

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Puskesmas

1. Definisi Puskesmas

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, 2014).

2. Kategori Puskesmas

Berdasarkan karakteristik wilayah kerja puskesmas, Permenkes No 75 tahun 2014 menentukan tiga kategori puskesmas, yaitu puskesmas perkotaan, puskesmas kawasan pedesaan, dan puskesmas kawasan terpencil. Sedangkan berdasarkan kemampuan penyelenggaraannya, puskesmas di bedakan menjadi:

- a. Puskesmas non rawat inap, yaitu puskesmas yang tidak menyelenggarakan pelayanan rawat inap kecuali pertolongan persalinan normal.

- b. Puskesmas rawat inap, yaitu puskesmas yang di beri tambahan sumber daya untuk menyelenggarakan rawat inap, sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan

3. Tugas dan Fungsi Puskesmas

Berdasarkan Permenkes No 75 Tahun 2014 tentang pusat kesehatan Masyarakat, Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugas tersebut, Puskesmas menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- b. Penyelenggaraan UKP (Upaya Kesehatan Perseorangan) tingkat pertama di wilayah kerjanya.

A. Konsep Kegawatdaruratan

1. Definisi Kegawatdaruratan

Gawat artinya mengancam nyawa, sedangkan darurat adalah perlu mendapatkan penanganan atau tindakan segera untuk menghilangkan ancaman nyawa korban. Jadi, gawat darurat adalah keadaan yang mengancam nyawa yang harus dilakukan tindakan segera untuk menghindari kecacatan bahkan kematian korban (Hutabarat & Putra, 2016). Situasi gawat darurat tidak hanya terjadi akibat lalu lintas jalan raya yang sangat padat saja, tapi juga dalam lingkup keluarga dan perumahan

pun sering terjadi. Misalnya, seorang yang habis melakukan olahraga tiba-tiba terserang penyakit jantung, seorang yang makan tiba-tiba tersedak, seorang yang sedang membersihkan rumput di kebun tiba-tiba digigit ular berbisa, dan sebagainya. Semua situasi tersebut perlu diatasi segera dalam hitungan menit bahkan detik, sehingga perlu pengetahuan praktis bagi semua masyarakat tentang pertolongan pertama pada gawat darurat. Pertolongan pertama pada gawat darurat adalah serangkaian usaha-usaha pertama yang dapat dilakukan pada kondisi gawat darurat dalam rangka menyelamatkan pasien dari kematian (Sutawijaya, 2009).

2. Tujuan pelayanan gawat darurat

Kondisi gawat darurat dapat terjadi dimana saja, baik pre hospital maupun in hospital ataupun post hospital, oleh karena itu tujuan dari pertolongan gawat darurat ada tiga yaitu:

a. Pre Hospital

Rentang kondisi gawat darurat pada pre hospital dapat dilakukan orang awam khusus ataupun petugas kesehatan diharapkan dapat melakukan tindakan penanganan berupa:

- 1) Menyingkirkan benda-benda berbahaya di tempat kejadian yang berisiko menyebabkan jatuh korban lagi, misalnya pecahan kaca yang masih menggantung dan lain-lain.
- 2) Melakukan triase atau memilih dan menentukan kondisi gawat darurat serta memberikan pertolongan pertama sebelum petugas kesehatan yang lebih ahli datang untuk membantu

- 3) Melakukan fiksasi atau stabilisasi sementara
- 4) Melakukan evakuasi yaitu korban dipindahkan ke tempat yang lebih aman atau dikirim ke pelayanan kesehatan yang sesuai kondisi korban
- 5) Mempersiapkan masyarakat umum khusus dan petugas kesehatan melalui pelatihan siaga terhadap bencana

b. In Hospital

Kondisi gawat darurat in hospital dilakukan tindakan menolong korban oleh petugas kesehatan. Tujuan pertolongan di rumah sakit adalah:

- 1) Memberikan pertolongan profesional kepada korban bencana sesuai dengan kondisinya
- 2) Memberikan Bantuan Hidup Dasar (BHD) dan Bantuan Hidup Lanjut (BHL)
- 3) Melakukan stabilisasi dan mempertahankan hemodinamika yang akurat
- 4) Melakukan rehabilitasi agar produktifitas korban setelah kembali ke masyarakat setidaknya setara bila dibanding bencana menimpanya
- 5) Melakukan pendidikan kesehatan dan melatih korban mengenali kondisinya dengan segala kelebihan yang dimiliki

c. Post Hospital

Kondisi gawat darurat post hospital hampir semua pihak menyatakan sudah tidak ada lagi kondisi gawat darurat padahal kondisi gawat

darurat ada yang terjadi setelah diberikan pelayanan di rumah sakit, contohnya korban perkosa. Korban perkosa mengalami gangguan trauma psikis yang mendalam seperti, merasa tidak berharga, harga diri rendah, sehingga mengambil jalan pintas dengan mengakhiri hidupnya sendiri. Tujuan diberikan pelayanan dalam rentang post hospital adalah:

- 1) Mengembalikan rasa percaya diri pada korban
- 2) Mengembalikan rasa harga diri yang hilang sehingga dapat tumbuh dan berkembang
- 3) Meningkatkan kemampuan bersosialisasi pada orang-orang terdekat dan masyarakat yang lebih luas
- 4) Mengembalikan pada permanen sistem sebagai tempat kehidupan nyata korban
- 5) Meningkatkan persepsi terhadap realitas kehidupannya pada masa yang akan datang (Hutabarat & Putra, 2016).

B. Konsep Perawat

1. Definisi Perawat

Perawat adalah orang yang memberikan pelayanan/asuhan keperawatan berdasarkan data hasil pengkajian sampai pada evaluasi hasil baik medik maupun bio-psikososio-spiritual (Gita, 2019)

2. Peran Perawat

Perawat kontemporer menjalankan fungsi dalam kaitannya dalam berbagai peran pemberi perawatan, pembuatan keputusan klinik dan etika,

pelindung dan advokat bagi klien, menejer kasus, rehabilitator, pembuat kenyamanan, komunikator dan penyuluh (Gita, 2019).

a. Pemberi perawatan

Sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses penyembuhan. Proses penyembuhan lebih dari sekedar sembuh dari penyakit tertentu, sekalipun ketrampilan tindakan yang meningkatkan kesehatan fisik merupakan hal penting bagi pemberi asuhan. Perawat memfokuskan asuhan pada kebutuhan kesehatan klien secara holistik, meliputi upaya mengembalikan kesehatan emosi, spiritual, dan sosial.

b. Pembuat keputusan

Untuk memberikan perawatan yang efektif, perawat menggunakan keahliannya berpikir kritis melalui proses keperawatan. Sebelum mengambil tindakan keperawatan, baik dalam pengkajian kondisi klien, pemberian perawatan, dan mengevaluasi hasil, perawat menyusun rencana tindakan dengan menetapkan pendekatan terbaik bagi setiap klien. Perawat membuat keputusan itu sendiri atau berkolaborasi dengan klien dan keluarga.

c. Pelindung dan Advokat klien

Sebagai pelindung perawat membantu mempertahankan lingkungan yang aman bagi klien dan mengambil tindakan untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan melindungi klien dari kemungkinan efek yang tidak diinginkan dari suatu tindakan diagnostik atau pengobatan.

Dalam menjalankan perannya sebagai advokat, perawat melindungi hak klien sebagai manusia dan secara hukum, serta membantu klien dalam menyatakan hak-haknya bila dibutuhkan. Sebagai contoh perawat memberikan informasi tambahan bagi klien yang sedang berusaha untuk memutuskan tindakan yang terbaik baginya

d. Manejer kasus

Sebagai manajer kasus, perawat mengoordinasi aktivitas anggota tim kesehatan lain, misalnya ahli gizi dan ahli terapi fisik, ketika mengatur kelompok yang memberikan perawatan pada klien. Selain itu perawat juga mengatur waktu kerja dan sumber yang tersedia di tempat kerjanya. Berkembangnya model praktik memberikan perawat kesempatan untuk membuat pilihan jalur karir yang ingin ditempuhnya. Adanya berbagai tempat kerja, perawat dapat memilih antara peran sebagai manajer asuhan keperawatan atau sebagai perawat asosiat yang melaksanakan keputusan manajer.

e. Rehabilitator

Rehabilitator merupakan proses dimana individu kembali ke tingkat fungsi maksimal setelah sakit, kecelakaan, atau kejadian yang menimbulkan ketidakberdayaan lainnya. Seringkali klien mengalami gangguan fisik dan emosi yang mengubah kehidupan mereka dan perawat membantu klien beradaptasi semaksimal mungkin dengan keadaan tersebut.

f. Pemberi kenyamanan

Peran sebagai pemberi kenyamanan, merawat klien sebagai seorang manusi, merupakan peran tradisional dan historis dalam keperawatan dan telah berkembang sebagai sesuatu peran yang penting dimana perawat melakukan peran baru. Karena asuhan keperawatan harus ditujukan pada manusia secara utuh bukan sekedar fisiknya saja, maka memberikan kenyamanan dan dukungan emosi seringkali memberikan kekuatan bagi klien untuk mencapai kesembuhannya.

g. Komunikator

Peran perawat sebagai komunikator merupakan pusat dari seluruh peran perawat yang lain. Keperawatan mencakup komunikasi dengan klien dan keluarga, antar-sesama perawat dan profesi kesehatan lainnya, sumber informasi dan komunitas. Memberikan perawatan yang efektif, pembuatan keputusan dengan klien dan keluarga, memberikan perlindungan bagi klien dari ancaman terhadap kesehatannya, mengoordinasi dan mengatur asuhan keperawatan, membantu klien dalam rehabilitasi, memberikan kenyamanan atau mengajarkan sesuatu pada klien tidak mungkin dilakukan tanpa komunikasi yang jelas.

h. Penyuluh

Sebagai penyuluh perawat menjelaskan kepada klien konsep dan data - data tentang kesehatan, mendemonstrasikan prosedur seperti aktivitas perawatan diri, menilai apakah klien mengalami hal-hal yang dijelaskan dan mengevaluasi kemajuan dalam pembelajaran. Beberapa

topik mungkin dapat diajarkan tanpa direncanakan terlebih dahulu dan dilakukan secara informal, misalnya pada saat perawat berespons terhadap pertanyaan yang mengacu pada isu-isu kesehatan dalam pembicaraan sehari-hari.

C. Konsep Triage

1. Definisi Triage

Triage atau yang dalam bahasa Inggris adalah Triage berasal dari bahasa Prancis Trier yang arti dasarnya mengelompokkan atau memilih (Cahyaningsih & Daely, 2024). Proses pemilahan di dunia medis pertama kali dilaksanakan sekitar tahun 1792 oleh Baron Dominique Jean Larrey, seorang dokter kepala di Angkatan perang Napoleon. Pemilahan pada serdadu yang terluka dilakukan agar mereka yang masih bisa ditolong mendapatkan prioritas penanganan (Putra et al., 2019).

2. Prinsip Triage

Triage adalah suatu konsep pengkajian yang cepat dan terfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien dengan tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua pasien yang memerlukan pertolongan dan menetapkan prioritas penanganannya (Widianingtyas et al., 2022). Akibat sumber daya yang terbatas itu pula, maka tidak mungkin semua korban dapat ditangani dengan segera secara tuntas. Pada titik ini lah dunia tenaga medis mulai memikirkan suatu peristiwa secara global (populasi), dan bukan hanya merujuk pada keadaan kesehatan seseorang atau per

individu saja. Pada mass casualties inilah konsep prioritas penanganan sedikit berubah, dimana tenaga medis tidak memulai penanganan dari korban dengan cedera terparah, namun diutamakan korban dengan survival rate yang tinggi dan menghabiskan paling sedikit sumber daya. Maka dapat disimpulkan bahwa prinsip triage adalah menyelamatkan sebanyak banyaknya pasien dengan sumber daya yang terbatas (Bazmul et al., 2019).

3. Jenis Triase

Jenis triage dapat digolongkan menjadi berbagai jenis tergantung cara penggolongannya. Apabila triage dibedakan berdasarkan tempat maka dapat dibedakan menjadi 3 jenis triage yaitu (Sa'adah, 2022) :

a. Triase ditempat

Triage di tempat dilakukan di “tempat korban ditemukan” atau pada tempat penampungan yang dilakukan oleh tim pertolongan pertama atau tenaga medis gawat darurat.

b. Triase dirumah sakit

Triage ini dilakukan saat korban memasuki pos medis lanjutan oleh tenaga medis yang berpengalaman (sebaiknya dipilih dari dokter yang bekerja di unit gawat darurat, kemudian ahli anestesi dan terakhir oleh dokter bedah)

c. Triage evakuasi

Triage ini ditujukan pada korban yang dapat dipindahkan ke rumah sakit yang telah siap menerima korban bencana massal.

Sistem Triage di rumah sakit memiliki banyak variasi dan modifikasi yang sesuai dengan kondisi masing-masing rumah sakit. Beberapa sistem triase yang digunakan di rumah sakit adalah sebagai berikut:

1) Patient Acuity Category Scale (PACS)

Sistem PACS berasal dari Singapura dan diadopsi oleh rumah sakit yang bekerjasama atau berafiliasi dengan Singapore General Hospital (Sa'adah, 2022). PACS terdiri dari 4 skala prioritas yaitu:

- a) PAC 1 merupakan kategori pasien yang sedang mengalami kolaps kardiovaskular atau dalam kondisi yang mengancam nyawa. Pertolongan pada kategori ini tidak boleh delay, contohnya antara lain major trauma, STEMI, cardiac arrest, dll.
- b) PAC 2 merupakan kategori pasien-pasien sakit berat, tidur dibrankar atau bed, dan distress berat, tetapi keadaan hemodinamik stabil pada pemeriksaan awal. Pada kategori ini mendapatkan prioritas pertolongan kedua dan pengawasan ketat karena cenderung kolaps bila tidak mendapat pertolongan. Contohnya antara lain stroke, fraktur terbuka tulang panjang, serangan asma, dll.
- c) PAC 3 merupakan kategori pasien-pasien dengan sakit akut, moderate, maupun berjalan, dan tidak beresiko kolaps. Pertolongan secara efektif di IGD biasanya cukup menghilangkan atau memperbaiki keluhan penyakit pasien.

Contohnya antara lain vulnus, demam, cedera ringan-sedang, dll.

d) PAC 4 merupakan kategori pasien-pasien non emergency. Pasien ini dirawat di poli. Pasien tidak membutuhkan pengobatan segera dan tidak menderita penyakit yang beresiko mengancam jiwa. Contohnya antara lain acne, dislipidemia, dll.

2) Worthing Physiology Score System (WPSS)

WPSS adalah suatu sistem skoring prognostik sederhana yang mengidentifikasi penanda fisiologi pada tahap awal untuk melakukan tindakan secepatnya, yang dituangkan dalam bentuk – intervention-calling score. Skor tersebut didapatkan dari pengukuran tanda vital yang mencakup tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, temperatur, saturasi oksigen, dan tingkat kesadaran berdasarkan AVPU (alert, verbal, pain, unresponsive) (Sa'adah, 2022). Intervention-calling score WPSS mempunyai keterbatasan pada pasien trauma oleh karena pada pasien trauma walaupun mengalami kondisi yang berat yang berkaitan dengan traumanya namun dalam keadaan akut seringkali masih memiliki cadangan fisiologi yang masih baik. WPSS melakukan penilaian tanda vital dengan sederhana dalam identifikasi pasien, serta memberikan kategori triage yang objektif. Selain itu, WPSS memiliki beberapa keuntungan yaitu:

a) Penilaian cepat dan akurat terhadap pasien gawat.

- b) Mengubah parameter klinis yang teratur kedalam suatu nilai skor.
- c) Peralatan yang dibutuhkan minimal, tidak menyakiti, serta mudah digunakan.
- d) Penilaian yang dilakukan akan seragam antar staf.

3) Australian Triage Scale

Australian Triage Scale (ATS) merupakan skala yang digunakan untuk mengukur urgensi klinis sehingga paten terlihat pada waktu yang tepat, sesuai dengan urgensi klinisnya (Sa'adah, 2022). Australian Triage Scale (ATS) dirancang untuk digunakan di rumah sakit berbasis layanan darurat diseluruh Australia dan Selandia Baru. ATS adalah skala untuk penilaian kegawatan klinis, terutama untuk memastikan bahwa pasien terlihat secara tepat waktu, sepadan dengan urgensi klinis mereka. Skala ini disebut triage kode dengan berbagai ukuran hasil (lama perawatan, masuk ICU, angka kematian) dan konsumsi sumber daya (waktu staf, biaya).

4) Emergency Severity Index (ESI)

Sistem ESI dikembangkan di Amerika Serikat dan Kanada oleh perhimpunan perawat emergency. Emergency Severity Index diadopsi secara luas di Eropa, Australia, Asia, dan rumah sakit di Indonesia. Emergency Severity Index (ESI) memiliki 5 skala prioritas yaitu (Sa'adah, 2022):

- a) Prioritas 1 (label biru) merupakan pasien-pasien dengan kondisi yang mengancam jiwa (impending life/limb threatening problem) sehingga membutuhkan tindakan penyelamatan jiwa yang segera. Parameter prioritas 1 antara lain, cardiac arrest, status epileptikus, koma hipoglikemik.
- b) Prioritas 2 (label merah) merupakan pasien-pasien dengan kondisi yang berpotensi mengancam jiwa atau organ sehingga membutuhkan pertolongan yang sifatnya segera dan tidak dapat ditunda. Parameter prioritas 2 adalah pasien-pasien hemodinamik atau ABCD stabil dengan penurunan kesadaran tapi tidak sampai koma (GCS 8-12). Contoh prioritas 2 antara lain, serangan asma, abdomen akut, luka sengatan listrik.
- c) Prioritas 3 (label kuning) merupakan pasien-pasien yang membutuhkan evaluasi yang mendalam dan pemeriksaan klinis yang menyeluruh. Contoh prioritas 3 antara lain, sepsis yang memerlukan pemeriksaan laboratorium, radiologi dan EKG, demam tifoid dengan komplikasi.
- d) Prioritas 4 (label kuning) merupakan pasien-pasien yang memerlukan satu macam sumber daya perawatan IGD. contoh prioritas 4 antara lain, pasien BPH yang memerlukan kateter urine, vulnus laceratum yang membutuhkan hecting sederhana, dll.

- e) Prioritas 5 (label putih) merupakan pasien-pasien yang tidak memerlukan sumber daya. Pasien ini hanya memerlukan pemeriksaan fisik dan anamnesis tanpa pemeriksaan penunjang. Pengobatan pada pasien dengan prioritas 5 umumnya per oral atau rawat luka sederhana. Contoh prioritas 5 antara lain, common cold, acne, eksoriasi, dll.

4. Tagging Warna Triage

Triage umumnya menggunakan warna dalam membedakan kondisi pasien. Warna yang umum digunakan yaitu merah, kuning, hijau, dan hitam. Berikut adalah penjabaran dari arti keempat warna yang umum digunakan dalam triage (Sa'adah, 2022) :

- a. Merah, sebagai penanda korban yang perlu stabilisasi segera.
- b. Kuning, sebagai penanda korban yang memerlukan pengawasan ketat, tetapi perawatan dapat ditunda sementara.
- c. Hijau, sebagai penanda kelompok korban yang tidak memerlukan pengobatan atau pemberian pengobatan dapat ditunda
- d. Hitam, sebagai penanda korban yang telah meninggal dunia.

Selain empat warna yang telah disebutkan, terdapat beberapa guideline triage seperti pada Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), Emergency Severity Index (ESI) yang menggunakan warna tambahan seperti putih dan biru.

5. Pedoman Penilaian Triase

Dalam menilai prioritas triage, diperlukan indikator penilaian yang terstandar. Poin - poin penilaian triage dapat dijabarkan sebagai berikut (Sa'adah, 2022)

a. Primary Survey (A,B,C)

Merupakan proses deteksi cepat dan koreksi segera terhadap kondisi fungsi organ vital yang terancam. Primary Survey dilakukan dengan mengecek kesadaran korban dilanjutkan dengan memeriksa fungsi vital dengan sistematika A B C secara cepat.

b. Secondary Survey (Head to Toe)

Didefinisikan sebagai proses pencarian perubahan perubahan fisik anatomis yang dapat berkembang menjadi lebih gawat dan dapat mengancam jiwa apabila tidak segera diatasi. Secondary Survey dilakukan setelah survey primer tuntas.

c. Pemantauan korban/pasien akan kemungkinan terjadinya perubahan perubahan kondisi:

1) Fungsi jalan nafas, fungsi pernafasan dan fungsi sirkulasi

2) Derajat kesadaran

3) Tanda tanda vital yang lain

d. Perubahan prioritas yang dikarenakan berubahnya kondisi korban/pasien.

6. Triase START

START Triage dikembangkan oleh Departemen the Newport Beach fire and Marine dan juga rumah sakit Hoag di California yang di publikasikan pada tahun 1983 dan direvisi pada tahun 1994 (Benson, Koenig & Schultz, 1996). START Triage digunakan untuk pasien dewasa dengan menggunakan lima parameter yaitu (Astuti & Milkhatun, 2023):

- a. Kemampuan berjalan
- b. Ada atau tidaknya pernafasan spontan
- c. Frekuensi pernafasan
- d. Pemeriksaan perfusi
- e. Kemampuan mengikuti perintah

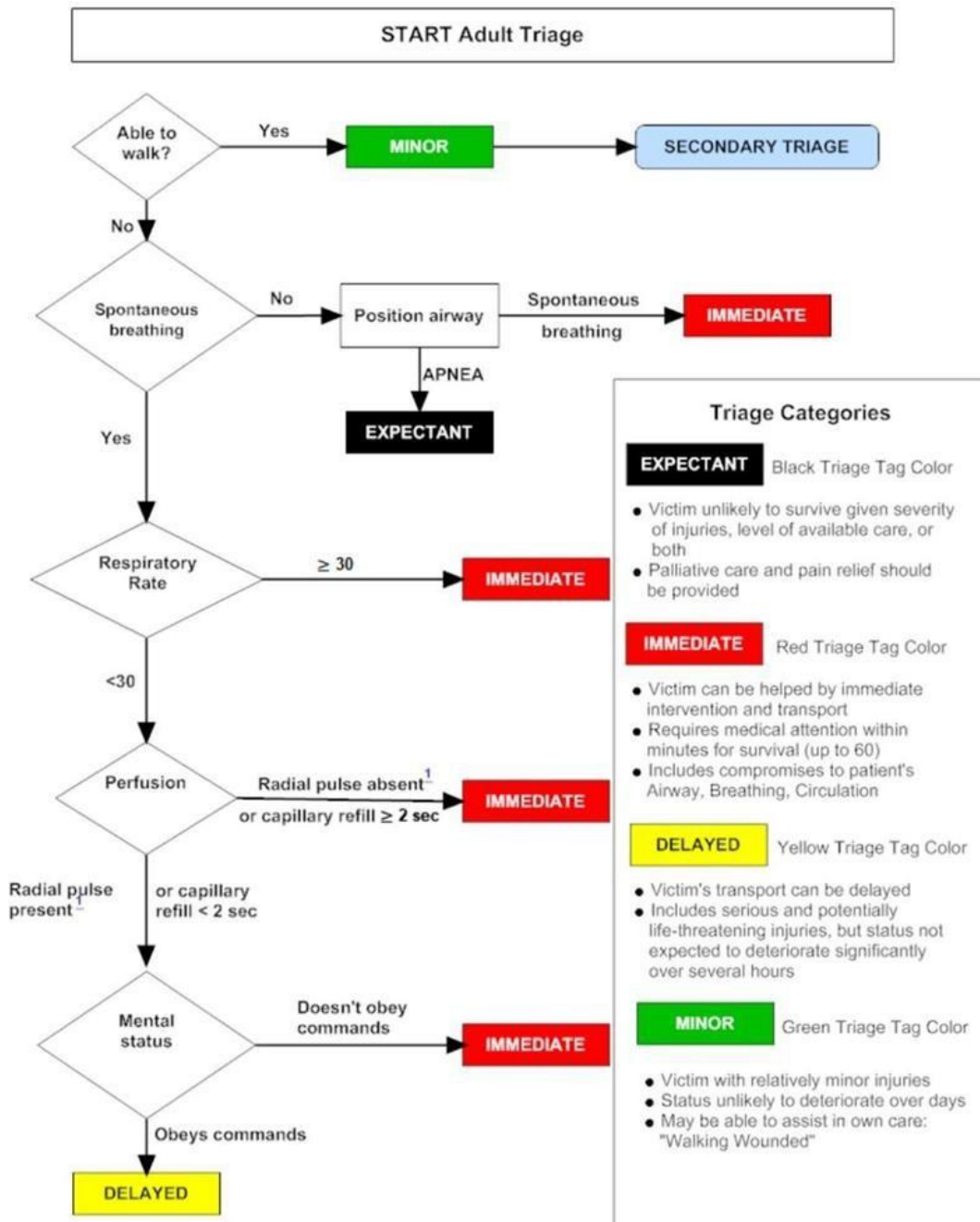
Parameter ini sering di Singkat RPM (Respiration, Perfusion, dan Mental Status). Parameter ini dinilai secara berurutan pada setiap pasien, pengkajian dihentikan segera apabila sudah mencapai kriteria. Langkah-langkah pelaksanaan START Triage (Astuti & Milkhatun, 2023):

- a. Tindakan pertama yang dilakukan saat memasuki lokasi kejadian (setelah dilakukan identifikasi dan mitigasi tanda bahaya) adalah membuat pengumuman : “bagi siapa saja yang dapat mendengar suara saya silahkan bangun dan berjalan ke titik yang ditunjuk, disana anda akan menemukan penolong yang akan memberikan bantuan”
- b. Seluruh korban yang dapat berjalan sendiri atau dengan bantuan minimal di tetapkan sebagai kategori minor. Pasien ini diasumsikan awal memiliki kondisi fisiologis yang baik, diluar kondisi cidera nya

dikarenakan seluruh fungsi fisiologis yang vital dapat menciptakan koordinasi dan kekuatan dalam kemampuan mendengar, menginterpretasikan dan kemampuan mengikuti perintah untuk berjalan. Pada pasien, bila telah tiba di lokasi yang ditunjuk segera dilakukan triage sekunder untuk melihat kondisi yang beresiko menyebabkan perburukan kondisi pasien.

- c. Seluruh korban yang tidak dapat bangun dan berjalan kemudian dikaji secara individu. Umumnya petugas akan memeriksa pasien yang paling dekat terlebih dahulu daripada mendatangi pasien yang tampak paling parah. Setiap korban dinilai apakah bernafas spontan atau tidak. Apabila korban tidak bernafas spontan maka dilakukan tindakan membuka jalan nafas dengan tehnik jaw thrust. Hasilnya apabila pasien bernafas setelah dibuka jalan nafasnya maka di kategorikan immediate/segera (warna merah). Apabila setelah di buka jalan nafasnya pasien tetap tidak bernafas maka dikategorikan Deceased (warna Hitam).
- d. Apabila korban bernafas spontan, hitung frekuensi pernafasannya. Apabila frekuensi pernafasannya $> 30x/menit$ maka korban dikategorikan Immediate/segera (warna merah).
- e. Apabila frekuensi pernafasannya $< 30x/menit$ maka lanjutkan pemeriksaan perfusi. Apabila Capillary refill time (CRT) > 2 detik maka korban dikategorikan Immediate/segera (warna merah).

f. Apabila pada pemeriksaan perfusi ditemukan Capillary refill time (CRT) < 2 detik lanjutkan pemeriksaan status mental korban yaitu berikan perintah sederhana seperti :”dapatkan anda mengangkat tangan atau kaki atau menggenggam tangan saya?”. Apabila korban dapat mengikuti perintah maka dikategorikan delayed/tunda (warna Kuning). Namun apabila tidak dapat mengikuti perintah maka korban dikategorikan Immediate/segera (warna merah).



Gambar 2.1 START

D. Pelatihan

1. Definisi Pelatihan

Pengembangan suatu sistem pendidikan dan pelatihan terpadu dalam kaitannya dengan upaya pengembangan sumber daya manusia umumnya dan pembangunan ketenagakerjaan khususnya kiranya memang merupakan keharusan dan kebutuhan yang semakin terasa dewasa ini. Konsep sistem Pelatihan terpadu perlu mendapat prioritas pengembangannya, dengan beberapa kondisi yang ada dewasa ini terutama dalam konteks pembangunan sumber daya manusia.

2. Jenis Pelatihan

Adapun jenis pelatihan yang dikemukakan oleh Robert dan John

a. Pelatihan Internal

Pelatihan di lokasi kerja (on the job training) cenderung dipandang sebagai hal yang sangat aplikatif untuk pekerjaan, menghemat biaya untuk mengirim karyawan untuk pelatihan dan terkadang dapat terhindar dari biaya untuk pelatihan dari luar. Meskipun demikian, para peserta pelatihan yang belajar sambil bekerja dapat menimbulkan biaya dalam bentuk kehilangan pelanggan dan rusaknya peralatan, mereka dapat juga menjadi frustrasi bila keadaan tidak kunjung membaik.

b. Pelatihan Eksternal

Pelatihan eksternal muncul karena beberapa alasan :

- a. Adalah lebih murah bagi perusahaan untuk menggunakan pelatihan dari luar untuk menyelenggarakan pelatihan di tempat dimana sarana pelatihan internal terbatas.
- b. Mungkin waktu yang tidak memadai untuk persiapan pengadaan materi pelatihan internal.
- c. Staf sumber daya manusia mungkin tidak memiliki tingkat keahlian yang dibutuhkan untuk materi dimana pelatihan diperlukan.

E. Pengetahuan

1. Definisi Pengetahuan

Menurut kamus besar bahasa Indonesia (KBBI), pengetahuan berarti segala yang diketahui, kepandaian, atau yang berkenaan dengan hal (mata pelajaran). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (overt behaviour) (Notoatmodjo, 2017).

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2017):

a. Pendidikan

Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya.

b. Informasi/Media Massa

Berkembangnya teknologi akan menyediakan bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang informasi dan inovasi baru.

c. Sosial Budaya

Kebiasaan dan tradisi dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian, seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukannya. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan fasilitas yang diperlukan sehingga mempengaruhi pengetahuan seseorang.

d. Lingkungan

Lingkungan sangat berpengaruh dalam pengetahuan karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

e. Pengalaman

Pengalaman merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam mencari solusi dari masalah yang dihadapi masa lalu.

f. Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikir seseorang, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

Berikut tabel penggolongan umur menurut Depkes RI tahun 2009.

Kategori Umur Menurut Depkes RI (2009):

1. Masa balita	= 0 - 5 tahun,
2. Masa kanak-kanak	= 5 - 11 tahun.
3. Masa remaja Awal	=12 - 16 tahun.
4. Masa remaja Akhir	=17 - 25 tahun.
5. Masa dewasa Awal	=26- 35 tahun.
6. Masa dewasa Akhir	=36- 45 tahun.
7. Masa Lansia Awal	= 46- 55 tahun.
8. Masa Lansia Akhir	= 56 - 65 tahun.
9. Masa Manula	= 65 - sampai atas

3. Domain Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif dibagi menjadi enam tingkatan yaitu (Notoatmodjo, 2017):

a. Tahu (*know*)

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya (recall).

b. Memahami (*comprehension*)

Kemampuan untuk menjelaskan dengan benar tentang sesuatu yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar.

c. Aplikasi (*Application*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya

d. Analisis (*Analysis*)

Kemampuan untuk menjabarkan materi dalam suatu komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi.

e. Sintesis (*synthesis*)

Kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

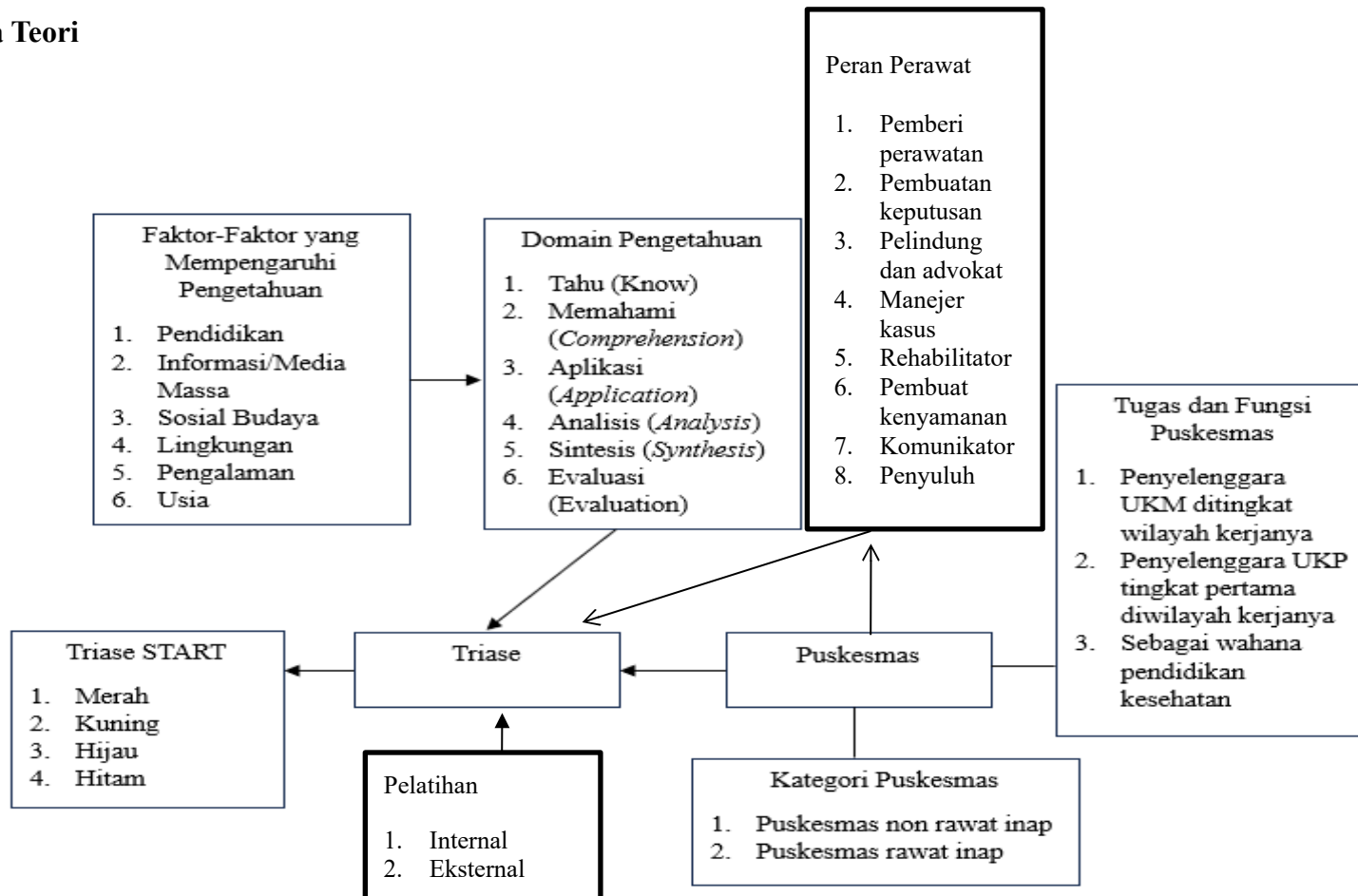
Kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

4. Kategori Pengetahuan

Kategori tingkat pengetahuan seseorang menjadi tiga tingkatan yang didasarkan pada nilai persentase yaitu sebagai berikut (Notoatmodjo, 2017):

- a. Tingkat pengetahuan kategori baik jika nilainya $\geq 75\%$
- b. Tingkat pengetahuan kategori cukup jika nilainya 56-74%
- c. Tingkat pengetahuan kategori kurang jika nilainya $\leq 55\%$

F. Kerangka Teori



Skema 2.1 Kerangka Teori