aman maka anda akan mendekati penderita. Dalam keadaan ini ingat bahwa yang kemudian harus dilakukan adalah memastikan kesadaran. Penolong dapat mengetahuinya dengan cara menyentuhatau menggoyangkan bahu korban dengan lembut dan mantap untuk mencegah pergerakan yang berlebihan sambil memanggil korban.

3. Meminta pertolongan (Call for Help)

Jika ternyata korban tidak memberikan respon terhadap panggilan segera meminta bantuan dan menghubungi rumah sakit untuk mendapat bantuan dengan peralatan medis yang lebih lengkap.

4. Memperbaiki posisi korban

Tindakan BHD yang efektif dilakukan dengan memposisikan korban dalam posisi terlentang dan berada pada permukaan yang rata dan keras. Jika korban ditemukan dalam posisi miring atau tengkurap, penolong harus mengubah posisi korban ke posisi terlentang. Penolong harus membalikan posisi korban sebagai satu kesatuan antara kepala, leher dan bahu digerakan secara bersama-sama dan kedua tangan diletakan disamping tubuh.

5. Pengaturan posisi penolong

Posisi korban harus dipastikan telah dalam keadaan yang aman ketika penolong segera memposisikan dirinya berlutut sejajar dengan bahu korban ketika akan memberikan bantuan nafas dan sirkulasi.

6. Melakukan bantuan sirkulasi (Circulation) (Wiliastuti.2018)

Terdiri atas dua tahap yaitu:

- Memastikan ada tidaknya denyut nadi korban dengan meraba arteri karotis.

Yaitu dengan cara meletakan dua jari diatas laring (jakun), gesarkan jari anda kesamping, hentikan jari disela-sela antara laring dan otot leher. Rasakan nadi, tekan selama 5- 10 detik, hindari penekanan yang terlalu keras. Jika nadi teraba walaupun lemah, jangan memulai penekanan dada. Jika nadi tidak teraba anggap penderita tersebut henti jantung dan mulai segera RJP.

Catatan: Penderita masih bernafas, tetapi denyut nadi karotis tidak ada? Ini sesuatu yang tidak mungkin, apabila jantung berhenti nafas juga akan berhenti.

- Melakukan bantuan sirkulasi, yaitu dengan sesegera mungkin melakukan penekanan dada dengan siklus 30 penekanan dan 2 nafas buatan. Kompresi yang dilakukan harus memungkinkan terjadinya complete chest recoil(pengembangan dada seperti semula setelah kompresi sebelum memulai kompresi kembali). Untuk mencegah penurunan kualitas kompresi sebaiknya beralih orang yang melakukan kompresi dada setiap dua menit (setelah 5 siklus kompresi dan ventilasi, 30:2). Interupsi dilakukan untuk meraba nadi tidak lebih dari 10 detik.

Teknik melakukan kompresi:

- Dengan jari telunjuk dan jari tengah penolong menelusuri tulang iga kanan atau kiri sehingga bertemu dengan tulang dada (sternum).
- Dari pertemuan tulang iga (tulang sternum) diukur kurang lebih 2 atau 3 jari ke atas. Daerah tersebut merupakan tempat untuk meletakkan tangan penolong dalam memberikan bantuan sirkulasi.

- 3) Letakkan kedua tangan pada posisi tadi dengan cara menumpuk satu telapak tangan diatas telapak tangan yang lainnya, hindari jari-jari tangan menyentuh dinding dada korban, jari-jari tangan dapat diluruskan atau menyilang.
- 4) Dengan posisi badan tegak lurus, penolong menekan dinding dada korban dengan tenaga dari berat badannya secara teratur sebanyak 30 kali dengan kedalaman penekanan berkisar antara 2 inchi (5 cm)
- 5) Tekanan pada dada harus dilepaskan keseluruhannya dan dada dibiarkan mengembang kembali ke posisi semula setiap kali melakukan kompresi dada. Selang waktu yang dipergunakan untuk melepaskan kompresi harus sama dengan pada saat melakukan kompresi.
- 6) Tangan tidak boleh lepas dari permukaan dada dan atau merubah posisi tangan pada saat melepaskan kompresi.

Rasio bantuan sirkulasi dan pemberian napas adalah 30 : 2 dilakukan baik oleh 1 atau 2 penolong dan kecepatan kompresi adalah 100 kali permenit (dilakukan 4 siklus permenit), untuk kemudian dinilai apakah perlu dilakukan siklus berikutnya atau tidak.

Dari tindakan kompresi yang benar hanya akan mencapai tekanan sistolik 60–80 mmHg, dan diastolik yang sangat rendah, sedangkan curah jantung (cardiac output) hanya 25% dari curah jantung normal. Selang waktu mulai dari menemukan korban sampai dilakukannya tindakan bantuan sirkulasi (kompresi dada) tidak boleh melebihi 30 detik.

7. Penilaian jalan nafas (airway)

Penolong memastikan jalan nafas bersih dan terbuka sehingga memungkinkan pasien dapat diberi bantuan nafas. Langkah ini terdiri dari dua tahap yaitu:

a. Membersihkan jalan nafas

Tindakan ini bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya sumbatan jalan napas oleh benda asing. Jika terdapat sumbatan harus dibersihkan dahulu, kalau

sumbatan berupa cairan dapat dibersihkan dengan jari telunjuk atau jari tengah yang dilapisi dengan sepotong kain, sedangkan sumbatan oleh benda keras dapat dikorek dengan menggunakan jari telunjuk yang dibengkokkan. Mulut dapat dibuka dengan teknik Cross Finger, dimana ibu jari diletakkan berlawanan dengan jari telunjuk padamulut korban.

b. Membuka jalan nafas

Pedoman AHA (2010) merekomendasikan untuk menggunakan Head tilt – chin lift (kepala tengadah-angkat dagu) untuk membuka jalan nafas para korban yang dicurigai mengalami trauma kepala dan leher. Sementara untuk korban yang dicurigai mengalami cedera cervical dapat menggunakan jaw thrust (mendorong rahang tanpa ekstensi kepala). Teknik membuka jalan napas yang direkomendasikan untuk orang awam adalah tengadah kepala-angkat dagu.

Teknik Head tilt – chin lift :

- 1) Membaringkan korban pada permukaan yang datar dan keras
- 2) Meletakan telapak tangan pada dahi korban
- 3) Menekan dahi sedikit mengarah ke depan dengan telapak tangan
- 4) Meletakan ujung jari telunjuk dan jari tengah dari tangan lainnya dibawah bagian ujung tulang rahang korban.
- 5) Menengadahkan kepala dan menahan atau menekan dahi korban secarabersamaan sampai kepala korban pada posisi ekstensi.⁷

8. Breathing(Penyelamatan pernafasan)

Terdiri dari 2 tahap:

a. Memastikan korban tidak bernapas.

Dengan cara melihat pergerakan naik turunnya dada, mendengar bunyi napas dan merasakan hembusan napas korban. Untuk itu penolong harus mendekatkan telinga di atas mulut dan hidung korban, sambil tetap mempertahankan jalan napas tetap terbuka. Prosedur ini dilakukan tidak boleh melebihi 10 detik.

b. Memberikan bantuan napas.

Pemberian napas bantuan dilakukan setelah jalan napas terlihat aman. Tujuan Primer pemberian napas bantuan adalah untuk mempertahankan oksigenasi yang adekuat

dengan tujuan sekunder untuk membuang CO₂. Sesuai dengan revisi panduan yang dikeluarkan American Hearth Association (AHA) mengenai bantuan hidup dasar, penolong tidak perlu melakukan observasi napas spontan dengan Look, Listen, Feel, karena langkah pelaksanaan tidak konsisten dan menghabiskan banyak waktu.

Jika korban tidak bernapas, bantuan napas dapat dilakukan dengan cara memberikan hembusan napas sebanyak 2 kali hembusan, waktu yang dibutuhkan untuk tiap kali hembusan adalah 1,5–2 detik dan volume udara yang dihembuskan untuk korban dewasa adalah 400-500 ml (10 ml/kg) atau sampai dada korban terlihat mengembang. Penolong harus menarik napas dalam pada saat akan menghembuskan napas agar tercapai volume udara yang cukup.¹

Cara memberikan bantuan pernapasan:

1. Mulut ke mulut

Bantuan pernapasan dengan menggunakan cara ini merupakan cara yang cepat dan efektif untuk memberikan udara ke paru-paru korban. Pada saat dilakukan hembusan napas dari mulut ke mulut, penolong harus mengambil napas dalam terlebih dahulu dan mulut penolong harus dapat menutup seluruhnya mulut korban dengan baik agar tidak terjadi kebocoran saat menghembuskan napas dan juga penolong harus menutup lubang hidung korban dengan ibu jari dan jari telunjuk untuk mencegah udara keluar kembali dari hidung. Volume udara yang diberikan pada kebanyakan orang dewasa adalah 400 - 500 ml (10 ml/kg). Volume udara yang berlebihan dan laju inspirasi yang terlalu cepat dapat menyebabkan udara memasuki lambung, sehingga terjadi distensi lambung

2. Mulut ke hidung

Teknik ini direkomendasikan jika usaha ventilasi dari mulut korban tidak memungkinkan, misalnya pada Trismus atau dimana mulut korban mengalami luka yang berat, dan sebaliknya jika melalui mulut ke hidung, penolong harus menutup mulut korban.

Lakukan siklus kompresi dan ventilasi 30:2 selama 5 siklus, periksa nadi setelah 5 siklus, jika nadi tidak teraba dan bantuan medis belum datang, maka lanjutkan siklus 30:2 dimulai dengan kompresi dada. Jika penderita bernafas spontan dan pernafasannya adekuat posisikan korban dengan posisi pemulihan. Posisi pemulihan dilakukan dengan cara memposisikan dalam posisi lateral atau yang biasa disebut posisi miring (Sudiharto & Sartono. 2011).

C. Pedoman Bantuan Hidup Dasar pada Dewasa menurut American Heart Association(AHA)

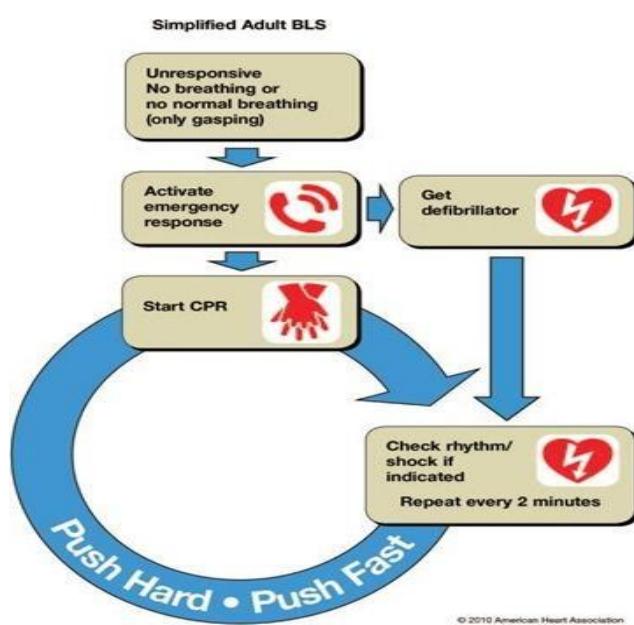
Pedoman AHA (2010) mengatur ulang langkah RJP dari "A-B-C" menjadi "C-A-B", sehingga memungkinkan setiap penolong memulai kompresi dada sesegera mungkin. Pada menit-menit awal korban mengalami henti jantung, dalam darah pasien masih terkandung residu oksigen

dalam bentuk ikatan oksihemoglobin yang dapat diedarkan dengan bantuan sirkulasi buatan melalui kompresi dada. Dengan perubahan urutan ke CAB, kompresi dada akan dimulai lebih cepat dan penundaan karena ventilasi menjadi minimal. Pedoman baru ini berisi beberapa rekomendasi yang didasarkan pada pembuktian ilmiah, yaitu:

1. Pengenalan segera henti jantung tiba-tiba (sudden cardiac arrest) didasarkan pada pemeriksaan kondisi unresponsive dan tidak adanya napas normal.
2. Perubahan pada RJP berlaku pada korban dewasa, anak dan bayi kecuali bayi baru lahir.
3. "Look, Listen, and Feel" telah dihilangkan dari algoritme BHD.

4. Kecepatan kompresi dada 100 x/menit.
5. Kedalaman kompresi dada menjadi 2 inchi (5 cm)
6. Penolong terus melakukan RJP hingga terjadi return of spontaneous circulation (ROSC). 7

Urutan pemberian bantuan hidup dasar bagi masyarakat umum:



Gambar 1.1
Algoritma bantuan hidup dasar dewasa untuk umum.

Sumber :American Heart Association

D. Pendidikan kesehatan

Menurut Azwar (1983) dalam Maulana (2014) kegiatan pendidikan kesehatan, yang dilakukan dengan menyebarkan, menanamkan keyakinan sehingga masyarakat sadar,

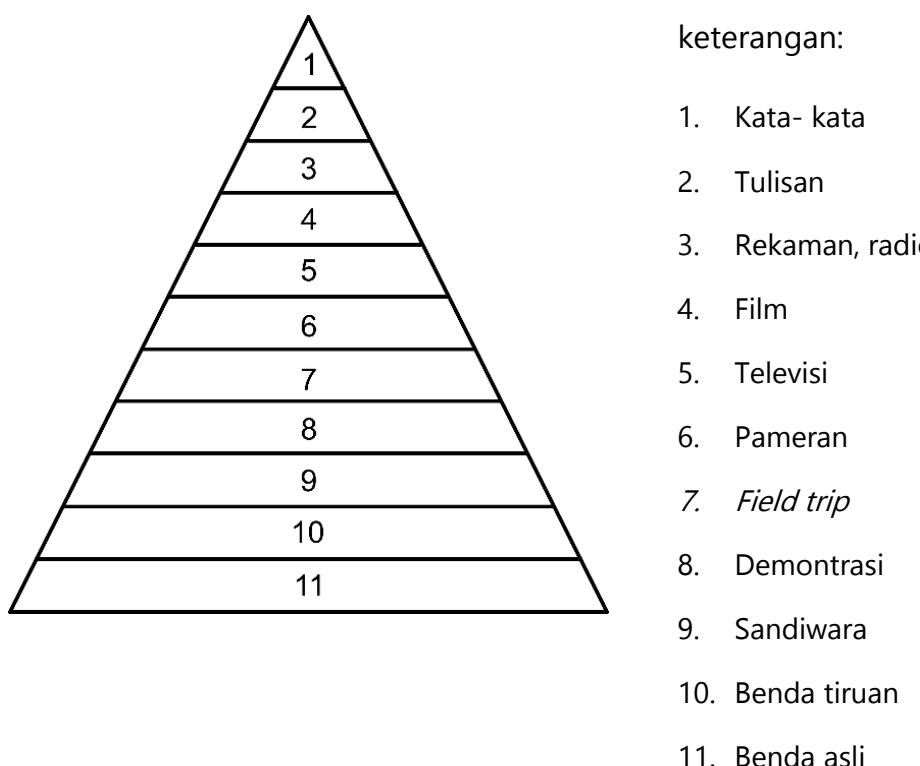
tahu dan mengerti serta dapat melakukan anjuran yang berhubungan dengan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses yang mempunyai masukan dan keluaran untuk mencapai tujuan pendidikan yaitu perubahan perilaku. Sasaran pendidikan kesehatan adalah individu, keluarga, kelompok dan masyarakat,

yang dijadikan objek dan subjek perubahan perilaku.

1. Media pendidikan kesehatan

Media adalah suatu sarana atau perangkat yang digunakan sebagai perantara atau saluran dalam proses komunikasi antara komunikator dan komunikan dalam menyampaikan bahan pengajaran. Pesan tidak akan diterima dengan baik apabila tidak dibantu dengan perantara atau media (Hazinski at all 2019)

Media pendidikan kesehatan adalah semua sarana untuk menampilkan informasi yang disampaikan oleh komunikator, baik melalui media cetak, elektronik, dan media luar luangan, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan yang akhirnya dapat merubah perilaku kearah yang positif. Alat peraga atau media mempunyai intensitas yang berbeda dalam membantu permasalahan seseorang. Elgar Dale menggambarkan intensitas setiap alat peraga dalam suatu kerucut.¹⁸



Gambar 1.2 kerucut Elgar Dale

Sumber Elgar Dale(1999) dalam Maulana (2014).

Intensitas paling rendah adalah kata-kata. Hal ini berarti bahwa penyampaian materi hanya dengan kata-kata saja kurang efektif. Seperti penggunaan metode, akan lebih efektif dan efisien bila alat peraga digunakan lebih dari satu, tetapi gabungan dengan beberapa media. Beberapa manfaat alat peraga adalah:

- a. Menimbulkan minat sasaran
- b. Mencapai sasaran lebih banyak
- c. Membantu mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman
- d. Merangsang sasaran untuk meneruskan pesan pada orang lain
- e. Memudahkan penyampaian informasi
- f. Memudahkan penerimaan informasi oleh sasaran
- g. Organ yang paling banyak menyalurkan pengetahuan adalah mata, 75%-87% pengetahuan diperoleh melalui mata, dan 13-25% disalurkan melalui indra lain.
- h. Mendorong keinginan untuk mengetahui, mendalami, dan mendapat pengertian yang lebih baik.
- i. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh sehingga apa yang diterima tersimpan dalam ingatan.

2. Macam-macam media pendidikan kesehatan

Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur kesehatan, media dibedakan menjadi yaitu:

- a. Menurut bentuk umum penggunaanya

Golongan media penyuluhan dibagi menjadi 2 yaitu:

- 1) Bahan bacaan seperti modul, buku rujukan/bacaan, folder, leaflet, majalah dan lainnya
- 2) Bahan peragaan seperti poster tunggal, poster seri.

- b. Menurut cara produksi

Berdasarkan cara produksi media penyuluhan dibagi menjadi beberapa, yaitu:

1) Media cetak

Media ini mengutamakan pesan visual untuk menyampaikan pesan biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna, yang termasuk dalam media ini adalah sebagai berikut:

- a) Booklet adalah media untuk menyampaikan pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- b) Leaflet adalah bentuk penyampaian informasi disampaikan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasinya dapat dalam bentuk kalimat, gambar, maupun kombinasi keduanya.
- c) Flyer (selebaran) : sama seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan
- d) Flip chart (lembar balik) merupakan penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana tiap halamannya berisi gambar peragaan dan dibaliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
- e) Rubric atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang berkaitan dengan kesehatan
- f) Poster merupakan media cetak berisi pesan informasi kesehatan yang biasanya ditempel ditembok, ditempat umum atau dikendaraan umum.
- g) Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan

2) Media elektronika

Media ini merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat, didengar dan penyampaian melalui alat bantu elektronika. Media elektronik tersebut termasuk televisi, radio, film, video film, CD dan VCD.

Video adalah seperangkat alat yang dapat memproyeksikan gambar bergerak, merupakan paduan antara gambar dan suara membentuk karakter sama dengan objek aslinya. Pesan yang disajikan video berupa fakta (kejadian/peristiwa penting, berita) maupun fiktif (cerita) serta dapat bersifat informatif, edukatif, maupun instruksional. Video dapat menyajikan informasi, memaparkan proses, menjelaskan konsep yang rumit serta

mempengaruhi sikap (Maulana. .2014)

Beberapa keuntungan video menurut Majid (2006) yaitu:

- a) Lebih menarik dan lebih mudah dipahami
- b) Dengan video seseorang dapat belajar sendiri
- c) Dapat diulang pada bagian tertentu yang perlu lebih jelas
- d) Dapat menampilkan sesuatu ang detail
- e) Dapat mempercepat maupun diperlambat
- f) Memungkinkan untuk membandingkan antara dua adegan berbeda diputar dalam waktu yang sama
- g) Dapat digunakan sebagai tampilan nyata dari suatu adegan, situasi, diskusi, dokumentasi, promosi produk, interview, dan menampilkan satu percobaan yang berproses.

3) Media luar ruangan

Media ini menyampaikan pesan diluar ruang, bisa menggunakan media cetak atau elektronik. Misalnya papan reklame, spanduk, benner dan televisi layar lebar (Muttaqin., 2009).

E. Metode pendidikan kesehatan

Metode merupakan cara atau pendekatan tertentu. Dalam proses belajar diperlukan metode yang cocok atau relevan sesuai dengan kondisi setempat. Secara garis besar metode dibagi menjadi dua yaitu:

1. Metode didaktif

Metode yang didasarkan atau dilakukan secara satu arah (one way method). Metode ini bersifat pasif karena hanya pendidik yang aktif contohnya ceramah, film, leaflet, buklet, poster, dan siaran radio.

2. Metode sokratik

Merupakan metode yang dilakukan secara dua arah two way method dalam metode ini pendidik dan pesert bersifat aktif dan kreatif. Contohnya

diskusikelompok, debat, panel, forum, demonstrasi.

F. Klasifikasi metode pendidikan kesehatan

Menurut Notoatmodjo dalam Hujair, A.S. 2009 metode pendidikan dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Metode pendidikan individual

Metode yang bersifat individual, digunakan untuk membina pelaku baru atau seseorang yang mulai tertarik kepada suatu inovasi atau perubahan. Metode perorangan bukan hanya seorang yang bersangkutan mungkin juga pendekatan kepada suami ataupun keluarga. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepatsetra dapat membantu maka perlu menggunakan metode ini dengan bentuk pendekatan bimbingan, penyuluhan (guidance and counceling) dan wawancara (interview).

Kelebihan metode pendidikan individual adalah :

- a. Mendapat keterangan langsung perihal masalah-masalah kesehatan
- b. Membina persahabatan
- c. Tumbuhnya kepercayaan pada penyuluhan bila anjuran-anjurannya diterima
- d. Menemukan tokoh-tokoh masyarakat yang lebih baik
- e. Rintangan-rintangan antara penyuluhan dengan keluarga sasaran menjadi kurang
- f. Tingkat pengadopsian terhadap perilaku kesehatan yang baru lebih tinggi

Keterbatasan metode pendidikan individual adalah :

- a. Jumlah kunjungan yang mungkin dilakukan adalah terbatas
- b. Kunjungan-kunjungan yang cocok bagi keluarga sasaran dan penyuluhan adalah terbatas sekali
- c. Kunjungan yang terlalu sering pada satu keluarga sasaran akan menimbulkan prasangka pada keluarga lainnya

2. Metode pendidikan kelompok

Yang harus diingat adalah besarnya kelompok sasaran serta tingkat

pendidikan formal dari sasaran. Efektifitas suatu metode akan bergantung pada besarnya sasaran pendidikan. Metode pendidikan kelompok dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Kelompok besar

Kelompok besar yaitu apabila peserta lebih dari 15 orang, metode yang baik dapat menggunakan ceramah dan seminar.

b. Kelompok kecil

Kelompok kecil yaitu apabila peserta kegiatan kurang dari 15 orang. Metode yang digunakan antara lain:

1) Diskusi kelompok

Diskusi kelompok adalah percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan dengan tiga orang atau lebih dengan topik tertentu dan salah satu orang tersebut memimpin diskusi.

2) Curah pendapat

Curah pendapat adalah seperti pemecahan masalah ketika setiap anggota mengusulkan dengan cepat semua kemungkinan pemecahan yang dipikirkan. Kritik evaluasi atas semua pendapat dilakukan setelah semua anggota kelompok mencerahkan pendapatnya. Metode ini dapat digunakan untuk mebangkitkan pikiran yang kreatif, merangsang partisipasi, mencari kemungkinan pemecahan masalah, mencari pendapat baru, mendahului metode lainnya serta menciptakan suasana yang menyenangkan dalam kelompok.

3) Bola salju (snow balling)

Metode ini dilakukan dengan membagi secara berpasangan (1 pasang 2 orang). Setelah terbentuk pasangan, dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang 5 menit setiap 2 pasangan bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah yang sama dan mencari kesimpulannya. Selanjutnya setiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang bergabung lagi dengan pasangan lainnya,demikian

seterusnya sampai akhirnya terjadi diskusi seluruh kelas

4) Kelompok kecil (buzz group)

Metode ini dilakukan dengan membagi kelompok sasaran yang lebih besar menjadi kelompok kecil yang kemungkinan membahas suatu tugas tertentu. Setelah dilakukan tugas dilaporkan kepada kelompok besar.

5) Memainkan peran (role play)

Bermain peran adalah permainan sebuah situasi dalam hidup manusia dengan atau tanpa melakukan latihan sebelumnya. Metode ini dimainkan oleh beberapa orang untuk dianalisa oleh kelompok.

6) Permainan simulasi (simulation game)

Simulasi adalah suatu cara peniruan karakteristik atau perilaku tertentu dari dunia riil sehingga para peserta dapat bereaksi seperti pada keadaan sebenarnya.

Kelebihan metode pertemuan kelompok adalah:

- 1) Banyak orang yang dicapai
- 2) Menjadi tahap persiapan untuk metode lainnya
- 3) Perkenalan pribadi dapat ditingkatkan
- 4) Segala macam topik/judul dapat diajukan
- 5) Adopsi suatu anjuran secara murah/sedikit biaya
- 6) Kekurangan / keterbatasannya :
 - 7) Tempat dan sarana pertemuan tidak selalu cukup
 - 8) Waktu untuk diskusi biasanya terbatas sekali
 - 9) Pembahasan topik sedikit lebih sulit karena peserta yang hadir adalah campuran
- 10) Kejadian-kejadian di luar kekuasaan seperti cuaca buruk, dsb dapat mengurangi jumlah kehadiran

3. Metode pendidikan massa

Metode pendidikan massa dilakukan untuk mengonsumsikan pesan

kesehatan yang ditujukan untuk masyarakat. Oleh karena sasaran pendidikan ini bersifat umum maka pesan yang disampaikan harus dirancang agar dapat ditangkap oleh masa (Hazinski et al 2010).

G. Konsep Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu setelah seseorang melihat objek tertentu atau melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. (Hujair, A.S. 2009) Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Proses perubahan perilaku kearah yang lebih baik akan selalu memerlukan inovasi baru. Penyebarluasan suatu inovasi selalu memerlukan waktu. Sampai waktu sasaran melaksanakan anjuran penyuluhan (inovasi baru) itu, telah berlangsung suatu proses mental pada diri sasaran. Suatu proses mental pada diri sasaran sampai melaksanakan anjuran disebut proses adopsi. Proses adopsi terjadi mulai seseorang mendengar suatu ide baru sampai akhirnya dia melaksanakannya (mengadopsinya). Proses difusi merupakan proses perembesan inovasi kedalam masyarakat sampai mencapai mengenai sebagian besar anggota masyarakat. Proses adopsi dan difusi mempunyai hubungan erat. Proses adopsi terjadi secara individual, sedangkan difusi terjadi perembesan inovasi di masyarakat. (Kustandi, C.S. 2011) Upaya perubahan seseorang dalam mengadopsi suatu perilaku baru terbagi dalam beberapa tahap diantaranya yaitu:

1. Tahap awareness (kesadaran)

Tahap seseorang sadar terhadap suatu inovasi sehingga muncul adanya kesadaran terhadap hal tersebut.

2. Tahap interest (keinginan)

Tahap seseorang mempertimbangkan sehingga seseorang tersebut mulai tertarik dengan inovasi yang diketahuinya.

3. Tahap evaluation (evaluasi)

Tahap seseorang membuat keputusan untuk menolak atau menerima inovasi yang baru.

4. Tahap trial (mencoba)

Tahap seseorang mencoba suatu perilaku yang baru.

5. Tahap adoption (adopsi)

Tahap seseorang mengkonfirmasi keputusan yang diambilnya dan mengadopsi perilaku baru.

H. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010), ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang diantaranya:

1. Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan diluar sekolah, dan berlangsung seumur hidup.

Pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan maka semakin mudah seseorang untuk menerima informasi.

2. Mass media / informasi

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal atau non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (immediate impact) sehingga akan menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Macam-macam media informasi yang dapat mempengaruhi pengalaman masyarakat tentang inovasi baru sebagai sarana komunikasi seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, penyuluhan dan lain-lain. Adanya informasi baru memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan hal tersebut.

3. Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran baik yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian orang akan bertambah pengetahuan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya fasilitas yang diperlukan untuk suatu kegiatan tertentu, sehingga status sosial

ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

4. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis maupun sosial. Lingkungan sangat berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan kedalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh sikap individu.

5. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh baik dari pengalaman pribadi maupun pengalaman orang lain, pengalaman merupakan cara untuk memperoleh kebenaran dan pengetahuan.

6. Usia

Usia seseorang akan mempengaruhi daya tangkap dan pola pikirnya. Semakin bertambahnya usia maka semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikir, sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin baik.

I. Penutup

SDGs dengan 17 target diharapkan dapat dicapai pada tahun 2030, khususnya pada target kedua dan ketiga perlu untuk dicapai untuk menjadikan Indonesia bisa menjadi lebih baik, seperti pada paparan saya diatas. Nawacita dengan sembilan prioritas pembangunan lima tahun ke depan.

Referensi

- Amanda Rizqyana. 2019. Hingga Oktober 2019, 3.167 Jiwa Melayang Akibat Kecelakaan Lalu Lintas di Jawa Tengah. Diakses : <https://jateng.tribunnews.com/2019/10/23/hingga-oktober-2019-3167-jiwa-melayang-akibat- kecelakaan-lalu-lintas-di-jawa-tengah>.
- American Heart Association (AHA). 2010. AdultBasic Life Support: Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Diakses : http://circ.ahajournals.org/content/122/8_suppl_3/S685.
- BIN, 2012 Badan Intelejen Negara. 2013. Kecelakaan Lalulintas Menjadi Pembunuhan Terbesar Ketiga. Edisi 23 maret 2013. Dibuka pada website: <http://www.bin.go.id/>.
- Kemenkes RI, 2018. Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 (RISKESDAS) . Jakarta: Balitbang. Kemenkes Ri.
- Pratiwi, Indar. 2011. Kesiapan Anggota Palang Merah Remaja (PMR) Dalam Melakukan Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan di Sekolah. Yogyakarta : Fakutas Kedokteran UGM.
- Pusbankes 118. (2013). Penanggulangan Penderita Gawat Darurat (PPGD). Edisi X. Yogyakarta: Tim Pusbankes 118 – PERSI DIY
- Pusbankes 118. 2013. Penanggulangan PenderitaGawat Darurat (ppgd). Basic Trauma And Cardiac Support (BTCLS). Yogyakarta : Persi DIY
- Sudiatmoko, A. 2011. Tindakan Awal Sebelum Medis. Cetakan I. Yogyakarta: Rona PancaranIlmu.
- Sudiharto & Sartono. 2011. Basic Trauma Cardiac Life Support. Jakarta: CV. Sagung

Seto.Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Tito . 2019. Sepanjang 2018, Polisi Catat 27.910 Pengendara Tewas di Jalanan. Diakses : <https://www.merdeka.com/peristiwa/sepanjang-2018-polisi-catat-27910-pengendara-tewas-di-jalanan.html>

Wong, Donna L. 2009. Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Volume I.Alih bahasa Agus Sutarnadkk. Jakarta : EGC

Wulandari.2016. Pengetahuan siswa slta tentang bantuan hidup dasar. Jurnal Nes dan Kebidanan. Volume 3 No. 2. Agustus 2016

Wiliastuti.2018. PENGETAHUAN TIM REAKSI CEPAT TENTANGBANTUAN HIDUP DASAR

Jurnal Keperawatan Komprehensif Vol.4 No. 2, Juli 2018: 77-85 Suliha dkk. 2012. Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan. Jakarta: EGC

Amanda Rizqyana. 2019. Selama 2018, 158 Orang Meninggal Dunia Akibat Kecelakaan di Kabupaten Semarang. Diakses : <https://jateng.tribunnews.com/2019/02/02/selama-2018-158-orang-meninggal-dunia-akibat-kecelakaan-di-kabupaten-semarang>

Berg RA, Hemphill R, Abella BS, Aufderheide TP, Cave DM, Hazinski MF, Lerner EB, Rea TD,Sayre MR, Swor RA. (2010). Part 5: Adult basic life support: American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. Research Journal: 122

Muttaqin., 2009. Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem. Kardiovaskular danhematologi. Jakarta : Salemba Medika.

Pro Emergency.2011. Basic Trauma Life Support. Cibinong: Pro Emergency;Maulana. H.D.J.2014. Promosi Kesehatan. Jakarta :EGC

- Arsyad, A.2011. Media pembelajaran. Cetakan ke-15. Jakarta: Rajawali PersHujair, A.S.
2009. Media Pembelajaran. Yogyakarta: Safiria Insania Press
- Kustandi, C.S. 2011. Media Pembelajaran Manual dan Digital. Bogor: Penerbit Ghalia Indonesia
- Majid, A. 2006. Perencanaan Pembelajaran. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Notoatmodjo, S. 2010. Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta
- Prinyoto. 2014. Teori Sikap dan perilaku dalam kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sugiyono. 2015. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitif& RND. Bandung: Alfabeta
- Notoatmodjo, S. 2018. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
- Arikunto, S. 2010. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik, Ed Revisi VI, Jakarta: PTRineka Cipta
- Riwidokdo, H. 2010. Statistik Kesehatan. Yogyakarta: Mitra Cendekia
- Hidayat, A. 2007. Metode Penelitian Kebidanan & Teknis Analisis Data, Surabaya: Salembamedika

Glosarium

A

AHA : American Heart

B

BHD : bantuan hidup dasar

P

PMR : Palang Merah Remaja

BAB 2

PENGETAHUAN PERAWAT TERHADAP TRIASE DI INSTALASI GAWAT DARURAT

Nur Yeti Syarifah

A. Pendahuluan

Menurut WHO (World Health Organization), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada Masyarakat. Setiap rumah sakit terdapat Unit Gawat Darurat (UGD) atau Instalasi Gawat Darurat yang merupakan bagian dari pelayanan di rumah sakit dan menjadi garda pelayan pertama terutama bagi pasien gawat darurat.

IGD (Instalasi Gawat Darurat) merupakan unit pelayanan gawat darurat dan menjadi ruangan pertama kali yang dikunjungi pasien ketika berada pada keadaan darurat dan memiliki tujuan memberikan pelayanan utama yaitu tercapai pelayanan kesehatan yang optimal pada pasien secara cepat dan tepat serta terpadu dalam penanganan kegawatdaruratan sehingga mampu mencegah resiko kecacatan dan kematian (*to save life and limb*) dengan adanya response time selama 5 menit disertai waktu definitif \leq 2 jam (Misrawati, Karim, & Gurning, 2014). Di Indonesia penyebab kegagalan nomor satu dalam penanganan kasus kegawatdaruratan adalah kegagalan mengenal resiko khususnya dalam memutuskan pelaksanaan triase. Penanganan kegawatdaruratan diperlukan triase sebagai upaya menempatkan pasien ke area penilaian dan penanganan yang tepat serta dapat membantu menggambarkan keberagaman kasus di IGD.

Banyaknya Kasus kematian dan kecacatan akibat pertolongan yang salah atau lambat pada pasien terutama di Instalasi gawat darurat (IGD) sering terjadi.

Minimnya pengetahuan triase mengakibatkan ketidakakuratan dapat mempengaruhi hasil klinis yang buruk akibat lamanya waktu untuk mendiagnosa dan waktu untuk mendapatkan perawatan. Karena pada dasarnya dalam melakukan pemilihan triase, hal yang sangat diperlukan adalah pengetahuan dan keterampilan perawat untuk mengambil keputusan klinis agar dalam menangani pasien, bisa lebih optimal dan terarah. Pengetahuan menjadi faktor utama dalam mendukung pengambilan keputusan prioritas triase pasien. Jika pengetahuan perawat kurang maka akan beresiko keterlambatan pelayanan bagi pasien gawat darurat sehingga mengakibatkan kecacatan atau kematian. Selain itu, diperlukan juga pola pikir kritis yang diperoleh dengan bekal pengetahuan, pelatihan serta pengalaman.

Pengetahuan sangat berpengaruh dalam tindakan triase oleh karena itu pengetahuan menjadi dasar utama dalam melakukan tindakan triase. Di beberapa rumah sakit di Indonesia, penilaian triase dilakukan oleh perawat yang telah memiliki pelatihan gawat darurat, dan pelatihan triase. Ketepatan penilaian triasedan capaian keselamatan pasien merupakan salah satu implikasi dari penilaian triase. Beban kerja di ruang emergensi, keterampilan triase dan motivasi perawat merupakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penerapan triase di Instalasi Gawat Darurat, sehingga perawat harus mempertimbangkan banyak faktor yang berpotensi dan dapat mempengaruhi penerapan triase dengan benar dan tepat sesuai sumber daya yang tersedia.

Penelitian ini merekomendasikan kepada perawat agar senantiasa mengikuti pelatihan yang berhubungan dengan tindakan kegawatdaruratan sehingga tercapainya optimalisasi pelayanan di IGD sebagai garda terdepan di setiap Rumah Sakit. Pengetahuan triase bagi tenaga kesehatan menjadi sangat penting maka diharapkan pelatihan tentang persiapan dan pendidikan mengenai triase di area pre-hospital maupun di hospital pelaksanaan proses triase dapat di lakukan dengan tepat.

B. Desain Penelitian dan Target Populasi

Desain penelitian yang peneliti gunakan adalah penelitian observasional dengan metode *survey analitik* sedangkan rancangan penelitian peneliti melakukan pendekatan *cross sectional study* yaitu untuk mengukur hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dengan penerapan triase yang hanya satu kali dalam satu waktu (Donsu, 2016).

Sampel adalah bagian dari sejumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang digunakan untuk penelitian (Ikhsanto, 2020). Jumlah Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah keseluruhan populasi dengan jumlah 17 orang perawat IGD. Sampel diambil setiap 2 hari pada shift pagi dengan 3-4 responden. Pengambilan sampel dilakukan pada bulan desember 2023 dengan teknik pengambilan sample *probability sampling* dengan *teknik total sampling* yaitu pengambilan sampel sama dengan jumlah populasi (Sugiyono, 2022).

C. Variabel Penelitian

Keperawatan gawat darurat adalah pelayanan yang melintasi semua spesifikasi tersebut, dan termasuk pelayanan perawatan meliputi kelahiran, kematian, pencegahan injury, Kesehatan Wanita, penyakit dan penyelamatan kehidupan atau *life saving* dan penyelamatan anggota tubuh. Kekhasan dari praktik keperawatan gawat darurat adalah aplikasi proses keperawatan untuk pasien disegala usia, yang membutuhkan stabilisasi dan/atau resusitasi berbagai penyakit dan cidera. Emergency Nursing Association dalam (Hammond, 2018).

Salah satu peran dan fungsi perawat gawat darurat yang utama adalah melakukan triase, mengkaji dan menetapkan prioritas dalam spektrum lebih luas terhadap kondisi klinis pada berbagai keadaan yang bersifat mendadak mulai dari ancaman nyawa sampai kondisi kritis. Triase harus dilakukan oleh dokter atau perawat yang sudah bersertifikat Pelatihan Penanggulangan Gawat Darurat. (Hendro, 2016).

Pada dasarnya seorang perawat IGD tidak memiliki batasan waktu untuk

melakukan penanganan pada pasien di ruang gawat darurat, walaupun penanganan tersebut menjadi *fleksibel*, namun apabila terdapat pasien yang masuk IGD tetap harus dilakukan penilaian triase sesegera mungkin dengan mempertimbangkan prioritas masalah dan jumlah pasien. Triase memiliki algoritme yang jelas, simple dan memiliki validitas yang tinggi dalam menentukan prioritas penanganan pada pasien, sehingga pengetahuan seorang perawat sangat diperlukan dalam melakukan triase. Hal ini dikarenakan adanya faktor pengetahuan yang merupakan faktor dominan dalam mendukung pengambilan keputusan prioritas triase pasien. Serta adanya pengalaman bekerja dan pendidikan juga turut menjadi pendukung dalam penerapan triase.

Pengetahuan adalah informasi dan pemahaman tentang sebuah subjek yang dimiliki seseorang atau yang dimiliki semua orang. *Knowledge is information and understanding about a subject which a person has, or which all people have. Collin 2020* dalam (Swarjana, 2022).

Menurut Notoadmojo (2019), pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk menentukan tindakan seseorang (*overt Behavior*). Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan yang cukup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu : yaitu: 1) Mengetahui (know), merupakan mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.; 2) Pemahaman (comprehension), merupakan Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar; 3) Penerapan (application), adalah Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real; 4) Analisis (analysis), adalah Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain; 5) Sintesis (synthesis), adalah tingkat suatu

kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru; 6) Evaluasi (evaluation), adalah penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian- penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Penilaian pengetahuan pada penelitian ini, menggunakan *Bloom's Taxonomy* yang membagi pengetahuan kedalam tiga tingkatan yaitu pengetahuan baik atau tinggi (*Good knowledge*), pengetahuan cukup atau sedang (*Fair/moderate knowledge*) dan pengetahuan rendah atau kurang (*Poor knowledge*) dan klasifikasinya dikonversi ke persen seperti berikut: 1. Pengetahuan baik jika skor 80-100 %; 2. Pengetahuan cukup jika skor 60-79 %; 3. Pengetahuan rendah jika skor < 60 %. Kemudian pengukuran variable pengetahuan dan penerapan triase peneliti menggunakan Angket yaitu *TSQ (Triage Skill Questionnaire)* dan *TKQ (Triage Knowledge Questionnaire)* yang peneliti buat sesuai pengetahuan tentang triase dimulai dari pengertian, tujuan, klasifikasi dan jenis triase dengan skala pengukuran ordinal.

Triase adalah proses khusus memilih pasien berdasar beratnya cidera atau penyakit berdasarkan yang paling mungkin akan mengalami perburukan klinis dengan segera, sehingga untuk menentukan prioritas pelayanan gawat darurat medik serta prioritas transportasi berdasarkan ketersediaan sarana untuk melakukan tindakan (Noviyanto, 2023).

Pendapat lain yang dikemukakan Hammond (2018), triase adalah proses memilih pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan cepat untuk menentukan pasien yang perludi obati segera dan pasien yang dapat menunggu. Proses ini membutuhkan keterampilan seorang perawat gawat darurat yang berpengalama, khususnya perawat yang bertugas di IGD.

Adapun Penialian triase pada penelitian ini menggunakan pedoman *Triage Knowledge Questionnaire (TKQ)* dan *Triage Skill Questionnaire (TSQ)* berdasarkan skala *Guttman*. Skala *Guttman* adalah skala yang digunakan untuk mendapatkan jawaban tegas dari responden, kemudian kuesioner dibuat menjadi dua bagian yaitu

bagian pertama terdiri atas pernyataan tentang pengetahuan triase yang pertanyaannya dijawab responden dengan dua pilihan "benar" dan "salah". bagian kedua terdiri dari lembar observasi tentang penerapan triase ada dua pilihan yaitu "ya" dan "tidak". Observasi perawat dalam penerapan triase menggunakan *checklist* yang berisi daftar kegiatan yang diamati dan peneliti memberikan tanda check (·) pada kolom jawaban "ya" bila dilakukan dan "tidak" jika tidak dilakukan. Penentuan skor sebagai berikut: skor 1 untuk jawaban "ya" dan 0 untuk jawaban "tidak". Jumlah soal pada kuesioner ada 10 soal.

Menurut Asrullah (2019), Pengklasifikasian nilai untuk mengetahui penerapan triase dapat dibuat pemetaan hasil ukur yang dikategorikan menjadi bentuk nominal yaitu penialian dianggap kategori tepat jika >7 dan tidak tepat jika ≤7 . Adapun penentuan point atau nilai penerapan triase tersebut, terlebih dahulu dilakukan klasifikasi hasil sebelum di kategorikan. Sehingga peneliti melakukan klasifikasi kategori penerapan triase perawat tersebut dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Jumlah Benar}}{\text{Jumlah Soal}} \times 100\%$$

D. Teknik Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data dalam penelitian ini dengan menggunakan dua jenis sumber data yaitu data primer yang merupakan cara pengambilan data dengan mengunjungi lokasi penelitian dan meminta responden untuk mengisi kuesioner yang telah disusun oleh peneliti yaitu kuesioner tingkat pengetahuan dan kuesioner penerapan triase perawat di IGD. Selanjutnya pengambilan data sekunder yaitu data yang digunakan sebagai data pelengkap untuk data primer yang berhubungan dengan masalah yang diteliti yang didapatkan dari instansi yang terkait yaitu data jumlah perawat di IGD. Berdasarkan hasil pengumpulan data tersebut, data yang diperoleh di analisa menggunakan analisa univariat dan

analisa bivariate.

Analisa univariat diolah untuk mendapatkan gambaran umum dengan mendekripsikan tiap-tiap variabel yang digunakan dalam penelitian yaitu dengan melihat gambaran distribusi frekuensinya baik dalam bentuk tabel maupun dalam bentuk grafik mengenai hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan penerapan triase perawat tersebut. Sedangkan Analisa bivariate digunakan untuk mengetahui hubungan antar variabel satu dengan variabel lainnya. Analisa jenis ini menggunakan uji statistik chi square dengan tingkat kemaknaan @ 0,05 dengan menggunakan program SPSS.

E. Analisis Data

Analisa Data penelitian menggunakan Analisa univariat yang digunakan untuk melihat distribusi frekuensi dari setiap variabel yang diteliti yang disajikan dalam bentuk tabel. Adapun Variabel yang dianalisa secara univariat dalam penelitian ini meliputi karakteristik responden, tingkat pengetahuan perawat dan penerapan triase, selanjutkan dilakukan Analisa bivariate yaitu untuk mengetahui hubungan antar variabel satu dengan variabel lainnya. Analisa jenis ini menggunakan uji statistik chi square dengan tingkat kemaknaan @ 0,05 dengan menggunakan program SPSS.

Tabel 2.1 Distribusi frekuensi berdasarkan karakteristik responden perawat di IGD.

Karakteristik responden	frekuensi	%
Usia		
24-35 tahun	10	59
36-58	7	41
Jenis Kelamin		
Laki- laki	11	64,7
Perempuan	6	35,3
Pendidikan		
Ners	4	23,5
D3	13	76,5
Pengalaman bekerja diIGD		
1-5 tahun	8	47,1
6-20 tahun	5	29,5
21-28 tahun	4	23,6
Masa Kerja		
1-5 tahun	3	17.7
6-10 tahun	4	23,6
11-20 tahun	6	35,3
21-28 tahun	4	23,6

Tabel 2.1 Karakteristik responden (n=17)

Tabel 2.1 Karakteristik responden berdasarkan usia 24-35 tahun lebih banyak yaitu 10 responden (59 %), jenis kelamin laki-laki lebih dominan yaitu 11 responden (64,7 %), Pendidikan D3 lebih dominan sebanyak 13 responden (76,5 %), pengalaman bekerja di IGD yang terbanyak 1-5 tahun (47,1 %) dan masa kerja terbanyak 11-20 tahun yaitu 6 responden (23,6 %).

Tabel 2.2 Distribusi frekuensi berdasarkan Variabel independent dan dependent

Variabel	frekuensi	%
Tingkat Pengetahuan		
Kurang	0	0
cukup	13	76,5
Baik	4	23,5
Variabel	frekuensi	%
Penerapan triase		
Tepat	9	52,9
Tidak tepat	8	47,1

Tabel 2 Variabel (n=17)

Tabel 2 menunjukkan tingkat pengetahuan perawat adalah cukup dengan jumlah responden sebanyak 13 (76.5%) dan penerapan triase tepat sebanyak 9 responden (52,9 %), sedangkan penerapan triase tidak tepat sebanyak 8 responden (47.1%).

Tabel 2.3 Hubungan Tingkat Pengetahuan perawat dengan penerapan Triase di IGD RSUD Sleman.

Tingkat pengetahuan	Penerapan triase				P Value	
	Tepat		Tidak tepat		Total	
	n	%	n	%	n	%
cukup	5	29,4	8	47,1	13	76,5
Baik	4	23,5	0	0	4	23,5
Total	9	52,9	8	47,1	17	100
						0,031

Sumber data primer 2023

Tabel 2.3 menunjukkan bahwa dari 17 responden terdapat 13 responden (76,5%) dengan tingkat pengetahuan cukup, dengan penerapan triase tepat terdapat 5 responden (29,4%) dan yang melakukan penerapan triase tidak tepat 8 terdapat responden (47,1%) sedangkan responden dengan tingkat pengetahuan baik sebanyak 4 responden (23,5%) dan semua melakukan triase dengan tepat.

Berdasarkan uji independensi chi-square hasilnya menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan penerapan triase perawat IGD dengan nilai $p\text{-value}=0,031 < \alpha=0,05$. Adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan perawat terhadap penerapan triase menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan perawat maka berpeluang satu kali lebih baik melakukan triase dibanding perawat yang memiliki pengetahuan kurang.

Pengetahuan tentang cara melakukan triase di instalasi gawat darurat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan yang tepat pada pasien yang memerlukan perhatian segera serta memperhatikan komplikasi yang terjadi setelah dilakukan triase. Penerapan triase yang tepat dipengaruhi oleh beban kerja, keterampilan dan motivasi dari perawat IGD sebagai pelaksana. Selain itu IGD merupakan ruangan khusus dimana beban pekerjaan yang ditugaskan kepada perawat berbeda dengan yang ada di ruangan rawat inap pasien lainnya walaupun ada beberapa tindakan yang sama yang sering dilakukan perawat misalnya pasang infus dan injeksi yang bersifat rutinitas, tetapi seperti tindakan menjahit luka,

merawat luka, evakuasi korbal dan lainnya jarang dilakukan apalagi triase hanya dilakukan di ruang IGD ketika pasien pertama datang dalam keadaan gawat darurat, dan kondisi seperti ini mungkin sama sekali tidak pernah dilakukan diruang rawat inap.

F. Diskusi

Pengetahuan (knowledge) adalah kemampuan individu untuk mengingat kembali (*recall*) atau mengenali kembali nama, kata, inspirasi, rumus, dan sebagainya (Widyawati, 2020). Pengetahuan merupakan hasil dari mengetahui dan akan terjadi pada saat penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan diperoleh dari penginderaan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba (Pakpahan, 2021). Pengetahuan merupakan hasil "tahu" dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Agus, 2018). Pengetahuan seseorang yang semakin baik akan mempengaruhi dalam penerapan triase. Pengetahuan dalam melakukan triase berpengaruh terhadap pengambilan keputusan yang tepat apakah pasien tersebut perlu pertolongan segera atau tidak, dengan tetap memperhatikan kemungkinan komplikasi yang muncul setelah dilakukan triase. Seorang Perawat yang memiliki pengetahuan cukup masih pada tahap pemahaman (*comprehension*) dan bagi perawat dengan pengetahuan baik sudah pada tahap penerapan (*application*) dengan demikian masih perlu sosialisasi tentang triase antar perawat ruang IGD dan memperkenalkan SOP (*Standart Operating Procedure*) yang benar dan tepat atau jika perlu diadakan pelatihan tentang triase pada petugas IGD sehingga dapat memudahkan dalam mengaplikasian atau penerapan triase pada setiap kasus yang ada di IGD dan diharapkan dapat membantu pasien untuk mengurangi waktu tunggu.

G. Penutup

Sebagai kesimpulan dalam penelitian ini adalah peneliti menegaskan bahwa pentingnya pengetahuan perawat di IGD dalam menerapkan triase, karena pada prinsipnya triase adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk menentukan hal terbaik dalam menyelamatkan pasien meskipun memiliki sumber daya dan alat yang terbatas karena dampak dari proses penilaian triase yang tidak akuratan dapat mengakibatkan hasil klinis yang jelek bagi pasien, memanjangnya waktu pasien untuk mendapatkan perawatan, ketidakefisienan pada penggunaan sumber daya dan fasilitas yang akan meningkatkan angka mortalitas dan morbiditas pasien, serta adanya beberapa faktor lain dari pengetahuan yang bisa menjadi faktor dominan dalam mendukung pengambilan keputusan saat menentukan prioritas triase pada pasien, seperti pengalaman bekerja dan pendidikan juga turut menjadi pendukung dalam penerapan triase. Selain itu adanya keterbatasan yang dimiliki oleh peneliti pada saat proses pengambilan data, informasi yang diberikan responden melalui kuesioner terkadang tidak menunjukkan pendapat responden yang sebenarnya, hal ini terjadi karena kadang perbedaan pemikiran, anggapan dan pemahaman yang berbeda tiap responden. Dengan demikian kemungkinan adanya faktor lain seperti faktor kejujuran dalam pengisian pendapat responden dalam kuesionernya. Untuk mengetahui adanya faktor lain yang dapat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan perawat dalam penerapan triase diperlukan adanya penelitian lanjut agar menambah wawasan tentang hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dengan penerapan triase di IGD.

Referensi

- Asrullah, N. H., Plasay, M. & Malik, M. Z. 2019. "Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Penerapan Triage di IGD RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar".STIKES Panakukang Makassar
- Gurning, Yanty ., et al. "Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Petugas Kesehatan Igd terhadap Tindakan Triage Berdasarkan Prioritas." *Jurnal Online Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau*, vol. 1, no. 1, 28Feb. 2014, pp. 1-9
- Hammond, B. (2018). Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana Sheehy (A. K. Yanny Trisyani, Siwi Ikaristi Theresia, terjemahan). HIPGABI, AIPNI, AIPVIKI.Jakarta.
- Hendro, W. (2016). Penanggulangan penderita gawat darurat (Edisi IXT). Tim PUSBANKES 118-PERSI DIY
- Ikhsanto, jurusan teknik mesin L. N. (2020). metodologi penelitian. 21(1), 1–9.
- Martanti, R., Nofiyanto, M & Prasojo, J. 2015. "Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Keterampilan Petugas Dalam Pelaksanaan Triage DI Instalasi Gawat Darurat Wates". Media Ilmu Kesehatan Vol.No
- Notoatmodjo, S. 2018, Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta: Rineka Cipta
- Pakpahan, Martina, Siregar, Deborah, Susilawaty, Andi. (2021). *Promosi Kesehatan & Perilaku Kesehatan* (Cet. 1). : Yayasan Kita Menulis.
- Sugiyono. (2022). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Swarjana. (2022). Konsep Pengetahuan, sikap, prilaku, kecemasan, nyeri, dukungan sosial, kepatuhan, motivasi, kepuasan, Pandemi Covid-19, akses layanan, ANDI

(Anggota IKAPI). Yogyakarta

WHO. Definisi Rumah Sakit. World Health Organization. www.who.int- Diakses 10 Oktober 2023

Widyawati (2020) Buku Ajar Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Keperawatan.

Available at:

http://perpustakaan.bsm.ac.id/assets/files/buku_ajar_pendidikan_dan_promosi_kesehatan_buk_widya.pdf.

Glosarium

I

IGD : Unit Gawad Darurat

S

SOP : *Standart Operating Procedur*

T

TSQ : *Triage Skill Questionnaire*

TKQ : *Triage Knowledge Questionnaire*

W

WHO : World Health Organization

U

UGD : Unit Gawat Darurat

BAB 3

KEGAWATDARURATAN AKIBAT SENGATAN HEWAN LAUT BERBISA

Muthia Deliana

A. Pendahuluan

Kementerian Kesehatan republik Indonesia telah menginisiasi kegiatan transformasi kesehatan dengan 6 jenis transformasi yaitu transformasi layanan Primer, layanan Rujukan, sistem ketahanan kesehatan, sistem pembiayaan kesehatan, Sumber daya Manusia Kesehatan dan teknologi Kesehatan. Pada pilar pertama, transformasi layanan primer fokus utamanya salah satunya adalah meningkatkan kapasitas dan kapabilitas layanan primer dengan mendukung 18 program puskesmas salah satunya meliputi upaya pengobatan termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan dan upaya pembinaan pengobatan tradisional(Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Selain itu, terbitnya KepMenkes No. HK.01.07/MENKES/1332/2022 tanggal 8 Agustus 2022 mengharuskan upaya mencegah dan pengendalian penyakit akibat gigitan sengatan hewan laut dan tanaman beracun. Salah satu Pelayanan darurat karena kecelakaan adalah akibat sengatan/ gigitan hewan laut berbisa. Pelayanan darurat karena sengatan hewan laut adalah Pelayanan cepat yang diberikan kepada korban yang terkena sengatan hewan berbisa untuk mencegah kematian dan kecacatan. Kondisi sengatan hewan laut berbisa adalah kondisi kondisi kegawatdaruratan yang memerlukan penanganan medis cepat dan tepat agar tidak menyebabkan keparahan dan kematian. Penanganan alibta sengatan hewan laut , mempunyai penanganan tersendiri sesuai dengan jenis dari hewan laut tersebut (DAN World, 2021).

Angka kejadian sengatan hewan berbisa di Indonesia setiap tahun diperkirakan

sekitar 135.000 kasus berdasarkan laporan *Indonesia Toxinologi Society* dengan angka kematian 10% pertahun sepanjang 10 tahun terakhir. Data ini belum menggambarkan keadaan di lapangan dari para klinisi baik rumah sakit maupun puskesmas serta masyarakat karena belum terkumpul secara resmi di Kementerian Kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Sedangkan, kejadian kegawatdaruratan akibat sengatan hewan laut berbisa di wilayah kerja Puskesmas Kawal Kabupaten Bintan kepulauan Riau umumnya pada usia 26-45 tahun sejumlah 17 orang (44.73%), didominasi jenis kelamin laki-laki sejumlah 30 orang (78.95%), umumnya disebakan oleh sengatan Ikan seperti ikan lepu sejumlah 33 orang (86.84%) dan lebih banyak adalah wisatawan sejumlah 22 orang (57.89%) (Deliana et al., 2022). Hal lain yang menjadi perhatian adalah penanganan gigitan tidak terstandar dan *first aid* yang salah sehingga mengakibatkan kematian dan kecatatan yang sering terjadi. Saat ini pemerintah mencanangkan inovasi dalam penanganan akibat sengatan hewan laut berbisa dengan dibantu oleh pusat keracunan Indonesia yang akan dibuat dan dapat dikonsultasi oleh masyarakat dan medis secara daring dan dibantu orang-orang yang kompeten serta bersertifikasi sebagai ahli toksin, herpetology, ahli hewan berbisa serta identifikasi dan tatalaksana dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan hukum berdasarkan riset ilmiah yang telah dilakukan. Untuk itu perlu dilakukan peningkatan pengetahuan pada masyarakat terkait dengan Sengatan hewan laut berbisa dan penanganan yang tepat.

B. Sengatan Hewan laut Berbisa

Sengatan hewan laut (envenomasi/terkena bisa) adalah proses dimana bisa atau racun disuntikkan ke makhluk lain melalui gigitan, tusukan, atau sengatan. Sengatan terjadi karena kontak langsung dengan hewan (atau bagiannya seperti tentakel ubur-ubur yang melayang). Hewan dapat mengeluarkan racun melalui dua mekanisme yaitu mekanisme injeksi aktif dan pasif. Mekanisme injeksi aktif adalah mekanisme secara langsung oleh bagian tubuh hewan seperti ubur-ubur atau siput

kerucut. Sedangkan mekanisme injeksi pasif adalah terkena bagian tubuh yang di suntikkan belalui salah satu bagian tubuh yang beracun seperti lionfish atau bulu babi (DAN World, 2021).

C. Jenis Hewan Laut Berbisa dan Penanganannya

Contoh hewan laut berbisa dan penanganannya adalah (Kementerian Kesehatan RI, 2023):

1. Ubur -ubur

sengatan ubur-ubur di Indonesia umumnya berjenis ubur-ubur api dan ubur-ubur kotak. Sengatan terjadi setelah kontak dengan tentakel mulai dari beberapa menit sampai beberapa jam. Tanda gejala yang ditimbulkan tergantung pada jenis ubur -ubur tersebut. Umumnya tanda gejala yang timbul adalah Nyeri, rasa panas, Fase awal mulai dari terjadi urtikaria papula yang Nyeri, kulit kemerahan menjadi vesikular, berdarah, lesi nekrosis. Pada beberapa jenis yang lebih parah seperti Nyeri kepala, mual muntah, kaku otot, panas, gangguan pernafasan, parestesia, gagal jantunggagal ginjal akut sampai pada kematian. Penanganan awal yaitu melepaskan tentakel menggunakan pinset atau sarung tangan, siram dengan air laut dengan tekanan kuat untuk menghilangkan sisa nemocyst yang belum menembak, pemberian air hangat (42-45°C) dan pemberian larutan cuka 1: 4 pada tempat yang tersengat selama 20 samapai 40 menit. Peanganan lanjutan adalah terapi antivenom terutama ubur-ubur kotak seperti magnesium sulfat dan juga obat simtomatis untuk Nyeri serta merawat bekas sengatan (Manafe & Aziri, 2024). Tindakan Preventif yang bisa dilakuakn adalah menggunakan baju renang tertutup seluruh badan saat berenang, adanya papan peringatan, serta penyediaan larutan cuka sdi sepanjang pantai serta melakukan pelatihan pada petugas pantai, SAR dan Puskesmas. Hal yang harus di perhatikan dalammelepaskan tentakel adalah gunakan alat pelindung lainnya.



Gambar 3.1 Ubur-Ubur

<https://rimbakita.com/ubur-ubur/>

Gambar 3.2 Ikan batu/lepu

<https://www.vivofish.com/fish-names/>

2. Ikan Batu/ ikan Lepu (Stone fish)

Ikan batu/ ikan lepu memiliki efek venom berupa myotoksin, neurotoksin, cardiotoksin, dan necrosis. Tanda gejala adalah adanya blíster, luka nekrosis, bengkak Penanganan awal berupa pemberian air hangat (45^0C). sedangkan penanganan Lanjutan dapat diberikan pemberian analgetik, antibiotika dan antivenom.

3. Sponge

Apabila kontak dengan *Sponge* akan menyebabkan alergia tau dermatitis kontak iritan terutama apabila terkena ujung exoskeleton yang verada pada tubuh sponge. Tanda gejala pada fase local adalah panas, kemerahan, sensasi terbakar, bengkak dan vesikulasi. Sedangkan gejala sistemik jaramng terjadi. Penanganan awal yang dapat dilakukan adalah dengan dekontaminasi bagian yang kontak dengan air atau cairan infus, kemudian mengambil spikula dengan adhesiv tape dan bisa juga diberikan larutan cuka 5 %. Penanganan lanjutan dapat dilakukan sesuai dengan tanda gejala simptomatis, pemberian kortikosteroid topikal dan antihistamin.



Gambar 3.3 *Sponge*



Gambar 4.4 Bulu Babi

[tps://www.twowildhares.com/listing/277304280](https://www.twowildhares.com/listing/277304280) [https://northumberland.ac.uk/
/luxury-natural-sea-sponge-5-7](https://northumberland.ac.uk/luxury-natural-sea-sponge-5-7)

4. Bulu Babi (Sea urchins) dan Bintang laut (starfish)

Dua hewan laut berbisa ini dapat mengeluarkan racunnya jika terkena durinya (pedicelaria). Duri kedua hewan laut ini dapat menghasilkan racun yang cukup berbisa. Tanda gelala fase loka dari sengatan hewan ini adalah Nyeri mendadak, kemerahan, dan bengkak. Sedangkan tanda gejala fase sistemik akan terjadi mual muntah, Nyeri perut, paralysis, distrés pernafasan dan hipotensi. Penanganan awal yaitu mencabut duri, memberikan air hangat (42-45°C) selama 30 sampai 90 menit dan jika dipersendian dibutuhkan tindakan bedah karena jika tidak di keluarkan akan timbul granuloma. Terapi yang diberikan simtomatis.

5. Timun Laut (Sea cucumbers)

Timun laut dapat menyebabkan berbisa bila kita melakukan kontak langsung. Kontak ini dapat menyebabkan dermatitis kontak, jika terkena mata akan mengalami radang korne dan konjunktiva karena racun yang dikeluarkan timun laut ini beracun yaitu *holothurin A*. namun beberapa jenis timun laut tidak beracun bahkan dapat dikonsumsi. Penanganan yang dapat dilakukan berupa dekontaminasi dengan cairan pada regio yang kontak, jika mata maka lakukan irigasi dengan normal salin. Terapi kortikosteroid topikal dan antihistamin dapat diberikan setelah dilakukan penanganan awal.



Gambar 1.5 timun Laut

<https://www.canadajournal.net/science/researchers-discover-mechanisms-shape-shifting-sea-cucumbers-52178-2016/>



Gambar 1.6 Gurita cincin Biru

<https://www.detik.com/sulsel/berita/d-6637747>

6. Gurita cincin biru (Blue Ringed Octopus)

Gurita cincin biru adalah satu satunya cephalopoda yang berbahaya dan berukuran kecil. Gigitan gurita cincin biru bersifat neurotoksin berupa kesemutan, mati rasa, yang berkembang menjadi kelumpuhan bahkan kematian. Tanda gejala biasanya mulai dari parestesia pada bibir dan lidah, air liur berlebihan, disartria, kesulitan menelan, berkeringat, pusing sakit kepala, tremor kelumpuhan dan mempengaruhi kelemahan otot pernafasan. Hal inilah yang menyebabkan kematian. Penanganan dapat dilakukan dengan cara, membersihkan luka dengan air tawar, lakukan teknik mobilisasi tekan, lakukan evaluasi atas kegagalan pernafasan dengan bantuan nafas.

7. Siput laut

Siput laut mempunyai venon yang bersifat neurotoksin dengan melakukan injeksi dari *harpoon-like tooth*. Tanda gejala pada fase local berupa Nyeri, prestesi perioral dan peripheral. Pada fase sistemik, siput laut dapat mengakibatkan parálisis yang progresnya menyebabkan parálisis respiratori dan kematian. Serta juga *paralysis reversible*. Penatalaksanaan awal adalah *Pressue bandage immobilisasi*(PBI). Terapi simtomatis dan suportif dapat diberikan misalnya untuk suportif pada respirasi dan kardiovaskuler.

8. Ikan Pari (*StingRay*)

Ikan pari adalah ikan bertulang rawan dengan berbagai macam spesies didunia. Pada ekor ikan pari terdapat 2 pedikel berbentuk jarum yang tajam dan berisi mionekrosis sehingga bila menusuk thoraks dan abdomen akan sangat mematikan. Kasus kematian akibat sengatan pari paling banyak adalah karena minekrosis pada bagian tersebut. Tanda gejala local berupa laserasi dan Nyeri. Infeksi sekunder dan kematian jaringan pada otot (myonecrotik) pada jaringan yang terkena. Penanganan cabut duri yang menancap, dan pemberian air hangat (42-45°C) selama 30 sampai 90 menit dan membawa ke fasilitas kesehatan.



Gambar 3.7 Siput Laut



Gambar 3.8 Ikan Pari

9. Ikan berbisa lainnya

Ikan berbisa lainnya cukup banyak di Indonesia seperti ikan kalajengking, ikan sembilang, ikan batu, *lion fish* dan sebagainya. Semua ikan ini menyengat dengan durinya dan biasanya menyebabkan Nyeri yang terus menuerus dan meyebar ke bagian lain di seluruh tubuh. Luka sengatan dapat menjadi nekrosis atau terjadi infeksi sekunder. Pada ikan singa terjadi Nyeri ringan tetapi pada ikan kalajengking dapat terjadi Nyeri sedang hingga berat. Pada ikan batu bahkan dapat menyebabkan kematian. Tanda gejala sistemik adalah gangguan gastrointestinal, aritmia, Nyeri dada, bahkan kejang. Penatalaksanaan dapat

dilakukan dengan merawat luka, mengambil duri dan memberikan analgesik. Pada Nyeri yang lebih berat bisa diberikan anastesi local infiltasi yang dibutuhkan. Pemberian antitetanus dapat diberikan apabila tindakan aseptik. Penatalaksanaan awal dapat diberikan air hangat (42-45°C), kontrol perdarahan jika ada. Terapi apabila terdapat infeksi sekunder adalah pemberian antibiotik dan memberikan antivenom.

D. Peran Perawat dalam Sengatan Hewan laut berbisa

Undang-undang nomer 28 tentang Keperawatan tahun 2014 pasal 35 menyatakan dalam keadaan darurat untuk memberikan pertolongan pertama, perawat dapat melakukan tindakan medis dan pemberian obat sesuai dengan kompetensinya. Tujuan dalam pertolongan pertama ini adalah menyelamatkan klien dan mencegah kecacatan lebih lanjut berdasarkan evaluasi keilmuannya. Peran dan fungsi perawat dalam konsisi sengatan hewan laut berbisa (Perawat & Indonesia, 2013) adalah:

1. Sebagai Care provider/ pemberi pelayanan/ asuhan keperawatan: perawat menerapkan keterampilan berfikir kritis dan pendekatan sistem untuk penyelesaian masalah serta pembutan keputusan keperawatan dalam konteks pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif dan holistik berlandaskan etik profesi dan aspek legal. Contohnya melakukan *triage* mengkaji dan menetapkan prioritas. Perawat yang melakukan triage adalah perawat yang memiliki kualifikasi dan spesialis keperawatan gawatdarurat dengan kebijakan instansi tertentu, Mengkaji dan memberikan asuhan keperawatan dalam semua kondisi (Arnas et al., 2024).
2. Sebagai Manager atau pengelola: mengaplikasikan kepemimpinan dan managemen keperawatan dalam asuhan keperawatan. Contohnya memberikan dukungan psikologis terhadap pasien dan keluarga, Memfasilitasi dukungan spiritual, mengkoordinasikan berbagai pemeriksaan diagnostik (Ardiyani, 2015),

Mendokumentasikan, mengkoordinasikan dengan tim medis lain baik pelayanan rujukan , koordinasi dan pelaporan dan lainnya.

3. Pendidik (educator): mendidik kline dan keluarga serta masyarakat yang menjadi tanggung jawabnya. Contohnya memberikan Penyuluhan tentang bahaya hewan laut berbisa dan penanganan awal yang dapat dilakukan
4. Sebagai Pemimpin Kelompok: menjalankan kepeemimpinan di berbagai komunitas profesi maupun komunitas sosial. Contohnya bekerjasama dengan profesi lain untuk menangani pasien dengan sengatan hewan lau dan melaporkan sebagai kejadian ke pihak terkait.

E. Asuhan Keperawatan Gawat Darurat akibat sengatan hewan Laut Berbisa

Asuhan Keperawatan yang dapat ditegakkan pada kasus akibat sengatan hewan laut berbisa mengacu kepada asuhan keperawatan gawat darurat. Asuhan keperawatan yang ditegakkan dipengaruhi oleh kondisi kegawatdaruratan yang serikali tidak diprediksi baik kondisi maupun jumlah pasien, sumber daya dan waktu yang tersedia, serta adanya saling ketergantungan antara satu dengan yang lain antar profesi Kesehatan. Keperawatan ini diberikan untuk semua usia dengan cepat dan ketepatan yang tinggi (Fathonah et al., 2023).5 langkah prosedur keperawatan yang berpusat pada klien mencakup pengkajian, diagnose, intervensi implementasi dan evaluasi keperawatan (toney-butler & thayer 2024 dalam (Rosyanti et al., 2024)). Dalam pengkajian pemeriksaan fisik merupakan hal yang pandasar dengan menilai kondisi pasien melalui semua indra manusia. Tujuannya untuk mengumpulkan informasi langsung tentang kondisi pasien menggunakan berbagai observasi dan pengukuran. Pengkajian pendekatan *primary survey* dilakukan dengan pendekatan A-B-C (airway, breathing dan circulating) dengan memperhatikan proteksi diri penolong termasuk lingkungan, dilanjutkan dengan D-E-F-G-H (*disability, exposure, folly kateter-gastric Tube-heart monitor*). Hal yang menjadi perhatian lainnya pada saat pengkajian adalah pengkajian tingkat kesadara pasien. Pasien dengan sengatan hewan laut berbisa pada fase sistemik dapat terjadi kegagalan nafas, kardiovaskuler

dan laiinya yang dapat menghilangkan kesadaran pasien(Rosyanti et al., 2024).

Diagnosa keperawatan tidak hanya terfokus pada satu masalah, namun dapat muncul masalah dan komplikasi lain. Masalah yang umum terjadi akibat sengatan hewan laut berbisa adalah nyeri, kecemasan, pola nafas, gangguan integritas kulit/jaringan, pola nafas tidak efektif, penurunan curah jantung, perfusi perifer tidak efektif dan resiko infeksi.

Perencanaan bertujuan untuk menyelamatkan nyawa dan meminimalkan kecacatan. Perawat harus dapat menangani kondisi ini dengan sistematis, cepat, tepat dan stabil dengan didukung sarana prasarana dan system kerja yang efisien.

F. Kesalahan dalam Penanganan dan pencegahan

Dalam melakukan pertolongan awal banyak terjadi kesalahan dalam penanganan awal itu. Beberapa contoh kesalahan penanganan awal ini adalah

1. Pemberian air seni/air urine
2. Memberikan odol pada luka sengatan
3. Mencabut tentakel dari ubur-ubur dan ikan pari tanpa menggunakan pelindung
4. Menggunakan obat atau ramuan tradisional yang akan meningkatkan infeksi pada luka (deliana, dkk)
5. Menggunakan obat oral tanpa indikasi dari dokter (Deliana et al., 2023)

Sedangkan pencegahan yang dapat dilakukan adalah:

1. Memberikan Pengetahuan pada masyarakat dengan berbagai media untuk menumbuhkan kesadaran tentang perlunya penanganan yang tepat dan cepat terhadap akibat sengatan hewan laut berbisa(Delianea et al., 2024).
2. Penggunaan baju renang yang menutup seluruh tubuh
3. Berikan tanda peringatan pada pantai yang ada ubur-ubur
4. Pemasangan tonggak cuka di sepanjang pantai yang mempunyai ubur-ubur
5. Jangan menggosok bagian yang terkena sengatan hewan laut

6. Hindari membuang tentakel pada ubur-ubur dan duri ikan pari tanpa alat pelindung
7. Hindari bermain pada botol, atau wadah yang menjadi tempat sembunyi hewan laut berbisa

G. Pembuatan Larutan Cuka 5%

Salah satu penanganan pada keadaan darurat akibat sengatan hewan laut berbisa adalah dengan pembuatan larutan Cuka 5% (Welembuntu & Gobel, 2023). Pada umumnya larutan cuka makan yang beredar dipasaran adalah cuka yang mengandung asam asetat 25%. Dimana harus dilakukan pengenceran dengan air menjadi asam asetat 5%. Cara pembuatannya larutan cuka ini adalah

1. Siapkan larutan cuka masak atau asam asetat 25% atau cuka dapur yang ada di rumah
2. Encerkan larutan cuka menjadi 5% dengan cara campurkan cuka dengan air dalam perbandingan 1:4. Satu bagian cuka dengan 4 bagian air.
3. Balurkan larutan encer tersebut pada bagian tubuh yang disengat hewan laut selama 30 detik di biarkan atau sesuai dengan jenis sengatan hewan laut.

H. Perendaman dengan air Hangat

Perendaman dengan air panas memiliki 2 tujuan yaitu dapat menutupi persepsi Nyeri dan dapat membantu dalam termólisis. Racun yang disengatkan kepada manusia merupakan protein yang telah diinokulasi secara dangkal, aplikasi panas dapat membantu dengan mendenaturasi toksin. Cara yang dapat dilakukan adalah (DAN World, 2021)

1. Ambil air hangat/panas yang dapat di toleransi pada suhu 24°C -25°C
2. Lakukan pengecekan pada bagian tubuh penolong dengan menggunakan air terpanas yang dapat ditoleransi tanpa menyebabkan kulit melepuh bila tidak ada pengatur suhu.

3. Ujilah air pada área/bagian tubuh yang sama yang tidak terkena sengatan karena área tubuh yang berbeda kadang memiki toleransi yang berbeda
4. Lakukan perendaman dan ulangi selama 30 hingga 90 menit.
5. Jangan mengandalkan penilaian korban karena rasa sakit hebat dapat mengganggu kemampuan untuk evaluasi panas.

I. *Pressue Bandage Immobilisasi (PBI).*

Pressure Bandage immobilisation (Australian Venom research Unit, 2007) adalah perawatan pertolongan pertama yang dilakukan dengan cara mengganggu aliran getah bening di seluruh tubuh sehingga dapat mencegah penyebaran racun ke seluruh tubuh. Menurut (Australia Wide First Aid, 2022), getah bening adalah cairan bening hingga putih yang bergerak dari jaringan tubuh ke aliran darah, cara ini dilakukan dengan menekan pembuluh getah bening dengan mencegah gerakan anggota tubuh yang terkena. Metode ini di rekomendasikan untuk mengobati gigitan dan sengatan hewan berbisa seperti ular, lana-laba Australia, gurita cincin dan siput laut, namun tidak disarankan pada sengatan ubur-ubur dan ikan batu. Selain itu, metode ini juga terbukti dapat mengulur waktu untuk ke bantuan medis lanjutan. Cara dan prinsip penerapan Metode BIP:

1. Pastikan korban dalam keadaan diam untuk memperlambat penyebaran racun ke seluruh tubuh
2. Perhatikan kondisi pasien bila membutuhkan CPR
3. Jika korban tersengat pada anggota badan, letakkan perban belbar dan beri tekanan di tempat gigitan sesegera mungkin. Disarankan agar menggunakan perban elastis (lebar 10-15 Cm), jika tidak ada bisa gunakan pakaian atau bahan lainnya.
4. Kencangkan perban namun tidak sampai menghentikan sirkulasi cukup kencang agar tidak mudah menggeser berban dan kulit.
5. Untuk lebih mambantu aliran limfatik dan mempertahankan anggota tubuh, gunakan perban tekanan kedua. Mulai dari jari kaki (ujung distal) yang digigit dan

memanjang keatas dan tutupi anggota tubuh sebanyak mungkin. Perhatikan untuk menandai área gigitan dengan pena tau alat lainnya.

6. Gunakan balat kayu ke anggota tubuh untuk menfiksasi sendi di kedua sisi gigitan dan membatasi gerakan. Belat dapat di buat dari bahan yang kaku seperti cabang pohon, gulungan koram dan dapat dimasukkan di bawah lapisan perban. Gigitan pada lengan dapat dilakukan dengan gendongan.

Hal yang harus diperhatikan adlah gigitan tidak pada área anggota tubuh tidak dapat dilakukan dengan BIP. Jika hanya ada satu perban yang tersedia, dapat dimulai tepat di bawah área yang digigit dan melilitkan perban sejauh mungkin ke atas anggota tubuh (*Australia Wide First Aid*, 2022).

J. Penutup

Penanganan Kegawatdaruratan akibat sengatan hewan laut berbisa sangat perlu dilakukana dengan cepat, tepat untuk menekan kematian dan meminimalisir kecacatan. Penanganan yang dilakukan tergantung pada jenis dari hewan laut berbisa tersebut. Pada umumnya penanganan dapat dilakukan dengan menyiram dengan latutan cuka 5%, merendam dengan air hangat di suhu 34-35°C, dan memberikan penekanan diarea yang tersengat untuk mencegah penyebaran racun. Selain itu juga perlu terapi simtomatis dalam melakukan penanganannya. Perlunya peningkatan pengetahuan pada Masyarakat merupakan hal utama untuk meningkatkan kesadaran Masyarakat terkait pencegahan dan penanganan awal dalam menurunkan angka kejadian sengatan hewan laut berbisa baik sebagai penduduk di area pesisir, wisatawan dan petugas Pantai, SAR dan masyarakat umum lainnya.

Referensi

- Ardiyani, V. M. (2015). ANALISIS PERAN PERAWAT TRIAGE TERHADAP WAITING TIME DAN LENGTH OF STAY PADA RUANG TRIAGE DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT dr SAIFUL ANWAR MALANG. *Care: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 3(1), 39–50.
- Arnas, E., Januarista, A., & Rahman, A. (2024). HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN PERAN PERAWAT SEBAGAI CARE GIVER TERHADAP PENANGANAN PASIEN GAWAT DARURAT GANGGUAN SISTEM KARDIOVASKULER. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(3), 9207–9221.
- Australia Wide First Aid. (2022). Pressure Immobilisation Technique. Australia Wide First Aid.
- Australian Venom research Unit. (2007). 2.2-factsheet_pib_AVRU_290916. https://biomedicallsciences.unimelb.edu.au/_data/ass
- DAN World. (2021). Kehidupan laut Berbahaya, BAB I Envinomasi. DAN, Inc.
- Deliana, M., Pusparianda, D., & Gusrianti, E. (2024). THE EFFECTIVENESS OF THE BOOKLET ON HANDLING EMERGENCIES DUE TO STINGS FROM VENOMOUS MARINE ANIMALS ON TOURISTS AT TRIKORA BEACH, BINTAN REGENCY. *International Journal of Social Science*, 3(5), 681–686.
- Deliana, M., Pusparianda, D., & Putri, R. N. (2023). The Experience of Marine Tribe Communities Regarding Handling Emergencies Due to Venomous Marine Animal Strings on The Coast of Bintan Regency, Riau Islands. *JURNAL KEPERAWATAN DAN FISIOTERAPI (JKF)*, 6(1), 100–108.
- Deliana, M., Pusparianda, D., & Y Silalahi, S. N. (2022). Kejadian Kegawatdaruratan Akibat Sengatan Hewan Laut Berbisa di Kabupaten Bintan Kepulauan Riau.

Jurnal Ilmiah JKA (Jurnal Kesehatan Aeromedika), 8(2), 60–63.
<https://doi.org/10.58550/jka.v8i2.155>

Fathonah, S., Sasmito, P., Achmad, V. S., Ifadah, E., Erwinskyah, E., Ose, M. I., Margono, M., Buka, S. P. Y., Widjastuti, M., & Juwariyah, S. (2023). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

Kementerian Kesehatan RI. (2023). Buku Pedoman Penanganan Hewan Berbisa dan Tumbuhan. Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

Kementerian Kesehatan RI. (2024, September 26). TRANSFORMASI KESEHATAN INDONESIA. Kementerian Kesehatan RI.
<https://www.kemkes.go.id/id/layanan/transformasi-kesehatan-indonesia>

Manafe, C. J. W., & Aziri, Z. V. (2024). Envenomation by Dangerous Jellyfish in Indonesia and Adjacent Areas: A Literature Review. *Jurnal Biologi Tropis*, 24(4), 72–80.

Perawat, P., & Indonesia, N. (2013). STANDAR KOMPETENSI PERAWAT INDONESIA.

Rosyanti, L., Amandaty, S. P., Tahir, R., Hadi, I., & Nurdin, N. (2024). Asuhan keperawatan Gawat darurat (A. B. Birawadi & M. saranani, Eds.; 1st ed., Vol. 1). Eureka Media Aksara.

Welembuntu, M., & Gobel, I. (2023). PENATALAKSANAAN GIGITAN BINATANG LAUT PADA MASYARAKAT PESISIR DI DAERAH KEPULAUAN SANGIHE-SULAWESI UTARA. *Jurnal Ilmiah Tatengkorang*, 7(1), 17–22.

Glosarium

A

A-B-C : *Airway-Breathing-Circulating*

C

CPR : adalah *Cardiopulmonary Resusitation*

P

PBI : adalah *Presssure bandage immobilisasi*

Profil Penulis



Tri Susilo, S.Kep. Ns. M.Kep. Lahir di Sragen, 02 April 1981. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu berawal dari jenjang D 3 Keperawata lulus tahun 2003, dilanjutkan program S1+Ners pada Program Studi Keperawatan, STIKES Ngudi Waluyo tahun lulus 2009. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 keperawatan pada Universitas Diponegoro dan lulus tahun pada tahun 2019. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2003 Pegawai magang DI RSDK Semarang selama 6 bulan, Tahun 2003 Menjadi Asisten Dosen Lab skil Di AKPER Ngudi Waluyo Ungaran, Tahun 2009 Menjadi Dosen tetap Di Prodi D 3 Keperawatan Universitas Ngudi Waluyo sampai sekarang di samping mengajar di kampus penulis juga terlibat dalam mengelola salah satu klinik pratama di kab. semarang. Saat ini penulis bekerja di Universitas UNW mengampu mata kuliah Keperawatan Medikal bedah, Keperawatan gadar, Keperawatan Jiwa. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku pengayaan ukomnas, publikasi, seminar, Penulis juga aktif dalam kegiatan seminar ilmiah dan workshop sebagai penunjang keilmuan, Penulis tercatat aktif sebagai narasumber/fasilitator dan pengendali pelatihan di Medical Service Training 119. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: trisusilopandoyo@gmail.com

Motto: "Living your life well" (urip iku urup)



Nur Yeti syarifah, S.Kep, Ns.M.Med. Ed Lahir di Sumenep tanggal 06 Agustus 1980. Lulus D3 Keperawatan pada tahun 2002 dari Akademi Keperawatan Islam Sultan Agung Semarang, kemudian bekerja dan melanjutkan S1 Keperawatan serta Profesi Ners lulus pada tahun 2007 dari Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, selanjutnya melanjutkan pendidikan S2 Ilmu Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan dari Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Lulus pada tahun 2013. Menjadi dosen keperawatan sejak tahun 2006. Saat ini penulis bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wira Husada Yogyakarta, mengampu mata kuliah Ilmu Dasar Keperawatan, Ilmu Biomedik Dasar, Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku *Standar Operating Prosedur* keperawatan Gawat Darurat, Keperawatan Kritis, serta Buku Ajar lainnya, selain itu penulis juga Aktif dalam menulis Soal-soal Uji Kompetensi Ners, saat ini jumlah publikasi karya yang dihasilkan berkisar 55 Publikasi Penelitian, Penulis juga aktif dalam kegiatan seminar ilmiah dan workshop sebagai penunjang keilmuan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: nuryeti_syarifah@yahoo.co.oid

Motto: Kegagalan hanyalah beban dalam pikiran, tapi, takut mencoba adalah beban seumur hidup, hidup terus berkarya maju tanpa melihat kebelakang.

Profil Penulis



Ns. Muthia Deliana, S.Kep., M.Kep. Lahir di Medan, 10 Agustus 1987. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 dan Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Riau tahun 2005 lulus tahun 2010. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Sumatera Utara dan lulus tahun 2019 dengan peminatan Keperawatan medikal bedah. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2010 Menjadi staf Laboratorium Keperawatan di Akademi Keperawatan Riau prodi DIII Keperawatan Tanjungpinang. Saat ini penulis bekerja sebagai staf dosen di Poltekkes Kemenkes Tanjungpinang mengampu mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, Kesehatan Matra Laut, Biomedik dan Patofisiologi dan lainnya. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi dan organisasi Keperawatan seperti DPD PPNI Kota Tanjungpinang dan DPW HPMI Kepulauan Riau. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: muthia@poltekkes-tanjungpinang.ac.id.

Motto: "Naiklah keatas tanpa menjatuhkan orang lain"

SINOPSIS BUKU

Buku **Keterampilan Klinik Basic Life Support Pada Tataran Klinis Dan Kehidupan Sehari-Hari** merupakan panduan komprehensif yang disusun sesuai dengan kurikulum pendidikan keperawatan di Indonesia. Dengan penekanan pada keterampilan praktis dan pemahaman yang mendalam, buku ini dirancang untuk membekali tenaga kesehatan keperawatan dan masyarakat umum dengan pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk menghadapi kondisi kritis dengan profesionalisme dan keahlian yang tinggi.

Isi buku meliputi: BAB I Konsep keperawatan gawat darurat; BHD bagian kompetensi PMR ini merupakan acuan bagi anggota Palang Merah Remaja pada saat melaksanakan praktik Pertolongan pertama pada kondisi gawat darurat di lingkungan sekolah dan sekitarnya untuk mencapai kompetensi yang diharapkan. Buku pemahaman BHD pada masyarakat umum ini dirancang untuk memenuhi kebutuhan siswa Palang Merah Remaja (PMR) dalam proses pembelajaran praktik pertolongan pertama pada kondisi gawat darurat.

BAB II; Triage; pentingnya pengetahuan perawat di IGD dalam menerapkan triase, karena pada prinsipnya triase adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk menentukan hal terbaik dalam menyelamatkan pasien meskipun memiliki sumber daya dan alat yang terbatas karena dampak dari proses penilaian triase yang tidak akuratan dapat mengakibatkan hasil klinis yang jelek bagi pasien, memanjangnya waktu pasien untuk mendapatkan perawatan, ketidakefisienan pada penggunaan sumber daya dan fasilitas yang akan meningkatkan angka mortalitas dan morbiditas pasien, serta adanya beberapa faktor lain dari pengetahuan yang bisa menjadi faktor dominan dalam mendukung pengambilan keputusan saat menentukan prioritas triase pada pasien, seperti pengalaman bekerja dan pendidikan juga turut menjadi pendukung dalam penerapan triase.

BAB III kegawat daruratan sengatan hewan berbisa dankeracunan, Penanganan Kegawatdaruratan akibat sengatan hewan laut berbisa sangat perlu dilakukan dengan cepat, tepat untuk menekan kematian dan meminimalisir kecacatan. Penanganan yang dilakukan tergantung pada jenis dari hewan laut berbisa tersebut. Pada umumnya penanganan dapat dilakukan dengan menyiram dengan latutan cuka 5%, merendam dengan air hangat di suhu 34-35°C, dan memberikan penekanan diarea yang tersengat untuk mencegah penyebaran racun. Selain itu juga perlu terapi simtomatis dalam melakukan penanganannya. Perlunya peningkatan pengetahuan pada Masyarakat merupakan hal utama untuk meningkatkan kesadaran Masyarakat terkait pencegahan dan penanganan awal dalam menurunkan angka kejadian sengatan hewan laut berbisa baik sebagai penduduk di area pesisir, wisatawan dan petugas Pantai, SAR dan masyarakat umum lainnya.

Buku ini ditujukan bagi mereka yang tertarik pada penanganan keadaan darurat dalam dunia perawatan, termasuk calon perawat, mahasiswa, masyarakat umum, penulis, dosen, serta akademisi lainnya. Isinya membahas langkah-langkah awal yang harus diambil oleh perawat dalam menangani pasien yang mengalami keadaan darurat, baik itu korban bencana atau pasien yang datang ke rumah sakit. Selain itu, buku ini dirancang untuk memberikan panduan kepada perawat dalam melakukan tindakan penyelamatan dengan cepat, tepat, dan komprehensif

Buku Keterampilan Klinik Basic Life Support Pada Tataran Klinis Dan Kehidupan Sehari-Hari merupakan panduan komprehensif yang disusun sesuai dengan kurikulum pendidikan keperawatan di Indonesia. Dengan penekanan pada keterampilan praktis dan pemahaman yang mendalam, buku ini dirancang untuk membekali tenaga kesehatan keperawatan dan masyarakat umum dengan pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk menghadapi kondisi kritis dengan profesionalisme dan keahlian yang tinggi.

Isi buku meliputi: BAB I Konsep keperawatan gawat darurat; BHD bagian kompetensi PMR ini merupakan acuan bagi anggota Palang Merah Remaja pada saat melaksanakan praktik Pertolongan pertama pada kondisi gawat darurat di lingkungan sekolah dan sekitarnya untuk mencapai kompetensi yang diharapkan. Buku pemahaman BHD pada masyarakat umum ini dirancang untuk memenuhi kebutuhan siswa Palang Merah Remaja (PMR) dalam proses pembelajaran praktik pertolongan pertama pada kondisi gawat darurat.

BAB II; Triage; pentingnya pengetahuan perawat di IGD dalam menerapkan triase, karena pada prinsipnya triase adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk menentukan hal terbaik dalam menyelamatkan pasien meskipun memiliki sumber daya dan alat yang terbatas karena dampak dari proses penilaian triase yang tidak akuratan dapat mengakibatkan hasil klinis yang jelek bagi pasien, memanjangnya waktu pasien untuk mendapatkan perawatan, ketidakefisienan pada penggunaan sumber daya dan fasilitas yang akan meningkatkan angka mortalitas dan morbiditas pasien, serta adanya beberapa faktor lain dari pengetahuan yang bisa menjadi faktor dominan dalam mendukung pengambilan keputusan saat menentukan prioritas triase pada pasien, seperti pengalaman bekerja dan pendidikan juga turut menjadi pendukung dalam penerapan triase.

BAB III kegawat daruratan sengatan hewan berbisa dankeracunan, Penanganan Kegawatdaruratan akibat sengatan hewan laut berbisa sangat perlu dilakukan dengan cepat, tepat untuk menekan kematian dan meminimalisir kecacatan. Penanganan yang dilakukan tergantung pada jenis dari hewan laut berbisa tersebut. Pada umumnya penanganan dapat dilakukan dengan menyiram dengan latutan cuka 5%, merendam dengan air hangat di suhu 34-35oC, dan memberikan penekanan diarea yang tersengat untuk mencegah penyebaran racun. Selain itu juga perlu terapi simtomatis dalam melakukan penanganannya. Perlunya peningkatan pengetahuan pada Masyarakat merupakan hal utama untuk meningkatkan kesadaran Masyarakat terkait pencegahan dan penanganan awal dalam menurunkan angka kejadian sengatan hewan laut berbisa baik sebagai penduduk di area pesisir, wisatawan dan petugas Pantai, SAR dan masyarakat umum lainnya.

Buku ini ditujukan bagi mereka yang tertarik pada penanganan keadaan darurat dalam dunia perawatan, termasuk calon perawat, mahasiswa, masyarakat umum, penulis, dosen, serta akademisi lainnya. Isinya membahas langkah-langkah awal yang harus diambil oleh perawat dalam menangani pasien yang mengalami keadaan darurat, baik itu korban bencana atau pasien yang datang ke rumah sakit. Selain itu, buku ini dirancang untuk memberikan panduan kepada perawat dalam melakukan tindakan penyelamatan dengan cepat, tepat, dan komprehensif

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 978-634-7097-55-2



9 78634 097552