

Peran Perawat Ambulans dalam Pelayanan Pre Hospital di Indonesia: Kajian Literatur

Kharisma Adytama Putra

Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia; kharisma.adytama@ui.ac.id (koresponden)

Masfuri

Departemen Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia; masfuri@ui.ac.id

Juliana G.E.P Massie

Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia; juliana.gep71@ui.ac.id

ABSTRACT

Prehospital nurse today are highly needed and perform specialized care. There are high expectations with respect to knowledge and competence of the nurses in prehospital care, as they possess a medical responsibility for emergency patient care in this setting. Nurses are responsible for staffing ambulances in Indonesia. However, those nurses may have limited knowledge and skills in prehospital care because the Indonesian nursing curriculum focuses mostly on in-hospital care. The overall aim of this literature review was to explore current condition about prehospital care and prehospital nurses' competence in Indonesia. A search of research literature published from 2000 to 2018 and indexed in CINAHL, EBSCO, ProQuest and Google Scholar was undertaken, and relevant sources were selected to build an informed discussion.

Keywords: *competence; emergency; nurse; pre hospital*

ABSTRAK

Dewasa ini, perawat *pre hospital* sangat dibutuhkan dan memiliki keahlian khusus. Harapan tinggi diberikan masyarakat pada perawat *pre hospital* berkaitan dengan tingkat pengetahuan dan kompetensi perawat dalam pemberian asuhan keperawatan kegawat daruratan di area *pre hospital*. Perawat *pre hospital* bertanggung jawab terhadap tata kelola ambulans di Indonesia. Namun, perawat *pre hospital* masih memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang terbatas dalam tatalaksana asuhan *pre hospital*. Oleh karena kurikulum keperawatan Indonesia sebagian besar hanya berfokus pada perawatan intra Rumah Sakit. Tujuan dari tinjauan literatur ini adalah untuk mengeksplorasi kondisi saat ini tentang perawatan pra-rumah sakit dan kompetensi perawat pra-rumah sakit di Indonesia. Metode penulisan artikel ini menggunakan penelusuran literatur melalui *database online* seperti CINAHL, EBSCO, ProQuest dan Google Scholar. Literatur diberi batasan dari tahun 2000 – 2018.

Kata kunci: *gawat darurat; kompetensi; perawat; prehospital*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Kualitas dan akses ke perawatan *pre hospital* adalah masalah mendesak yang perlu ditangani oleh Negara-Negara Berpenghasilan Menengah ke Bawah / *Lower Middle Income Countries*. Berdasarkan data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), 90% dari insiden trauma terjadi pada LMICs dan merupakan penyebab sekitar 5,8 juta kematian setiap tahunnya⁽¹⁾. Hal ini mungkin akibat dari tingginya penggunaan kendaraan bermotor di LMICs, kondisi jalan yang buruk, kurangnya kesadaran publik akan pentingnya keselamatan pengguna jalan, dan ketidakmampuan untuk memberikan pertolongan pertama kepada para korban⁽²⁾. Tingkat kematian dalam kecelakaan lalu lintas jalan dapat dikurangi dengan membangun pelayanan *pre hospital* yang terorganisir dengan baik⁽³⁻⁵⁾ dan tersedianya fasilitas perawatan trauma^(6,7).

Perawatan *pre hospital* di Indonesia dirasakan masih kurang berkembang. Sebagian besar korban kecelakaan diantar ke Rumah Sakit menggunakan transportasi umum atau kendaraan pribadi tanpa perawatan memadai selama perjalanan⁽⁸⁾. Beberapa kasus lainnya, pasien dijemput ambulans yang disediakan oleh Rumah Sakit atau Puskesmas dengan hanya ditemani oleh seorang sopir awam dan perawat yang tidak memiliki kompetensi pelayanan gawat darurat.

Praktik sistem *Emergency Medical Service* (EMS) di Indonesia sebelumnya dikenal dengan nama Ambulans Gawat Darurat (AGD) 118. Layanan ini didirikan di tujuh kota di Indonesia pada tahun 2000. Namun layanan AGD 118 tidak begitu berhasil dalam implementasinya karena kendala finansial sehingga operasionalnya tidak dilanjutkan⁽⁹⁾. Terobosan terjadi dalam sistem perawatan *pre hospital* di Indonesia 10 tahun kemudian dengan peluncuran AGD 119 oleh Kemenkes RI pada Juli 2016. Sistem ini telah diterapkan di 27 lokasi di seluruh Indonesia, di mana sebagian besar berlokasi di pulau Jawa, dengan pembentukan Pusat Komando Nasional / *National Command Center* (NCC) di Jakarta dan Pusat Keamanan Publik / *Public Safety Center* (PSC)⁽¹⁰⁾.

Indonesia memiliki 9.754 Puskesmas dan 2.488 RS di tahun 2015⁽¹¹⁾. Saat ini, dalam layanan ambulans di Indonesia sistem EMS belum diterapkan berbasis RS atau berbasis Puskesmas, layanan tersebut diaktifkan dengan cara menelepon RS atau Puskesmas secara langsung. Dalam kondisi tersebut, layanan ambulans tidak diorganisir secara terpusat. Sebagian besar korban kecelakaan yang datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS diantar oleh orang yang lalu lalang, saksi mata di tempat kejadian, polisi dengan menggunakan kendaraan pribadi atau angkutan umum.

Pengembangan perawatan *pre hospital* di Indonesia terkait dengan pengembangan sistem pelayanan kesehatan nasional. Ada beberapa perubahan dalam sistem pelayanan kesehatan sejak Indonesia merdeka pada tahun 1945⁽¹²⁾.

Populasi yang tinggi, keanekaragaman budaya⁽¹³⁾, serta situasi politik dan pemerintahan⁽¹⁴⁾ mempengaruhi pengembangan tatanan sistem layanan kesehatan.

Terkait dukungan finansial, ada dua transisi utama dalam layanan kesehatan, yaitu penerapan sistem kesehatan yang didesentralisasi dan cakupan asuransi kesehatan umum⁽¹⁵⁾. Desentralisasi dimulai pada tahun 2001 setelah jatuhnya rezim Suharto⁽¹⁴⁾ dan menyebabkan pemerintah provinsi mengelola serta mengatur layanan kesehatan untuk masyarakat, termasuk mengelola dana kesehatan^(12,16). Cakupan asuransi kesehatan umum, dikenal sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), diluncurkan pada Januari 2014⁽¹⁷⁾, diperkirakan mencakup semua penduduk pada akhir 2019⁽¹⁸⁾.

BPJS menanggung biaya layanan ambulans tetapi hanya untuk rujukan, bukan untuk perawatan *pre hospital*. Maka, lembaga kesehatan asal dan tujuan harus memiliki perjanjian kerjasama. Dalam kasus darurat di luar RS atau Puskesmas, seperti kecelakaan lalu lintas atau serangan jantung, atau setiap rujukan antara lembaga kesehatan yang tidak memiliki perjanjian kerjasama, biaya layanan ambulans tidak ditanggung oleh premi bulanan⁽¹⁹⁾. Maka pasien harus mengeluarkan biaya ekstra untuk mendapatkan layanan ambulans atau mencari alternatif moda transportasi lainnya.

Seperti halnya LMICs lainnya, Indonesia memiliki ketimpangan distribusi penyedia layanan kesehatan⁽²⁰⁾. Ketidaksetaraan ini disebabkan oleh cakupan geografis yang luas dari berbagai fasilitas dan status kesehatannya di seluruh pelosok negeri⁽¹⁵⁾. Sebagian besar dokter berpraktik di daerah perkotaan dan hanya 20% menyediakan layanan di daerah pedesaan, sedangkan 70% penduduk Indonesia tinggal di daerah pedesaan⁽²⁰⁾.

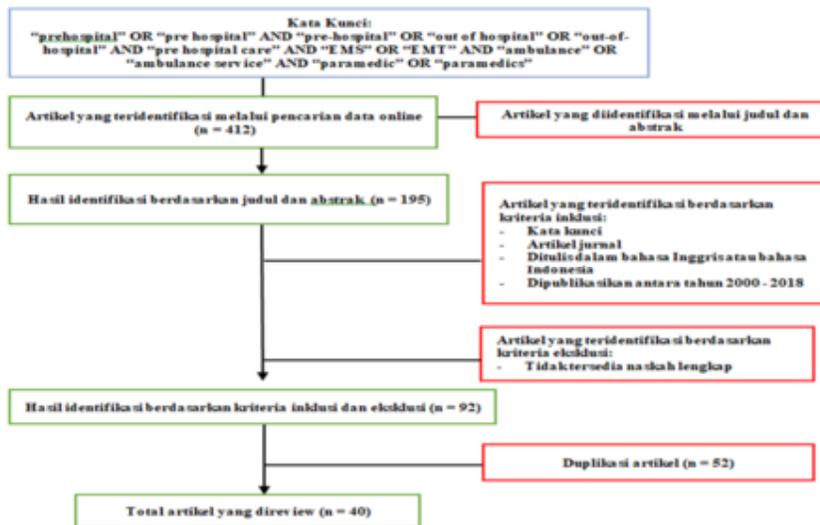
Ada beberapa tindakan pemerintah Indonesia untuk meminimalkan ketidaksetaraan ini. Termasuk kebijakan tugas magang wajib bagi lulusan sekolah kedokteran sebagai Pegawai Tidak Tetap (PTT) atau program staf kontrak⁽¹⁵⁾. Kebijakan tersebut merupakan program desentralisasi yang memungkinkan otoritas pemerintah provinsi dan kabupaten untuk mengelola layanan masyarakat, termasuk rekrutmen petugas kesehatan⁽²⁰⁾, dan Program Penugasan Khusus⁽²¹⁾.

Dalam perawatan *pre hospital*, tenaga kesehatan *pre hospital* belum begitu diakui di Indonesia⁽²²⁾; ambulans dikelola oleh perawat di IGD RS atau Puskesmas. Masih sedikit tenaga kesehatan yang terlatih dan memiliki kompetensi khusus dalam tatalaksana kegawat daruratan tingkat lanjut. Besar kemungkinan bahwa di daerah pedesaan dan sebagian besar Puskesmas, perawat ambulans memiliki jumlah pelatihan yang sangat terbatas dalam penatalaksanaan kegawat darurat *pre hospital*. Hal ini akibat kurangnya cakupan pendidikan formal bagi perawat ambulans di Indonesia.

Pendidikan keperawatan memiliki peran penting dalam mempersiapkan perawat yang kompeten, termasuk untuk tatalaksana asuhan keperawatan *pre hospital*. Jenjang Pendidikan Ners di Indonesia dilaksanakan berdasarkan pada kurikulum inti yang disediakan oleh suatu badan Kolegium Keperawatan. Perawatan *pre hospital* saat ini merupakan bagian dari konten Keperawatan Gawat Darurat yang memiliki 4 kredit poin dari total 104 poin kredit⁽²³⁾. Dengan terbatasnya topik Keperawatan Gawat Darurat, kurikulum lebih berfokus pada Keperawatan Gawat Darurat di RS, bukan pada perawatan pra-RS. Tinjauan literatur ini disusun untuk melakukan eksplorasi kondisi terkini terkait penatalaksanaan asuhan keperawatan *pre hospital* di Indonesia dan kompetensi yang dibutuhkan bagi perawat *pre hospital*.

METODE

Metode yang digunakan adalah penelusuran literatur melalui *database online* yaitu CINAHL, EBSCO, ProQuest dan Google Scholar. Literatur diberi batasan dari tahun 2000 sampai 2018 dengan kata kunci: “prehospital” OR “pre hospital” OR “pre-hospital” OR “out of hospital” OR “out-of-hospital” AND “pre hospital care” AND “EMS” OR “EMT” AND “ambulance” OR “ambulance service” AND “paramedic” OR “paramedics”. Dari 12 kata kunci tersebut diperoleh 92 artikel, lalu dipilah berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi terdapat 52 artikel duplikasi. Sehingga berdasarkan hasil pemilahan tersebut diperoleh 40 artikel untuk sebagai bahan kajian literatur dalam artikel ini (Gambar 1).



Gambar 1. Proses penelusuran literatur

HASIL

Tatalaksana Layanan Gawat Darurat di Indonesia

Perawatan darurat dapat ditinjau dari dua perspektif, perawatan *pre hospital* dan rawat inap. Dalam hal perawatan darurat *pre hospital*, belum ada sistem layanan ambulans atau penjemputan korban kecelakaan yang terintegrasi di Indonesia⁽⁹⁾. Situasi ini dapat mempengaruhi tingginya angka mortalitas di Indonesia, khususnya kematian akibat kecelakaan lalu lintas, trauma dan serangan jantung.

Diperkirakan bahwa ada sekitar 64% dari total angka kematian di Indonesia disebabkan oleh penyakit tidak menular di mana cedera menjadi penyebab terbesar keempat (9%)⁽²⁴⁾. Data terkini dari WHO menunjukkan bahwa angka kematian akibat kecelakaan lalu lintas jalan di Indonesia adalah sebesar 15,3 insiden per 100.000 orang. Angka tersebut masih berada di bawah di bawah rata-rata negara-negara Asia Tenggara lainnya yaitu 17,5 insiden per 100.000 orang. Dibandingkan dengan negara-negara Asia Tenggara lainnya, Thailand memiliki tingkat kematian akibat kecelakaan lalu lintas tertinggi yaitu 36,2 kejadian per 100.000 orang dan Maladewa memiliki tingkat kematian terendah dengan 3,5 kejadian per 100.000 orang⁽²⁵⁾. Kesadaran akan pentingnya EMS mulai muncul sekitar tahun 1969 oleh Asosiasi Ahli Bedah Indonesia, saat di mana belum terbentuk sistem pelayanan kesehatan *pre hospital* yang menangani 70% kematian akibat trauma lalu lintas⁽²²⁾. Proyek ambulans percontohan didirikan pada tahun 1972 dan terkendala finansial, selanjutnya proyek tersebut ditangguhkan.

Perkembangan lebih lanjut terjadi pada akhir 1980-an atau awal 1990-an ketika kantor-kantor kotamadya dari tujuh kota di Indonesia (Jakarta, Palembang, Yogyakarta, Surabaya, Makassar, Malang, dan Denpasar) memperkenalkan Layanan AGD 118⁽²²⁾. Kemudian, sistem ambulans mulai diperluas ke 18 kota lainnya di Indonesia. Perkembangan ini bersamaan dengan mulai berkembangnya pelatihan *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) pada tahun 1995 dan mulai meningkatnya pkesadaran pemerintah terhadap pentingnya pelayanan kesehatan *pre hospital*.

Pemerintah meluncurkan *Safety Community Programme* di tahun 2000, program yang bertujuan menyediakan perawatan kesehatan dan keselamatan bagi warga di pedesaan dan perkotaan⁽⁹⁾. Dari 18 kota yang menerapkan layanan AGD 118, Jakarta, sebagai ibu kota Indonesia, memiliki perkembangan layanan perawatan *pre hospital* yang paling maju. 26 ambulans yang berfungsi dan 12 sepeda motor yang menyediakan layanan *pre hospital* di tahun 2005. Layanan ini menerima 50 sampai dengan 70 panggilan per hari di mana kendaraan darurat diposisikan di 10 lokasi strategis⁽²²⁾.

Setiap ambulans diawaki oleh dua orang perawat dan dilengkapi dengan oksigen, defibrilator, ventilator, *long spine board*, dan bidai. Sedangkan sepeda motor dilengkapi dengan peralatan resusitasi dasar. Peralatan tersebut digunakan untuk membantu perawat menstabilkan pasien sambil menunggu kedatangan ambulans⁽²²⁾. Meskipun jumlah ambulans meningkat menjadi 32 unit kendaraan di tahun 2010⁽²⁶⁾, jumlah tersebut mengalami penurunan menjadi 21 unit kendaraan⁽²⁷⁾. Sehingga, sistem ini tidak dapat mencakup semua wilayah Jakarta dan karenanya waktu respons rata-rata bervariasi dari 30 menit hingga 1 jam. Sistem ini juga bergulat dengan masalah keuangan dan berdampak terhadap efisiensi⁽²⁶⁾.

Pada tahun 2010, berdasarkan Peraturan Gubernur No. 144 tahun 2010, layanan AGD 118 di DKI Jakarta diubah menjadi AGD Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta (AGD DINKES) yaitu suatu Badan Layanan Umum di bawah pemerintah provinsi DKI Jakarta. pemerintah⁽²⁷⁾. Pada tahun 2014, terdapat 239 staf di AGD DINKES Provinsi DKI Jakarta, yang terdiri dari 255 staf pegawai non-pemerintah dan 14 pegawai pemerintah termasuk penyedia layanan kesehatan dan pekerja non-kesehatan yang menyediakan layanan ambulans gratis untuk masyarakat umum dan layanan komersial misalnya siaga untuk acara olahraga, musik atau pertemuan lainnya⁽²⁷⁾.

Karena kurangnya layanan *pre hospital* yang disediakan oleh pemerintah, beberapa RS di Jakarta, terutama RS swasta, turut menyediakan layanan ambulans mandiri, termasuk menyediakan layanan evakuasi udara⁽²⁶⁾. Tatalaksana tersebut diperhitungkan sebagai dana kesehatan swasta atau didanai sendiri oleh pasien yang berobat di RS swasta.

Beberapa organisasi non pemerintah / *Non Government Organization* (NGO) juga mulai memberikan perawatan *pre hospital* di Jakarta. Salah satunya yaitu Medic One, sebuah layanan berdasarkan keanggotaan untuk orang-orang kelas menengah ke atas di Jakarta Pusat, Selatan, dan Barat (26). Berdasarkan situasi ini, kota-kota lain yang sebelumnya menyediakan layanan AGD 118 berada dalam posisi yang sulit dan tanpa pilihan lain, oleh karena tidak tersedianya *call center* 118.

Perkembangan perawatan *pre hospital* sebagian besar dilaksanakan di Jakarta sebagai ibukota negara. Pada bulan Maret 2013, Provinsi DKI Jakarta meluncurkan 119 *Emergency Call Center*, sebagai bagian dari program Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) atau Sistem Komprehensif Manajemen Darurat⁽²¹⁾. SPGDT adalah program Kementerian Kesehatan yang dimulai pada tahun 2000 untuk mempromosikan perawatan gawat darurat *pre hospital*, perawatan gawat darurat di RS, dan sistem rujukan antar RS menggunakan lintas program dan kolaborasi multisektor⁽¹¹⁾.

Perkembangan layanan *pre hospital* di Indonesia adalah peluncuran Layanan Darurat 119 di tingkat nasional pada bulan Juli 2016. Layanan Darurat 119 kini tersedia di 27 lokasi di Indonesia dengan pembentukan Pusat Komando Nasional di Jakarta dan beberapa Pusat Keamanan Umum di setiap kota⁽¹⁰⁾. Dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan di RS, ada dua jalur bagi pasien untuk mendapatkan perawatan di IGD. Pertama yaitu pasien datang langsung ke IGD RS atau dirujuk dari IGD RS lain⁽²⁶⁾. Pasien dapat datang langsung ke IGD dengan ambulans, mobil pribadi, angkutan umum, atau dalam kasus kecelakaan lalu lintas, dijemput dan dibawa oleh penolong.

Penatalaksanaan trauma bergantung pada fasilitas IGD di setiap RS. Pasien dapat langsung diobati atau dipindahkan ke IGD RS rujukan yang memiliki fasilitas lebih lengkap⁽²⁶⁾. Berdasarkan Undang-Undang Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No. 856 tahun 2009, ada empat tingkat IGD di RS Indonesia. IGD level IV adalah level tertinggi dan menjadi standar minimum untuk RS Kelas A, IGD level III adalah standar minimum untuk RS Kelas B, IGD level II adalah standar minimum untuk RS Kelas C, dan IGD level I adalah standar minimum untuk RS Kelas D⁽¹¹⁾.

Tidak ada sistem triase nasional di Indonesia. Setiap RS menerapkan sistem triase dengan tingkatan yang berbeda. Sistem triase empat tingkat adalah sistem triase yang paling umum digunakan; namun keefektifan sistem triage ini belum pernah dievaluasi. Implementasi sistem triase sendiri di Indonesia pada umumnya sering diabaikan dan tidak konsisten dilakukan⁽²⁸⁾. Dengan demikian, tidak mengherankan bahwa meskipun ketrampilan triase perawat IGD berada pada level sedang namun pengetahuan triase perawat IGD di Indonesia masih berada pada level rendah⁽²⁹⁾.

Pengetahuan, Sikap dan Praktik Perawat *Pre Hospital*

Sistem pendidikan keperawatan di Indonesia memfasilitasi pendidikan formal untuk tatalaksana kegawatdaruratan pada jenjang Sarjana Keperawatan atau Diploma Keperawatan. Namun, belum ada pendidikan formal terkait tatalaksana asuhan keperawatan *pre hospital*. Pendidikan keperawatan di Indonesia sendiri dibagi menjadi lima tingkatan yaitu Diploma Keperawatan, Sarjana Keperawatan, Magister Keperawatan, Spesialis Keperawatan, dan Doktor Keperawatan⁽³⁰⁾.

Pendidikan keperawatan di Indonesia sebagian besar berfokus pada perawatan di RS termasuk perawatan gawat darurat dan hanya mengajarkan beberapa topik terkait asuhan keperawatan gawat darurat *pre hospital* yang dicakup selama jenjang sarjana⁽²⁵⁾. Dengan pengetahuan dan ketrampilan yang sangat terbatas terkait asuhan gawat darurat *pre hospital*, perawat yang bekerja di IGD Puskesmas dan RS memiliki beban tanggung jawab pula sebagai perawat *pre hospital* yang mengelola ambulans.

Perawat IGD RS di Malta merangkap sebagai perawat *pre hospital* dan perawat ambulans. Sehingga perawat IGD juga wajib menerima pelatihan berkelanjutan di RS terkait tatalaksana penanganan kondisi gawat dan darurat di lingkup *pre hospital*. Namun dengan demikian, untuk mencapai kualitas tatalaksana asuhan *pre hospital* yang optimal, maka Malta membutuhkan *mapping* perawat ambulans terlatih tersendiri yang tidak merangkap sebagai perawat IGD⁽³¹⁾.

Pendidikan keperawatan dalam lingkup *pre hospital* di Swedia dimulai pada tahun 1997 dan dikembangkan menjadi program spesialis pada tahun 2001⁽³²⁾. Sejak tahun 2005, seorang *Registered Nurse*⁽⁷⁾ diwajibkan menjadi bagian dari tim ambulans bersama dengan *Emergency Medical Technician* (EMT)⁽³³⁾. Program spesialis dalam asuhan gawat darurat di *pre hospital* bagi perawat di Swedia memiliki proporsi yang tidak seimbang antara pengetahuan medis, pengetahuan keperawatan, dan pengetahuan kontekstual⁽³²⁾.

Lebih dari setengah (52%) topik yang tercakup dalam program ini terkait dengan pengetahuan medis dan hanya 22% dari topik terkait dengan pengetahuan keperawatan⁽³²⁾. Meskipun Swedia dianggap maju dalam menyediakan pendidikan perawatan *pre hospital* bagi perawat, namun belum ada regulasi yang mengatur pendidikan dan pengembangan profesional berkelanjutan bagi perawat yang bekerja di layanan ambulans Swedia⁽³⁴⁾. Di Indonesia, tanpa adanya program pendidikan formal untuk perawat dengan lingkup kerja ambulans dan *pre hospital*, tingkat pengetahuan perawat tentang asuhan *pre hospital* masih belum diketahui.

Penelitian yang dilakukan⁽²⁶⁾, menyoroti perlunya pendidikan tentang perawatan *pre hospital* bagi perawat di Indonesia. Mayoritas perawat ambulans di Indonesia adalah lulusan Diploma Keperawatan, sehingga konten tambahan pada materi terkait asuhan perawatan *pre hospital* juga harus dimasukkan ke dalam kurikulum Diploma serta Sarjana Keperawatan. Untuk lulusan Pasca Sarjana, pemberian kursus singkat dalam perawatan *pre hospital* dinilai sangat penting bagi staf IGD Puskesmas dan RS yang mencerminkan kompleksitas pengetahuan dan ketrampilan perawat *pre hospital*.

PEMBAHASAN

Sumberdaya manusia merupakan salah satu elemen penting dari layanan kesehatan, termasuk di dalamnya pelayanan *pre hospital*. Namun, Indonesia belum memiliki regulasi khusus yang mengatur tatalaksana pelayanan *pre hospital*. Perawat yang bekerja di IGD RS dan Puskesmas, dinilai belum siap dan mampu untuk melaksanakan pelayanan *pre hospital* yang optimal. Salah satu penyebab kesenjangan ini yaitu terbatasnya konten kurikulum keperawatan di Indonesia terkait asuhan keperawatan di lingkup *pre hospital*. RS maupun Puskesmas merupakan fasilitas kesehatan utama di Indonesia yang menyediakan fasilitas layanan *intra hospital* dan *pre hospital*. Dewasa ini, layanan ambulans di Indonesia masih berbasis RS atau Puskesmas. Layanan ambulans sendiri belum terorganisir dengan baik di Indonesia.

Kementerian Kesehatan RI saat meluncurkan sistem layanan AGD 119 pada tahun 2016, telah berupaya menerapkan sistem ini di semua bidang dalam waktu dua tahun sejak peluncuran awal. Hal ini bertujuan agar 514 kabupaten / kota di 34 provinsi di Indonesia wajib menerapkan sistem tersebut pada tahun 2018. Namun, belum ada publikasi data yang menunjukkan kemajuan pelaksanaan ini satu tahun setelah peluncuran. Minat dan perhatian terhadap penggunaan ambulans masih tergolong rendah di Indonesia. Hal ini kemungkinan akibat kurang terorganisirnya sistem layanan gawat darurat di Indonesia, sehingga masyarakat lebih sulit untuk memesan ambulans daripada memesan taksi.

Mayoritas masyarakat juga mengeluhkan mahalannya layanan ambulans. Karena sebagian besar program asuransi kesehatan tidak mencakup layanan ambulans. Kecuali individu tersebut memiliki asuransi kesehatan swasta, yang mana tidak semua asuransi swasta menanggung biaya penggunaan ambulans. Program BPJS juga tidak mencakup layanan ambulans untuk layanan *pre hospital* kecuali untuk tujuan rujukan. Dengan demikian situasi ini menjadi salah satu faktor yang menghambat pelaksanaan sistem layanan gawat darurat di Indonesia.

Praktisi kesehatan yang kompeten diperlukan dalam pemberian layanan kesehatan⁽²⁴⁾. Salah satu strategi untuk menghasilkan praktisi kesehatan yang kompeten adalah mempromosikan dan mengintegrasikan kompetensi inti dalam semua program pendidikan dan pelatihan. Belum diakuinya posisi penyedia layanan *pre hospital* di Indonesia, menyebabkan perawat yang bertugas di IGD RS ataupun Puskesmas turut bertanggung jawab terhadap tata kelola ambulans.

Konten tata laksana keperawatan *pre hospital* dalam kurikulum Sarjana Keperawatan di Indonesia masih sangat terbatas. Keperawatan *pre hospital* saat ini masih merupakan bagian dari konten Keperawatan Gawat Darurat⁽²³⁾. Sehingga tidak mengherankan apabila lulusan keperawatan tidak memiliki ketrampilan praktis terkait tata laksana asuhan keperawatan *pre hospital*. Misalnya menaikkan dan menurunkan tandu, melakukan pengecekan dan memasang peralatan di dalam ambulans, mengendarai ambulans dengan aman, dan menggunakan sistem komunikasi ambulans.

Terbatas konten spesifik dalam kurikulum keperawatan terkait asuhan keperawatan *pre hospital* juga dilaporkan terjadi di Inggris, Irlandia, dan Swedia^(35,36). Kerangka kerja *People-Centered Healthcare* menunjukkan bahwa pendidikan dan pelatihan yang tepat adalah kunci untuk menghasilkan penyedia layanan kesehatan yang kompeten⁽²⁴⁾. Program pendidikan dan pelatihan harus dimulai dengan mengidentifikasi kompetensi inti, dalam hal ini, kompetensi perawat *pre hospital* di Indonesia.

Kemudian, kompetensi inti tersebut harus diintegrasikan ke dalam pendidikan dan pelatihan keperawatan. Kerangka kerja ini juga menekankan pentingnya kurikulum yang berorientasi pada ketrampilan dalam pendidikan dan pelatihan kesehatan. Menurut penelitian⁽²⁶⁾, lulusan keperawatan di Indonesia tidak memiliki ketrampilan dalam pemberian asuhan *pre hospital*. Hal ini mungkin disebabkan karena terbatasnya konten terkait asuhan keperawatan *pre hospital* dalam kurikulum keperawatan nasional.

Meskipun kurikulum keperawatan nasional menyediakan kurikulum inti untuk pendidikan keperawatan di Indonesia yang terstandarisasi, namun setiap penyelenggara pendidikan keperawatan dapat menambahkan konten khusus berdasarkan kebutuhan lokal. Konten asuhan keperawatan *pre hospital* mungkin perlu ditambahkan dalam jenjang akademis dan praktik klinis keperawatan di Indonesia. Pendekatan alternatif lainnya yaitu dengan menyediakan program pelatihan non akademis terkait asuhan keperawatan *pre hospital* bagi para lulusan keperawatan yang mencari pekerjaan dengan minat kerja di bidang *pre hospital*. Hal ini tidak hanya membantu meningkatkan ketrampilan bagi staf baru, namun sekaligus menyediakan program pelatihan yang lebih terfokus dengan tujuan meningkatkan ketrampilan staf.

Kompetensi penyedia layanan kesehatan bergantung pada pendidikan dan pelatihan. Pendidikan keperawatan di Indonesia harus mampu mengakomodasi ketrampilan yang diperlukan dalam semua pengaturan klinis. Termasuk tatalaksana asuhan keperawatan di area *pre hospital*.

Perawat yang bekerja di ambulans mungkin sudah memiliki pengetahuan dan ketrampilan dalam manajemen asuhan *pre hospital*. Akan tetapi masih banyak perawat yang merasa kurang percaya diri dengan pencapaian yang diperoleh. Upaya meningkatkan kompetensi petugas kesehatan adalah bagian dari respon strategis dalam kerangka kerja sistem kesehatan⁽²⁴⁾. Untuk meningkatkan layanan kesehatan, standarisasi pendidikan dan praktik klinis sangat penting berpengaruh.

Menciptakan profesi baru dalam manajemen pelayanan *pre hospital*, seperti perawat khusus *pre hospital*, mungkin tidak dapat diwujudkan di Indonesia dalam situasi saat ini. Sehingga perluasan ruang lingkup praktik di antara perawat dalam pemberian asuhan keperawatan *pre hospital* dirasa jauh lebih efektif. Mengadopsi sistem layanan ambulans di Swedia, perawat merupakan profesi yang direkomendasikan untuk memimpin dan mengelola tatalaksana ambulans di Indonesia⁽³²⁾.

Namun, perluasan ruang lingkup praktik keperawatan di Indonesia tidak dapat menjamin asuhan keperawatan *pre hospital* menjadi lebih baik. Tata kelola layanan gawat darurat dalam lingkup yang lebih besar harus dibenahi terlebih dahulu. Kesadaran masyarakat adalah salah satu faktor yang perlu ditangani untuk meningkatkan sistem layanan gawat darurat di Indonesia.

Kerangka kerja WHO menunjukkan bahwa kampanye pendidikan komunitas dan media massa diperlukan untuk meningkatkan literasi kesehatan masyarakat. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa masyarakat Indonesia harus dididik tentang pentingnya gaya hidup sehat. Termasuk pendidikan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya sistem layanan gawat darurat dan mengurangi penyalahgunaan *call center* layanan gawat darurat.

Sebagian besar pelayanan *pre hospital* di Indonesia tidak memiliki koordinasi yang baik dengan pemerintah pusat dan daerah, tingkat RS atau Puskesmas, dan tingkat masyarakat⁽²⁶⁾. Setiap daerah di Indonesia direkomendasikan untuk menerapkan sistem layanan gawat darurat 119 dengan dukungan pemerintah, terutama pemerintah daerah. Karena pengembangan sistem layanan gawat darurat ini lebih tergantung pada pemerintah daerah di mana pendanaan yang ada sangatlah terbatas, maka pemerintah pusat harus melibatkan sektor swasta dalam mengembangkan sistem⁽³⁷⁾.

Selain itu dukungan dan peran serta negara-negara maju juga dibutuhkan, seperti yang dialami oleh Pakistan⁽³⁸⁾, Sri Lanka⁽³⁹⁾, dan India⁽⁴⁰⁾. Upaya meningkatkan kapasitas perawat ambulans dapat membantu mengembangkan tim

multidisiplin dalam tata kelola pelayanan *pre hospital*. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa memberdayakan masyarakat adalah solusi lain untuk meningkatkan keberhasilan sistem layanan gawat darurat.

Indonesia telah membentuk SPGDT yang berisi pedoman nasional untuk pelayanan gawat darurat di lingkup *pre hospital* diluncurkan pada bulan Mei 2016 oleh Departemen Kesehatan⁽¹¹⁾. Pedoman ini mengatur perawatan *pre hospital* dengan pembentukan *National Command Center* (NCC) di tingkat nasional, dan *Public Safety Center* (PSC) di tingkat lokal / regional. Tujuan dari pengembangan sistem ini yaitu agar sistem layanan gawat darurat dapat diimplementasikan di semua wilayah Indonesia dalam waktu dua tahun sejak diluncurkan.

Kebijakan dan dukungan pemerintah dalam pelayanan *pre hospital* menjadi pokok yang krusial dalam praktik di lapangan. Oleh karena sistem kesehatan di Indonesia saat ini masih dalam tahap pengembangan. Di masa yang akan datang, layanan gawat darurat di lingkup *pre hospital* juga dinilai akan menghadapi banyak tantangan.

Arah kebijakan pelayanan *pre hospital* di Indonesia masih belum jelas. Hal ini dapat dilihat dari kenyataan bahwa sistem layanan gawat darurat 110 belum diimplementasikan di seluruh wilayah Indonesia dan sebagian besar layanan ambulan yang berbasis RS tidak memiliki sistem untuk respons jaringan. Pemerintah daerah memiliki peran penting dalam penetapan kebijakan untuk sistem layanan *pre hospital* yang terorganisir di daerah.

KESIMPULAN

Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia terus berupaya untuk meningkatkan pelayanan demi tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Perkembangan sistem layanan kesehatan dapat dilihat dari peningkatan kuantitas dan kualitas fasilitas layanan kesehatan di RS dan Puskesmas. Cakupan pelayanan dan penerapan skema BPJS harus dapat dinikmati oleh semua lapisan masyarakat Indonesia, terutama di daerah pedesaan dan masyarakat miskin. Budidaya teknologi informasi dapat terus dikembangkan dan digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

Selain itu, pembentukan SPGDT diproyeksikan untuk meningkatkan layanan perawatan gawat darurat di Indonesia. Pembentukan AGD 119 di 27 kota di seluruh Indonesia diharapkan dapat meningkatkan kualitas perawatan *pre hospital*. Perbaikan yang sedang berlangsung ini terkait dengan pendanaan sistem, terutama setelah penetapan desentralisasi pemerintah pada periode 1990-an. Model desentralisasi juga mempengaruhi cara pemerintah provinsi mengelola tenaga kesehatan, serta peraturan pemerintah pusat untuk pendistribusian penyedia layanan kesehatan.

Perawat ambulans di Indonesia memiliki pendekatan yang tepat untuk peran sebagai perawat *pre hospital*. Namun perawat Indonesia membutuhkan dukungan pendidikan yang memadai. Penulis merekomendasikan adanya program pendidikan termasuk kursus singkat dalam perawatan *pre hospital* untuk perawat ambulans di jenjang Pasca Sarjana dan konten pengantar asuhan keperawatan *pre hospital* dalam kurikulum Sarjana.

DAFTAR PUSTAKA

1. Nielsen K, Mock C, Joshipura M, Rubiano AM, Zakariah A, Rivara F. Assessment of the status of prehospital care in 13 low- and middle-income countries. *Prehospital emergency care : official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*. 2012;16(3):381-9.
2. Jena BN, Dubey A, Dhal M. Challenges in handling medical emergencies by ambulance drivers: A comparative study in two metropolitan cities in India. *Journal of Emergency Management*. 2010;8(1).
3. Joshipura MK. Trauma care in India: current scenario. *World journal of surgery*. 2008;32(8):1613-7.
4. Ahidjo KA, Olayinka SA, Ayokunle O, Mustapha AF, Sulaiman GAA, Gbolahan AT. Prehospital transport of patients with spinal cord injury in Nigeria. *J Spinal Cord Med*. 2011;34(3):308-11.
5. Mould-Millman CN-K, Rominski S, Oteng R. Ambulance or taxi? High acuity prehospital transports in the Ashanti region of Ghana. *African Journal of Emergency Medicine*. 2014;4(1):8-13.
6. Tahir N, Naseer R, Khan SM, Macassa G, Hashmi W, Durrani M. Road traffic crashes managed by Rescue 1122 in Lahore, Pakistan. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. 2012;19(4):347-50.
7. Oestern HJ, Garg B, Kotwal P. Trauma care in India and Germany. *Clinical orthopaedics and related research*. 2013;471(9):2869-77.
8. Haedar A. Pre hospital system in Indonesia. *The 6th Asian Conference for Emergency Medicine*; Bangkok 2011.
9. Puspongoro AD. Terrorism in Indonesia. *Prehospital and disaster medicine*. 2003;18(2):100-5.
10. Dzulfiqar F, Riza B. Health ministry launches emergency service 119. *Tempoco*. 2016 1 July 2016.
11. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu 2016. Jakarta: Kemenkes RI; 2016.
12. Heywood P, Choi Y. Health system performance at the district level in Indonesia after decentralization. *BMC International Health and Human Rights*. 2010;10(1):3.
13. Shields L, Hartati LE. Nursing and health care in Indonesia. *Journal of advanced nursing*. 2003;44(2):209-16.
14. Kristiansen S, Santoso P. Surviving decentralisation?: Impacts of regional autonomy on health service provision in Indonesia. *Health Policy*. 2006;77(3):247-59.
15. Rokx C, Giles J, Satriawan E, Marzoeke P, Harimurti P, Yavuz E. New insights into the provision of health services in Indonesia : a health workforce study. Washington DC: World Bank; 2010 14 April 2010.

16. Abdullah A, Hort K, Abidin AZ, Amin FM. How much does it cost to achieve coverage targets for primary healthcare services? A costing model from Aceh, Indonesia. *The International journal of health planning and management*. 2012;27(3):226-45.
17. Lancet. Indonesia strides towards universal health care. *Lancet (London, England)*. 2014;383(9911):2.
18. Kemenkes RI. Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta: Kemenkes RI; 2015.
19. BPJS. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014. Jakarta: BPJS; 2014.
20. Meliala A, Hort K, Trisnantoro L. Addressing the unequal geographic distribution of specialist doctors in Indonesia: the role of the private sector and effectiveness of current regulations. *Social science & medicine*. 2013;82:30-4.
21. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia 2012. Jakarta: Kemenkes RI; 2013.
22. Pitt E, Pusponogoro A. Prehospital care in Indonesia. *Emergency medicine journal : EMJ*. 2005;22(2):144-7.
23. Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI). Kurikulum Inti Pendidikan Ners 2015. Jakarta: Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI); 2016.
24. WHO. People-Centered Health Care: A Policy Framework. Geneva: WHO; 2007.
25. WHO. Global status report on road safety. Geneva: WHO; 2015.
26. Suryanto, Plummer V, Boyle M. Knowledge, attitude, and practice of ambulance nurses in prehospital care in Malang, Indonesia. *Australasian Emergency Care*. 2018;21(1):8-12.
27. Dinkes Prov. DKI Jakarta. Profil Kesehatan DKI Jakarta 2014. Jakarta: Dinkes Prov. DKI Jakarta; 2014.
28. Rochana N, Morphet J, Plummer V. Triage process in Emergency Departments: an Indonesian Study. *Nurse Media Journal of Nursing*. 2016;6(1):37-46.
29. Fathoni M, Sangchan H, Songwathana P. Relationship between triage knowledge, training, working experiences and triage skills among emergency nurses in East Java, Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing*. 2013;3(1):511-25.
30. PPNI. Pendidikan Keperawatan Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Jakarta: PPNI; 2017.
31. Spiteri A. EMS systems in Malta. *Resuscitation*. 2008;76(2):165-7.
32. Sjolín H, Lindström V, Hult H, Ringsted C, Kurland L. What an ambulance nurse needs to know: a content analysis of curricula in the specialist nursing programme in prehospital emergency care. *International emergency nursing*. 2015;23(2):127-32.
33. Falk A-C, Alm A, Lindström V. Has increased nursing competence in the ambulance services impacted on pre-hospital assessment and interventions in severe traumatic brain-injured patients? *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2014;22:20-.
34. Abellsson A, Lindwall L. The Prehospital assessment of severe trauma patients` performed by the specialist ambulance nurse in Sweden - a phenomenographic study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2012;20:67.
35. Melby V. Experiential learning in pre-hospital emergency care: a qualitative study. *Nurse education today*. 2000;20(8):638-45.
36. Ahl C, Nystrom M. To handle the unexpected - the meaning of caring in pre-hospital emergency care. *International emergency nursing*. 2012;20(1):33-41.
37. Sharma M, Brandler ES. Emergency medical services in India: the present and future. *Prehospital and disaster medicine*. 2014;29(3):307-10.
38. Waseem H, Naseer R, Razzak JA. Establishing a successful pre-hospital emergency service in a developing country: experience from Rescue 1122 service in Pakistan. *Emergency medicine journal : EMJ*. 2011;28(6):513-5.
39. Hesser F. From the ground up: a young American helps Sri Lanka construct a prehospital care system. *EMS Magazine*. 2008;37(8):121.
40. Patrick RW. International EMS. An EMS system for India. *Emergency medical services*. 2002;31(6):106-10.