

HAMBATAN *BYSTANDER* DAN PENGASUH DALAM PENANGANAN PERTAMA KEGAWATDARURATAN PRA-RUMAH SAKIT PADA ANAK DAN BALITA: *LITERATURE REVIEW*

I Gusti Ngurah Juniarta^{*1}, Riris Chintya Helieniastuti¹, Retno Tri Astuti Ramadhana¹,
Arista Maisyarah¹

¹Faculty of Nursing, Universitas Jember

^{*}korespondensi penulis, e-mail: rahjuniarta@unej.ac.id

ABSTRAK

Anak-anak dan balita merupakan kelompok populasi yang sangat rentan mengalami kondisi kegawatdaruratan. Masa perkembangan ini ditandai dengan rasa ingin tahu yang tinggi dan aktivitas eksplorasi motorik yang aktif, namun belum diimbangi dengan kemampuan kognitif yang memadai untuk mengenali dan menghindari bahaya. Hal ini menempatkan anak pada risiko tinggi terhadap berbagai insiden, seperti tersedak (benda asing di jalan napas), tenggelam, luka bakar, keracunan, trauma jatuh, hingga kondisi medis akut seperti kejang demam dan henti napas. Artikel ini merupakan *Literature review* dengan analisis artikel pada database Scencedirect, PubMed, dan Ebsco dengan database 2021 hingga April 2026. Penapisan artikel mengikuti diagram alur PRISMA 2020 dan kerangka kerja PICOST untuk mengidentifikasi studi terkait hambatan penanganan kegawatdaruratan pediatrik pra-rumah sakit. Hambatan utama penanganan kegawatdaruratan pra-rumah sakit pada anak dan balita diklasifikasikan ke dalam empat kategori utama: 1) Hambatan pengetahuan dan keterampilan praktis, yang memicu kepasifan atau tindakan salah yang membahayakan; 2) Hambatan psikologis, berupa kepanikan pengasuh serta respons emosional anak; 3) Hambatan sosiodemografis dan pendidikan, mencakup tingkat pendidikan pengasuh serta disparitas ras/etnis korban; dan 4) Hambatan sistem dan komunikasi, berupa kegagalan koordinasi respons gawat darurat. Penanganan kegawatdaruratan pediatrik fase pra-rumah sakit dipengaruhi oleh hambatan kompetensi, psikologis, sosiodemografis, dan sistem. Diperlukan program pelatihan resusitasi dan pertolongan pertama berbasis komunitas yang lebih terarah, inklusif, serta mempertimbangkan pendekatan budaya guna meningkatkan luaran keselamatan anak.

Kata kunci: *bystander*, hambatan, kegawatdaruratan, pediatrik, pra-rumah sakit

ABSTRACT

Children and toddlers constitute a population group that is highly vulnerable to medical emergencies. This developmental stage is characterized by high curiosity and active motor exploratory activities, which are not yet balanced by adequate cognitive abilities to recognize and avoid danger. This places children at high risk for various incidents, such as choking (foreign body airway obstruction), drowning, burns, poisoning, fall trauma, as well as acute medical conditions such as febrile seizures and respiratory arrest. This article is a literature review analyzing articles from the Science Direct, PubMed, and Ebsco databases spanning from 2021 to April 2026. Article screening followed the PRISMA 2020 flow diagram and the PICOST framework to identify studies related to barriers in pre-hospital pediatric emergency management. The primary barriers to pre-hospital emergency management in children and toddlers are classified into four main categories: 1) Knowledge and practical skill barriers, which trigger passivity or harmful incorrect actions; 2) Psychological barriers, consisting of caregiver panic and the child's emotional response; 3) Sociodemographic and educational barriers, including caregiver education levels and racial/ethnic disparities of the victims; and 4) System and communication barriers, in the form of emergency response coordination failures. Pediatric emergency management in the pre-hospital phase is significantly influenced by competency, psychological, sociodemographic, and systemic barriers. More targeted, inclusive community-based resuscitation and first-aid training programs that incorporate cultural approaches are required to improve child safety outcomes.

Keywords: barriers, bystander, emergencies, pediatric, pre-hospital

PENDAHULUAN

Anak-anak dan balita merupakan kelompok populasi yang sangat rentan mengalami kondisi kegawatdaruratan medis maupun trauma fisik (Price dkk., 2025). Masa perkembangan ini ditandai dengan rasa ingin tahu yang tinggi dan aktivitas eksplorasi motorik yang aktif, namun belum diimbangi dengan kemampuan kognitif yang memadai untuk mengenali dan menghindari bahaya. Hal ini menempatkan anak pada risiko tinggi terhadap berbagai insiden, seperti tersedak, tenggelam, luka bakar, keracunan termasuk gigitan ular, trauma jatuh, hingga kondisi medis akut seperti kejang demam dan henti napas (Agarwal dkk., 2025; Dayasiri dkk., 2025; Denny dkk., 2021; Pelizzo dkk., 2025). Menurut *World Health Organization* (WHO), cedera dan kondisi kegawatdaruratan mendadak merupakan salah satu penyebab penyumbang angka morbiditas dan mortalitas tertinggi pada anak di seluruh dunia (Li dkk., 2024; WHO, 2026). Oleh sebab itu, identifikasi penanganan menjadi penting untuk dilakukan sebagai upaya pencegahannya.

Sebagian besar insiden kegawatdaruratan pada anak dan balita tidak terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan, melainkan di lingkungan pra-rumah sakit, seperti di dalam rumah, sekolah, atau area publik. Dalam ilmu kedokteran gawat darurat, terdapat konsep *golden period* (waktu emas), yaitu jendela waktu yang sangat sempit di mana intervensi yang cepat dan tepat pada menit-menit pertama pasca kejadian sangat menentukan prognosis pasien (Tadesse, 2023). Keterlambatan dalam memberikan pertolongan pertama pada fase pra-rumah sakit dapat mengakibatkan hipoksia jaringan, kerusakan organ permanen, komplikasi kecacatan, hingga kematian yang sesungguhnya sangat bisa dicegah (*preventable death*).

Dalam konteks kegawatdaruratan di luar rumah sakit, pengasuh (seperti orang tua, anggota keluarga, guru, atau asisten rumah tangga) dan *bystander* (orang awam yang berada di lokasi kejadian) memainkan peran sentral sebagai penolong pertama

atau *first responder* (Pu dkk., 2024). Mereka merupakan mata rantai paling awal dalam *Chain of Survival* (Rantai Kelangsungan Hidup) pediatrik (Michel dkk., 2022). Keputusan, kesiapan, dan keterampilan mereka dalam melakukan tindakan penanganan pertama seperti manuver pembebasan jalan napas, Resusitasi Jantung Paru (RJP), atau pengendalian perdarahan menjadi faktor kunci yang menjembatani fase kritis sebelum kedatangan layanan medis darurat (ambulans) atau sebelum anak dibawa ke Instalasi Gawat Darurat (IGD).

Meskipun peran mereka sangat krusial, kenyataannya jauh dari teori. Hal ini didukung oleh berbagai studi literatur yang menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan, kesiapan mental, dan kepercayaan diri pengasuh maupun *bystander* dalam memberikan pertolongan pertama pada anak masih bervariasi dan sering kali belum memadai (Agarwal dkk., 2025). Hambatan utama yang sering dijumpai di lapangan meliputi kepanikan psikologis, ketidaktahuan akan protokol Bantuan Hidup Dasar (BHD), ketakutan akan memperparah kondisi anak (takut salah langkah), hingga masih tingginya kepercayaan masyarakat terhadap mitos atau metode penanganan tradisional yang tidak berbasis bukti medis (Juniartha dkk., 2025; Michel dkk., 2022). Akibatnya, banyak kasus kegawatdaruratan anak yang tiba di rumah sakit dalam kondisi yang sudah memburuk akibat penanganan awal yang keliru atau tidak adanya intervensi sama sekali pada fase pra-rumah sakit.

Berdasarkan kesenjangan antara krusialnya peran *first responder* dan masih rendahnya kapasitas mereka di lapangan, pemahaman mendalam mengenai isu ini menjadi sangat urgen untuk ditelaah. Oleh karena itu, kajian literatur ini bertujuan untuk mengkaji secara komprehensif peran *bystander* dan pengasuh dalam penanganan pertama kegawatdaruratan pra-rumah sakit pada anak dan balita. Melalui kajian ini, diharapkan dapat teridentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi respons awam, sekaligus menjadi landasan bagi tenaga

kesehatan dan pembuat kebijakan untuk merancang program edukasi dan pelatihan gawat darurat yang lebih inklusif dan terarah bagi masyarakat luas.

METODE PENELITIAN

Literature review ini bertujuan untuk memberikan gambaran umum tentang hambatan yang dihadapi oleh *bystander* dan pengasuh dalam penanganan kegawatdaruratan pra-rumah sakit untuk anak dan balita. Artikel-artikel diperoleh dengan melakukan penelusuran pada Scencedirect, PubMed, dan Ebsco dari awal database antara tahun 2021 dan April 2026. Adapun kriteria inklusi pada penelitian ini meliputi artikel penelitian yang berfokus pada penanganan pra-rumah sakit untuk pasien anak dan balita usia 0-18 tahun; menggunakan bahasa Inggris; dapat diakses *full-text* dengan *range* tahun publikasi di antara 2021-2026. Sedangkan untuk kriteria eksklusi yakni penelitian yang menggunakan *case report*, *systematic review*, *literature review*, dan *scoping review*.

Kata kunci dan *Boolean logic* yang digunakan dalam pencarian meliputi “(*first aid OR choking OR seizures*) AND (*bystander OR caregiver OR parent*) AND (*pediatric*) AND (*pre hospital emergency*)”. Tinjauan ini mengikuti diagram PRISMA 2020 untuk menyeleksi artikel. Diagram tersebut ditampilkan pada Gambar 2. Metode pemilihan dengan format ‘PICOST’ (*Population, Intervention, Comparison, Outcome, Study Design, Timeframe*) digunakan untuk mendefinisikan tujuan studi di bawah ini:

1. Populasi

Orang awam (*bystanders*), pengasuh utama (*caregivers*, termasuk orang tua dan pekerja tempat penitipan anak/sekolah), serta tenaga medis garda terdepan (*paramedis/perawat ambulans*) yang berhadapan dengan pasien anak dan balita dalam situasi kegawatdaruratan medis (seperti henti jantung, kejang akut, dan toksikologi/gigitan ular).

2. Intervensi

Tindakan pertolongan pertama dan respons penanganan gawat darurat di fase pra-rumah sakit. Hal ini mencakup paparan terhadap hambatan yang dialami penolong (kepanikan, kurangnya keterampilan medis, kegagalan komunikasi) serta penerapan intervensi solusi (seperti pelatihan RJP khusus anak dan pemetaan jalur perawatan/koordinasi).

3. Perbandingan

Membandingkan kesiapan dan kualitas respon pertolongan pertama berdasarkan beberapa variabel:

- Praktik pertolongan pertama yang benar/aman dibandingkan dengan praktik yang salah/berbahaya (berbasis mitos).
- Pengasuh yang sudah mendapat pelatihan medis (RJP) dibandingkan dengan yang belum dilatih.
- Perbedaan respons penanganan berdasarkan tingkat pendidikan pengasuh serta latar belakang sosio-demografis (ras/etnis) korban

4. Hasil

Hambatan dalam penanganan kegawatdaruratan pra-rumah sakit pada anak dan balita yang terdiri dari:

- Hambatan Pengetahuan dan keterampilan praktis: Ketidaktahuan pengasuh memicu praktik pertolongan pertama yang tidak tepat dan bisa membahayakan. Selain itu, meski diketahui tanda kegawatdaruratan pada anak, orang tua maupun pengasuh tidak mampu dengan benar memberikan tindakan yang tepat.
- Hambatan Psikologis: adanya kepanikan dari orang tua atau pengasuh serta munculnya respon emosional anak seperti rasa takut dari anak yang menghambat proses pengambilan keputusan (*decision making*) sehingga memengaruhi efektivitas paramedis saat tiba di lokasi.
- Hambatan Sosiodemografis, pendidikan dan ras: Masih ada ketimpangan (disparitas) dalam

pemberian pertolongan akibat perbedaan ras (warna kulit) dan tingkat pendidikan di masyarakat yang mengakibatkan output keselamatan yang buruk bagi pasien anak di luar rumah sakit.

- d. Hambatan Sistem dan Komunikasi: Adanya kegagalan koordinasi menyebabkan kegagalan dalam merespon kondisi gawat darurat secara seragam dan terpadu.

5. Desain Studi

Jenis artikel yang direview menggunakan pendekatan desain campuran (*Mixed-Methods*) yang merangkum berbagai metodologi, meliputi: studi kuantitatif (observasional

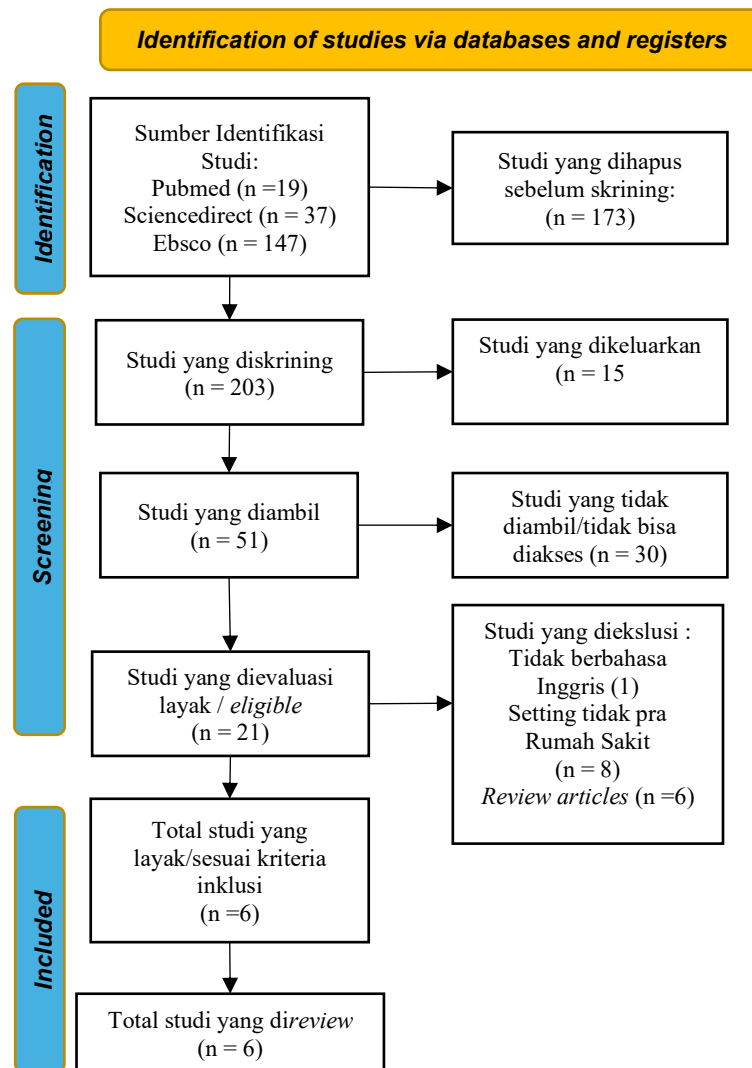
retrospektif dan survei *cross-sectional*), studi kualitatif deskriptif, pemetaan proses konseptual (*process mapping*), dan desain kuasi-eksperimental (*pre-and post-intervention evaluation*)

6. Rentang Waktu

Artikel yang dipilih adalah semua artikel yang diterbitkan sekitar tahun 2021 hingga April 2026.

7. Pemilihan Artikel dan Ekstraksi Data

Pemilihan artikel menggunakan diagram PRISMA 2020 yang dapat dilihat pada Gambar 1. Kemudian dilakukan ekstraksi data oleh para penulis pada 6 artikel yang tersisa. Data Ekstraksi data artikel penelitian yang terpilih dapat dilihat dalam Tabel 1.



Gambar 1. Diagram Alur PRISMA 2020

HASIL

Setelah menentukan artikel yang relevan dengan topik, kemudian dilakukan proses analisis. Dari tinjauan ini, penulis mengidentifikasi empat hambatan dalam melakukan RJP, termasuk kurangnya pelatihan, batasan penggunaan aplikasi, kurangnya kepercayaan diri, dan bias gender di kalangan masyarakat awam.

Tabel 1. Ringkasan Artikel Penelitian Terpilih

No	Penulis	Sampel	Desain	Hasil	Kesimpulan
1.	Yuting Pu, M.D., Guifang Yang, M.D., Xiangping Chai, M.D. (2024)	15.542 kasus henti jantung di luar rumah sakit (OHCA - <i>Out-of- Hospital Cardiac Arrest</i>) yang kejadiannya disaksikan langsung oleh orang lain (<i>witnessed</i>)	Kuantitatif; studi observasional retrospektif	Adanya disparitas yang signifikan dalam pemberian pertolongan resusitasi (CPR dan AED) oleh <i>bystander</i> berdasarkan ras dan etnis korban. Dikatakan bahwa pasien henti jantung dari Ras Kulit Hitam, Hispanik, dan Asia memiliki kesempatan yang secara signifikan lebih rendah untuk menerima resusitasi dari <i>bystander</i> dibandingkan dengan pasien dari Ras Kulit Putih Non-Hispanik.	Pasien dari kelompok Ras Kulit Hitam, Hispanik, dan Asia cenderung lebih kecil menerima resusitasi meski disaksikan oleh orang terdekat sehingga memiliki output yang lebih buruk dibandingkan dengan Ras Kulit Putih Non-Hispanik.
2.	Riikka Rouvinen, Ari Haaranen, Palvi Kankkunen (2026)	56 paramedis tingkat lanjut (<i>advanced- level paramedics</i>) di Finlandia	Deskriptif Kualitatif	Praktik pengukuran Tanda-Tanda Vital (TTV) di lapangan sangat bervariasi dan terkadang tidak dilakukan secara sistematis. Pengukuran tersebut dipengaruhi oleh penampilan anak, gejala klinis, tingkat urgensi, respon emosional/perilaku anak, keterlibatan orang tua/pengasuh, hingga masalah peralatan.	Dalam kondisi gawat darurat pada anak di luar rumah sakit, paramedis merupakan faktor penting di dalamnya. Pendekatan disesuaikan dengan kondisi kontekstual dan ketersediaan sistem di lapangan saat dilakukan penilaian.

				Keterbatasan sistem dokumentasi elektronik berpotensi menurunkan keselamatan pasien anak sekaligus kualitas pelayanannya.	
3.	Kavinda Dayasiri, Nayani Suraweera and Priyanga Burhan (2025)	364 kasus gigitan ular pada anak untuk data kuantitatif dan 54 wawancara kualitatif dengan pengasuh anak	Studi deskriptif <i>cross-sectional</i> dengan <i>mixed-methods</i> yang dilakukan di empat rumah sakit tersier di Sri Lanka	Praktik pertolongan pertama yang benar dilakukan oleh sebagian pengasuh, seperti mencuci luka dengan sabun (73,4%) dan menenangkan anak (61,1%). Namun, tindakan berbahaya masih sangat tinggi, meliputi: mengikat torniket (26,7%), mengoleskan ramuan herbal/rumahan (7,4%), menghisap racun (2,5%), melakukan ritual agama sebelum ke RS (1,5%), hingga menyayat luka (0,5%)	Masih ditemukan praktik pertolongan pertama yang tidak tepat (<i>harmful practices</i>) serta keterlambatan akses ke rumah sakit yang memiliki kontribusi signifikan terhadap perburukan kondisi korban.
4.	Ankit Agarwal, MD, Aastha Gupta, MBBS, Jennifer N. Nguyen, MPH, and Anju Aggarwal, MD (2025)	100 responden yang merupakan orang tua dari anak yang mengalami kejang untuk pertama kalinya	Survei <i>cross-sectional study</i>	74% orang tua berhasil mengidentifikasi bahwa anaknya mengalami kejang. Namun, tidak ada satu pun (0%) orang tua yang mempraktikkan intervensi pra-rumah sakit yang tepat atau dapat mendemonstrasikan tindakan pertolongan pertama spesifik kejang yang benar. Studi juga menemukan	Studi ini membuktikan adanya kesenjangan pengetahuan yang ekstrem pada orang tua mengenai cara bertindak. Kepanikan dan minimnya pengetahuan menjadi hambatan yang memicu miskonsepsi serta penundaan

				bahwa tingkat pendidikan orang tua yang lebih tinggi secara signifikan berkaitan dengan skor pengetahuan yang lebih baik	penanganan gawat darurat.
5.	Michele C. Jackson, Alejandra Vasquez, Oluwafemi Ojo, Alexandra Fialkow, Sarah Hammond, Coral M. Stredny, Annalee Antonetty, and Tobias Loddenkemper (2022)	Data ditarik dari wawancara tidak terstruktur dengan para ahli di <i>Boston Children's Hospital</i> , observasi langsung	Penelitian konseptual berupa pemetaan proses (<i>process map</i>)	Sebanyak 29 hambatan (<i>care gaps/barriers</i>) dalam keseluruhan sistem perawatan kejang akut. Hambatan-hambatan tersebut sering kali dijumpai pada tahap awal, dimana pengasuh, anggota tim perawat, serta institusi gagal merespon kegawatdaruratan secara seragam.	Para peneliti mengusulkan berbagai macam intervensi terstruktur untuk menjembatani dan menutupi hambatan-hambatan komunikasi dan tata laksana ini dalam jalur penanganan kejang pediatrik.
6.	Jörg Michel, Tim Ilg, Felix Neunhoeffer, Michael Hofbeck and Ellen Heimberg (2022)	Pekerja dan pengasuh dari tempat penitipan anak (<i>daycare center</i>) yang dilatih secara khusus dalam kelompok-kelompok kecil berisi 7 hingga 8 peserta	Evaluasi intervensi pendidikan (<i>pre- and post-training evaluation</i>).	Pelatihan resusitasi pediatrik multimodal (yang melibatkan teori, pemodelan ahli, praktik kompresi manekin, dan simulasi skenario darurat) efektif meningkatkan kepatuhan pengasuh terhadap pedoman teknis RJP.	Karena banyak waktu anak dihabiskan di tempat penitipan, memberikan pelatihan teknis resusitasi medis kepada pengasuh (<i>caregivers</i>) adalah langkah yang sangat masuk akal dan berkelanjutan untuk memastikan mereka dapat bertindak cepat pada kasus henti jantung mendadak. Mengatasi hambatan kurangnya keahlian

					pada pekerja non-medis adalah kunci utama perbaikan rute keselamatan pra-rumah sakit.
--	--	--	--	--	---

1. Hambatan Pengetahuan dan Keterampilan Praktis

Temuan pertama ini juga merupakan temuan utama pada beberapa jurnal yang dianalisis. Seperti yang diketahui, pengetahuan seorang *bystander* baik dalam hal ini sebagai orang tua maupun pengasuhan bagi anak, merupakan hal penting yang mampu mengendalikan keberhasilan maupun kegagalan dalam pertolongan anak yang mengalami kegawatdaruratan. Hal serupa sejalan dengan temuan pada studi sebelumnya oleh Juniarta, dkk (2025) yang menyebutkan bahwa kurangnya pengetahuan dan pelatihan merupakan faktor penghambat utama dalam memberikan pertolongan khususnya di luar rumah sakit. Akibat ketidaktahuan orang tua maupun pengasuh akan memicu praktik pertolongan pertama yang tidak tepat dan bisa membahayakan. Ketidaktahuan juga mempengaruhi pengambilan keputusan, dalam hal ini meski sudah diketahui adanya tanda-tanda kegawatdaruratan pada anak, orang tua maupun pengasuh tidak mampu dengan benar memberikan tindakan yang tepat (Agarwal dkk., 2025).

2. Hambatan Psikologis

Hambatan kedua yang teridentifikasi yakni hambatan psikologis seperti kepanikan dari orang tua/pengasuh bahkan pada penolong. Ketika seorang balita atau anak mengalami kejadian kegawatdaruratan, seorang orang tua akan mengalami stres yang tinggi sehingga menimbulkan rasa cemas berlebihan yang berujung pada panik (Jackson dkk., 2022). Hal ini juga terjadi pada pemberi pertolongan seperti perawat ambulance yang sedang mengantar pasien bayi maupun anak. Pada penelitian sebelumnya, disebutkan bahwa mengatasi

pasien bayi dan anak merupakan tantangan atau stressor yang lebih tinggi dari pasien dewasa (Näsström dkk., 2023). Oleh karena itu ketika berfokus pada pasien anak dan balita yang mengalami kondisi kegawatdaruratan sangat mungkin terjadi hambatan psikologis pada orang tua/pengasuh dan pemberi pertolongan itu sendiri.

3. Hambatan Sosiodemografis, Pendidikan, dan Ras

Hambatan ini merujuk pada ketimpangan struktur di masyarakat terutama dari hal perbedaan ras. Temuan ini juga senada dengan penelitian dari Toy, dkk (2023) yang menyebutkan adanya perlakuan yang berbeda yang terkait pada perbedaan ras. Disebutkan bahwa anak-anak yang tinggal di lingkungan marginal dengan tingkat pendidikan rendah dan kemiskinan tinggi cenderung menerima respon kedaruratan yang lebih rendah dan lambat (Idrees dkk., 2024). Terlebih jika korban gawat darurat dari kelompok ras Kulit Hitam, Hispanik dan Asia. Hal ini mempertegas bahwa sampai saat ini memang masih terjadi disparitas yang sangat mendasar dan menyebabkan *outcome* penanganan kegawatdaruratan pada anak dan balita rendah.

4. Hambatan Sistem dan Komunikasi

Hambatan terakhir yang diidentifikasi yakni merujuk pada kegagalan koordinasi dan terputusnya aliran informasi antara orang tua/pengasuh, lokasi tempat anak beraktivitas dan layanan medis darurat khususnya dalam rantai penanganan di luar rumah sakit (Rouvinen dkk., 2026). Kondisi di lapangan, kendala ini diperburuk oleh hambatan komunikasi langsung seperti bahasa, literasi pengasuh yang rendah saat menjelaskan riwayat

medis anak/balita hingga akses yang terbatas untuk memanggil bantuan/ambulance (Michel dkk., 2022). Adanya hambatan ini tentu akan menyebabkan keterlambatan penanganan bagi korban balita dan anak yang mengalami kondisi kegawatdaruratan.

PEMBAHASAN

Hambatan utama pada *review* ini terletak pada kurangnya pengetahuan dan keterampilan praktis. Seorang *bystander* apalagi memiliki peran sebagai seorang orang tua/pengasuh harus memiliki setidaknya pengetahuan sekaligus keterampilan dasar dalam memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan terlebih jika terjadi pada anaknya sendiri. Temuan ini sekaligus menjadi pengingat bahwa pendidikan kegawatdaruratan pada masyarakat awam merupakan hal yang penting namun sering disepelekan karena kejadiannya jarang (Ridham dkk., 2023). Selain itu, kurangnya pengetahuan teoritis dasar dan keterbatasan keterampilan praktis (*hands-on skills*) di kalangan pengasuh serta orang tua merupakan salah satu mata rantai paling lemah dalam sistem pelayanan kegawatdaruratan pra-rumah sakit pada anak. Hambatan ini seringkali memicu fenomena paradoks di lapangan, di mana pengasuh mampu mengidentifikasi adanya bahaya atau gejala klinis pada anak, namun mengalami kelumpuhan tindakan (*action paralysis*) atau melakukan kesalahan fatal saat harus mengeksekusi pertolongan pertama.

Action paralysis kerap terjadi pada kondisi kegawatdaruratan anak dan balita. Temuan ini didukung oleh Agarwal, dkk. (2025) yang mengungkapkan bahwa meskipun sebagian besar orang tua (74%) mampu mengenali karakteristik gejala kejang, tidak ada satupun dari mereka yang memiliki pengetahuan atau mampu melakukan manajemen pertolongan pertama kejang yang aman dan sesuai standar. Akibat dari defisit keterampilan praktis ini, mayoritas pengasuh memilih bersikap pasif, sementara sebagian lainnya justru melakukan tindakan yang kontraproduktif dan membahayakan

keselamatan jalan napas anak, seperti mencekikkan air minum (28%) atau mengguncang-guncang tubuh anak yang sedang kejang (7%). Pola kegagalan pertolongan pertama akibat miskonsepsi ini juga diperkuat oleh Jackson, dkk. (2022) yang menyatakan pengasuh di komunitas kerap kali gagal mengenali onset kejang, sehingga tidak memahami cara menerapkan tindakan penanganan kejang pada anak maupun balita.

Dampak dari rendahnya literasi kesehatan kedaruratan ini tidak hanya terbatas pada penundaan tata laksana medis, tetapi juga meluas pada penerapan praktik-praktik tradisional pra-rumah sakit yang berbahaya. Pada kasus gigitan ular pediatrik di wilayah rural, ketidaktahuan pengasuh memicu tingginya angka penggunaan ikatan *torniquet* yang terlalu kencang (26,7%), aplikasi ramuan herbal lokal seperti jeruk nipis atau tumbukan bawang pada luka (7,4%), hingga tindakan menyayat kulit dan menyedot racun secara manual (Dayasiri dkk., 2025). Tindakan-tindakan keliru ini secara klinis terbukti meningkatkan risiko nekrosis jaringan lokal, infeksi sekunder, dan memperburuk penyerapan toksin sistemik sebelum anak mencapai fasilitas kesehatan.

Teridentifikasinya berbagai hambatan kompetensi tersebut tentu menjadi tantangan bagi penyedia layanan seperti tempat penitipan anak maupun instansi lain yang ada kaitannya dengan anak dan balita. Pekerja non-medis di institusi ini sering kali tidak dibekali keterampilan resusitasi yang memadai untuk menghadapi kasus kritis seperti henti jantung mendadak. Kendati demikian, literatur menunjukkan bahwa hambatan ini bersifat sangat dinamis dan dapat diintervensi (Michel dkk., 2022). Disebutkan pula bahwa implementasi pelatihan resusitasi pediatrik secara multimodal yang menggabungkan teori dasar, pemodelan berbasis video, serta simulasi langsung menggunakan manekin terbukti secara efektif dan signifikan mendongkrak tingkat kepatuhan dan presisi pengasuh non-medis terhadap pedoman teknis Resusitasi Jantung Paru (RJP). Oleh karena itu, sintesis dari berbagai literatur ini

menegaskan bahwa untuk meminimalkan mortalitas pra-rumah sakit pada anak, edukasi komunitas tidak boleh lagi hanya berfokus pada penyebaran brosur informasi gejala (pengetahuan kognitif), melainkan harus bergeser pada pelatihan teknis berkala yang melatih kesiapan psikomotorik pengasuh dalam mengeksekusi tindakan penyelamatan jiwa.

Selanjutnya pada hambatan kedua yakni dari segi psikologis orang tua/pengasuh. Sebagai orang tua/pengasuh, ketika melihat buah hatinya mengalami kondisi kegawatdaruratan tentu akan memunculkan berbagai respon negatif terlebih jika mereka tidak memiliki kemampuan manajemen diri yang baik (Agarwal dkk., 2025). Ditegaskan pada penelitian tersebut, kondisi emosional yang ekstrem menjadi penghambat bagi orang tua untuk bertindak rasional selama fase akut. Kondisi yang kerap muncul saat melihat anaknya mengalami kejang diantaranya adalah ketakutan yang luar biasa (89%), khawatir (8%) dan kebingungan (3%). Selain itu, penelitian lain yang dilakukan oleh Douma, dkk (2023) menyebutkan bahwa bagi keluarga yang memiliki anak maupun balita yang mengalami henti jantung sangat memerlukan dukungan untuk mengatasi kritisnya. Dukungan yang dimaksud diantaranya adalah respon cepat dari tim medis, kepastian tindakan dan informasi, kemitraan dalam proses perawatan, identifikasi adanya krisis lainnya dan fokus pada kondisi kegawatdaruratan yang belum tertangani.

Dampak pada hambatan psikologis tidak hanya terjadi pada orang tua, namun juga pada petugas medis sehingga menyebabkan gangguan pada sistem penanganan kegawatdaruratan anak yang mengalami kejang (Jackson dkk., 2022). Jika respon psikologis negatif yang muncul, akan menyebabkan petugas lambat mengidentifikasi onset awal kejang dari data saksi dalam hal ini pengasuh, kemudian terjadi kegagalan dalam menerapkan rencana tindakan kejang, kemudian terbentur dengan aturan legal dalam pemberian pertolongan pertama

karena tidak memiliki staf terlatih sebelum tim medis datang.

Kesenjangan rasial dan etnis merupakan masalah nyata dalam tindakan resusitasi oleh *bystander* di lingkungan pra-rumah sakit (Pu dkk., 2024). Pada artikel ini juga disebutkan bahwa kesenjangan yang terdeteksi tidak hanya sebatas dalam pemberian pertolongan pertama oleh saksi mata, namun juga rendahnya tingkat pemasangan dan penggunaan *Automated External Defibrillator* (AED) oleh masyarakat bagi kelompok minoritas tersebut. Meski kejadian kegawatdaruratan anak/balita terjadi di ruang publik, tidak menjamin respon pertolongan yang setara, melainkan dipengaruhi oleh karakteristik rasial dari korban tersebut. Pada akhirnya, kelompok minoritas ini menjadi penyumbang angka (*Return of Spontaneous Circulation*) ROSC yang rendah ketika pasien tiba di rumah sakit. Oleh karena itu, diperlukan penargetan intervensi yang lebih baik, seperti kampanye edukasi dan pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD) komunitas yang dirancang khusus untuk mengatasi kesenjangan khususnya di kelompok populasi minoritas.

Hambatan terakhir yang teridentifikasi hambatan sistem dan komunikasi. Hasil studi dari Rouvinen, dkk (2026) menunjukkan bahwa saat menangani kegawatdaruratan pada pasien anak/balita hal yang sering terjadi adalah adanya variabilitas penilaian, faktor-faktor penghambat penilaian, kompleksitas interpretasi klinis, dan risiko keselamatan pasien dikaitkan dengan dokumentasi elektronik. Pada poin variabilitas penilaian, pengukuran kerap dilakukan secara tidak sistematis sebagai contoh sering diabaikannya parameter tertentu seperti tekanan darah dan gula darah jika tidak ada kecurigaan klinis, sebaliknya parameter seperti saturasi oksigen, laju pernapasan, frekuensi nadi dan suhu lebih diprioritaskan. Kemudian faktor-faktor penghambat yang muncul seperti urgensi situasi yang mengharuskan pengukuran yang lebih cepat untuk penentuan Triage, adanya perlawanan fisik dari anak/balita, tangisan dan respon emosional orang tua

juga menjadi indikator cepat atau lambatnya pengukuran berlangsung. Faktor lain yakni keterbatasan ukuran alat bantu spesifik seperti manset tekanan darah untuk balita dan anak juga menjadi tantangan bagi tim medis. Pada kompleksitas interpretasi klinis, khususnya pada pasien anak dan balita memiliki mekanisme kompensasi yang kuat sehingga mampu menyembunyikan tanda-tanda awal perburukan. Hal ini akan membuat penafsiran klinis menjadi lebih lama dibandingkan pasien dewasa. Kemudian dari risiko keselamatan pasien dikaitkan dengan ancaman akibat dokumentasi ePCR yang masih didasarkan pada parameter fisiologis dewasa sehingga nilai batas rujukan terkadang tidak sesuai untuk anak-anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Agarwal, A., Gupta, A., Nguyen, J. N., & Aggarwal, A. (2025). Parental Knowledge and Perceptions of the First Episode of Seizure in Children: A Single-Center Cross-Sectional Study. *Sage Open Pediatrics*, 12, 30502225251374941. <https://doi.org/10.1177/30502225251374941>
- Dayasiri, K., Suraweera, N., & Burhan, P. (2025). First-aid practices and pre-hospital care in paediatric snakebites. *BMC Pediatrics*, 25(1), 614. <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05975-0>
- Denny, S. A., Quan, L., Gilchrist, J., McCallin, T., Sheno, R., Yusuf, S., Weiss, J., & Hoffman, B. (2021). Prevention of Drowning. *Pediatrics*, 148(2), e2021052227. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052227>
- Douma, M. J., Myhre, C., Ali, S., Graham, T. A. D., Ruether, K., Brindley, P. G., Dainty, K. N., Smith, K. E., Montgomery, C. L., Dennet, L., Picard, C., Frazer, K., & Kroll, T. (2023). What Are the Care Needs of Families Experiencing Sudden Cardiac Arrest? A Survivor- and Family-Performed Systematic Review, Qualitative Meta-Synthesis, and Clinical Practice Recommendations. *Journal of Emergency Nursing*, 49(6), 912–950. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.07.001>
- Idrees, S., Anderson, K. K., Choi, Y., & Tijssen, J. A. (2024). Sociodemographic Factors and the Risk of Pediatric Out-of-Hospital Cardiac Arrest in Ontario, Canada: A Province-Wide Case-Control Study. *Journal of the American Heart Association*, 13(1), e032718. <https://doi.org/10.1161/JAHA.123.032718>
- Jackson, M. C., Vasquez, A., Ojo, O., Fialkow, A., Hammond, S., Stredny, C. M., Antonetty, A., & Loddenkemper, T. (2022). Identifying Barriers to Care in the Pediatric Acute Seizure Care Pathway. *International Journal of Integrated Care*, 22(1), 28. <https://doi.org/10.5334/ijic.5598>
- Juniartha, I. G. N., Istiqomah, I. N., & Ramadhana, R. T. A. (2025). IDENTIFIKASI HAMBATAN PADA ORANG AWAM UNTUK MEMBERIKAN RESUSITASI JANTUNG PARU: SCOPING REVIEW. *Coping: Community of Publishing in Nursing*, 13(5), 550–565. <https://doi.org/10.24843/coping.2025.v13.i05.p03>
- Li, C., Jiao, J., Hua, G., Yundendorj, G., Liu, S., Yu, H., Zhang, L., Yang, X., & Liu, L. (2024). Global burden of all cause-specific injuries among children and adolescents from 1990 to 2019: A prospective cohort study. *International Journal of Surgery*, 110(4), 2092–2103. <https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000001131>
- Michel, J., Ilg, T., Neunhoeffer, F., Hofbeck, M., & Heimberg, E. (2022). Implementation and Evaluation of Resuscitation Training for Childcare Workers. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 824673. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.824673>
- Näsström, M., Juneag, L., Häggström, M., & Holmström-Rising, M. (2023). A reflexive

SIMPULAN

Hambatan yang dialami oleh *bystander* dan pengasuh dalam penanganan pertama kegawatdaruratan pra-rumah sakit pada anak dan balita teridentifikasi menjadi empat hambatan yakni hambatan pengetahuan dan keterampilan praktis, hambatan psikologis, hambatan sosiodemografis, pendidikan dan ras serta adanya hambatan sistem dan komunikasi. Keempat hambatan ini secara langsung berkontribusi besar pada keterlambatan akses ke rumah sakit dan perburukan kondisi pasien. Dari temuan ini, diperlukan adanya intervensi untuk menjembatannya seperti pelatihan terstruktur untuk orang tua maupun pengasuh serta pengadaan media yang tepat untuk mempercepat akses ke rumah sakit.

- thematic analysis of ambulance nurses' experience of facilitating child-centered care. *International Emergency Nursing*, 70, 101324.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101324>
- Pelizzo, G., Calcaterra, V., Canonica, C. P. M., Magenes, V. C., Marinaro, M., Durante, E., Cordaro, E., & Zuccotti, G. (2025). Burns in Early Childhood: Age-Specific Causes, Risks, Management, and Implications—A Narrative Review. *Children*, 12(11), 1424. <https://doi.org/10.3390/children12111424>
- Price, M. S., Raaber, N., Gundtoft, P. H., & Trier, F. (2025). Pediatric trauma over a decade: Demographics, mechanisms of injury, and mortality at a major Danish trauma center—a retrospective cohort study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 33(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s13049-025-01348-9>
- Pu, Y., Yang, G., & Chai, X. (2024). Racial and ethnic disparities in bystander resuscitation for out-of-hospital cardiac arrests. *Heart & Lung*, 64, 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2023.12.004>
- Ridham, S., Rasyid, M., & Pratiwi, R. (2023). Peningkatan Pengetahuan Orang Tua Tentang Penanganan Kejang Demam Pada Anak Melalui Pendidikan Kesehatan. *Jurnal Pengabdian Ilmu Kesehatan (JPIK)*, 2(2), 101–108. <https://doi.org/10.33757/jpik.v2i2.44>
- Rouvinen, R., Haaranen, A., & Kankkunen, P. (2026). Vital signs assessment, documentation, and influencing factors in pediatric prehospital care: A qualitative descriptive study of advanced-level paramedics' experiences. *International Emergency Nursing*, 86, 101812. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2026.101812>
- Tadesse, M. (2023). Rapid action saves lives and reduces morbidity. *AIMING FOR THE "GOLDEN HOUR" OF HEALTH EMERGENCY RESPONSE*. <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2022-mtr/rapid-reaction-aiming-for-the-golden-hour-of-health-emergency-response>
- Toy, J., Bosson, N., Schlesinger, S., & Gausche-Hill, M. (2023). Racial and ethnic disparities in the provision of bystander CPR after witnessed out-of-hospital cardiac arrest in the United States. *Resuscitation*, 190, 109901. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2023.109901>
- WHO. (2026, Mei 1). *Child mortality (under 5 years)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-mortality-under-5-years>