

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

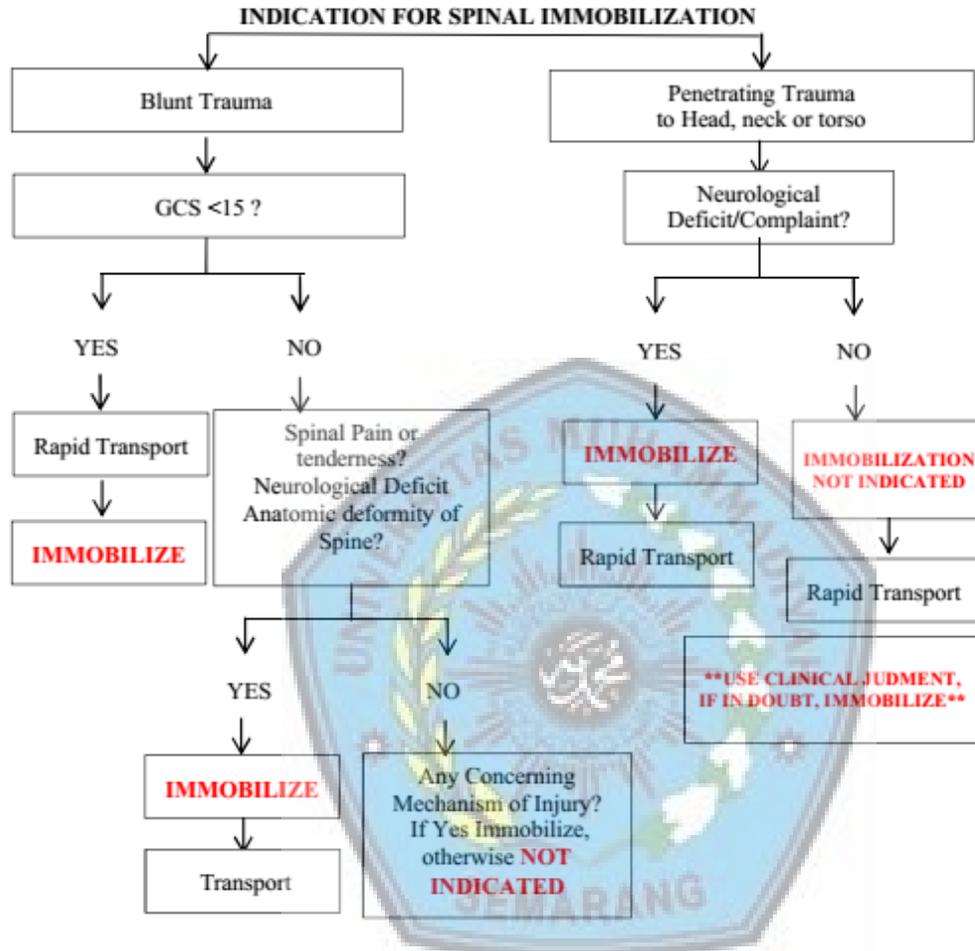
A. *Rapid Extrication*

1. Pengertian *Rapid Extrication*

Yang akan dibahas penulis di bawah ini adalah dua jenis *Rapid Extrication* yaitu *Rapid Extrication* dengan 2 penolong dan dengan 3 penolong. Dikarenakan sangat jarang didapatkan situasi atau lokasi kecelakaan ideal dan nyaman untuk ekstrikasi, Perawat Ambulan terkadang perlu untuk memodifikasi langkah-langkah untuk ekstrikasi tergantung dari kondisi pasien dan situasi lokasi kecelakaan. Akan tetapi prinsip-prinsip *Rapid Extrication* harus tetap sama bagaimanapun juga situasinya yaitu: menjaga manual stabilisasi selama proses ekstrikasi tanpa interupsi, menjaga seluruh spinal pada posisi lurus (*in-line*) tanpa adanya pergerakan yang bisa dibenarkan dan posisi perawat ambulan yang memungkinkan bekerja dengan sukses. Meskipun, seringnya pergantian posisi harus dicegah karena hal ini bisa mengakibatkan kesalahan dalam manual stabilisasi (PHTLS, 2011).

Jadi pengertian *Rapid Extrication* adalah proses pengeluaran/ekstrikasi yang dilakukan 2 atau tiga penolong pada pasien kondisi trauma Gawat, atau ketika tempat kejadian kecelakaan menjadi tidak aman, atau untuk memberi jalan bagi pasien lain yang lebih gawat kondisi, dari dalam kendaraan secara manual (atau memakai rolled blanket) dengan tetap menjaga *spinal stabilization* tanpa menggunakan alat imobilisasi/ekstrikasi tradisional (*KED-Kendrick Extrication Devices/Vest Type Extrication Devices*).

Skema 2.1
Indikasi dari *Spinal Immobilization*



Sumber: (PHTLS, 2011)

2. Indikasi *Rapid Extrication*

Rapid Extrication diindikasikan atau di gunakan dalam situasi di bawah ini (PHTLS, 2011):

- a. Ketika pasien dalam kondisi trauma Gawat yang mengancam jiwa pasien teridentifikasi pada primary survey dan tidak dapat di perbaiki dengan intervensi ketika pasien di temukan. Kriteria kategori pasien trauma Gawat menurut PHTLS seperti yang tercantum di tabel no 2.1

- b. Ketika tempat kejadian kecelakaan menjadi tidak aman dan terlihat jelas berbahaya bagi perawat ambulan dan keberadaan pasien, sangat di perlukan untuk mengeluarkan pasien secepatnya ke tempat yang aman.
- c. Ketika pasien perlu untuk di keluarkan segera agar bisa memberi jalan bagi pasien lain yang lebih gawat kondisi lukanya.

3. Jenis dan Proses *Rapid Extrication*

- a. *Manual Rapid Extrication-3 or more Providers* (3 penolong atau lebih)

Teknik ini di gunakan pada pasien dengan posisi duduk yang mengalami kondisi gawat yang mengancam nyawa pasien dan terindikasi untuk di lakukan *spinal immobilization* (Lihat Skema no 2.1.) dapat di ekstrikasi dengan cepat. Imobilisasi dengan menggunakan *Kendrick Extrication Devices* (KED) memberikan kestabilan yang lebih di dibandingkan dengan menggunakan metode manual rapid extrication, akan tetapi itu akan membutuhkan tambahan waktu lebih banyak 4-8 menit untuk menyelesaikannya.

Tabel no 2.1

Kategori Pasien Trauma Gawat:

Critical or Potentially Critical Trauma Patient: Scene Time of 10 Minutes or less. (pasien trauma

Gawat atau potensial Gawat: Waktu di lokasi 10 menit atau kurang)

Adanya salah satu dari kondisi yang mengancam nyawa di bawah ini:

1. Tidak adekuatnya jalan nafas.
 2. Terganggunya ventilasi seperti yang ditandai di bawah ini:
 - a) Tidak normalnya frekuensi pernafasan (terlalu cepat atau terlalu lambat)
 - b) Tanda Hipoksia (SPO₂:<95% walaupun dengan oksigen suplemen)
 - c) Dysnea
 - d) *Pneumothorax* terbuka atau *Flail Chest*
 - e) Suspek *Pneumothorax*
 3. Siknifikan perdarahan eksternal atau suspek perdarahan internal
 4. Shock, walaupun sudah di kompensasi
 5. Tidak normalnya Status Neurologik
 - a) Skor GCS <13
 - b) Ada aktifitas kejang
 - c) Ada defisit sensorik atau motoric
 6. Trauma tembus (penetrating Trauma) pada kepala, leher, atau tubuh bagian atas atau proksimal ke siku dan lutut di ekstremitas
-

-
7. Amputasi atau hampir amputasi proksimal ke jari tangan atau jari kaki.
8. Semua trauma yang di ikuti adanya beberapa kondisi di bawah ini:
- a) Ada riwayat penyakit dalam yang serius (seperti: Penyakit jantung koroner, COPD, Disorder perdarahan)
 - b) Umur >55 tahun
 - c) *Hypotermia*
 - d) Luka Bakar
 - e) Kehamilan
-

Sumber: (PHTLS, 2011)

Perawat ambulan akan menggunakan metode vest/half board/KED ketika kondisi pasien stabil dan waktu bukan concern utama. Perlu di catat bahwa manual *rapid extrication* ini hanya akan dipilih ketika ada kondisi yang mengancam nyawa pasien bukan sebagai pilihan dasar dalam ekstrikasi pasien(PHTLS, 2011).

Gambar 2.1

Langkah-langkah *Rapid Extrication* dengan 3 penolong

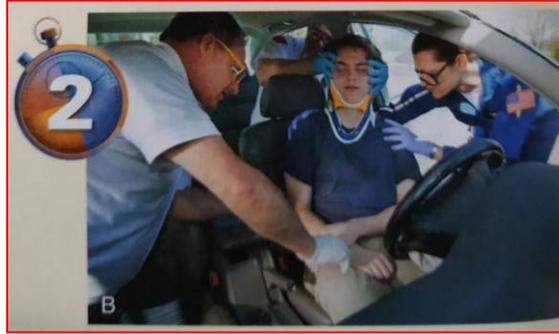
Langkah-langkah Manual *Rapid Extrication* dengan 3 penolong atau lebih

1



Ketika keputusan sudah di buat untuk mengekstrikasi pasien dengan cepat, segera satu penolong melakukan dan menjaga manual *inline immobilization* pada kepala dan leher pasien pada posisi netral. Hal ini paling baik dilakukan dari belakang pasien. Kalau penolong tidak dapat melakukannya dari belakang maka bisa di lakukan dari samping. Baik dari belakang maupun dari samping, kepala dan leher pasien harus di posisikan netral posisi, (rapid assessment) assessment cepat dilakukan, dan cervical collar yang sesuai ukuran leher pasien segera di pasang.

2



Ketika manual immobilisasi terjaga, bagian tubuh atas, bagian tubuh bawah dan kaki pasien di kontrol. Kemudian pasien diputar secara bersamaan, dengan gerakan yang terjaga.

3



Kalau mobilnya mempunyai panel di tengah, kaki pasien harus di gerakkan sekali melewati panel tersebut.

4



Penolong melanjutkan untuk memutar pasien dengan mengontrol gerakan pendek sampai kontrol manual immobilisasi dari belakan pasien tidak di perlukan dan dari dalam kendaraan. Penolong kedua melanjutkan manual immobilisasi dari penolong pertama selama/ketika berdiri diluar kendaraan.

5



Penolong pertama sekarang bisa bergerak keluar kendaraan dan mengambil kembali manual immobilisasi dari penolong kedua.

6



Pemutaran pasien di lanjutkan sampai pasien bisa diturunkan keluar pintu kendaraan ke spinal board (*long backboard*)

7



Long backboard ditempatkan dengan bagian ujung kaki pada kursi kendaraan dan bagian kepala mengarah/pada ambulan stretcher. Jika ambulan stretcher tidak dapat di tempatkan di sebelah kendaraan, maka penolong yang lain bisa memegang dan menahannya selagi pasien ditempatkan di long backboard.

8



Ketika badan pasien diletakkan di board, berat dari dada pasien di kontrol bersamaan mengontrol panggul dan kaki pasien. Pasien ditarik ke atas pada backboard. Penolong selalu menjaga manual immobilisasi dengan hati-hati untuk tidak menarik kepala pasien akan tetapi untuk mensupport kepala dan leher pasien. Setelah posisi pasien berada di atas long backboard, para penolong bisa mengamankan dan mengencangkan pasien di long backboard dengan spider straps yang tersedia dan mengencangkan board pada ambulan stretcher. Tubuh bagian atas dikencangkan pertama, kemudian bagian bawah, pelvis area kemudian kepala. Kedua kaki pasien di kencangkan terakhir. Seandainya kondisi lokasi kecelakaan tidak aman, pasien harus dipindahkan ke tempat yang aman sebelum dikencangkan pada board atau stretcher.

b. *Two Providers* (Dua Penolong)

Pada kondisi dimana jumlah penolong terbatas untuk mengekstrikasi pasien Gawat dengan cepat, teknik ini sangat berguna.

Gambar 2.2

.Langkah-langkah *Rapid Extrication* dengan 2 penolong

Langkah-langkah *Rapid Extrication* dengan 2 penolong:

1



Satu penolong memulai dan menjaga manual *in line immobilization* pada kepala dan leher pasien. Penolong kedua memasang cervical collar yang sesuai ukuran pada pasien dan menempatkan rolled blanket (selimut yang di gulung) pada sekitar pasien. Pertengahan dari rolled blanket di tempatkan pada garis tengah pada cervical collar pasien. Ujung rolled blanket di bungkuskan mengitari cervical collar dan di tempatkan di bawah kedua lengan

pasien.

2



Pasien di putar menggunakan ujung rolled blanket dan sampai punggung pasien berada di tengah pada pintu yang terbuka.

3



Penolong kedua mengambil kontrol pada ujung rolled blanket, diarahkan di bawah kedua bahu pasien, dan pasien digerakkan dengan rolled blanket bersamaan penolong pertama menggerakkan dan mengontrol bagian tubuh bawah pasien, pinggang dan kedua kaki.

Sumber: (PHTLS, 2011)

4. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu penciuman, penglihatan, pendengaran, perasaan dan perabaan. Sebagian

besar penginderaan diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu internal (pendidikan, pekerjaan, usia) dan eksternal (lingkungan dan sosial budaya) (Notoatmojo, 2014). Pendidikan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perorangan, masyarakat dan bangsa . Dalam Bloom's Taxonomy membagi tipe atau wilayah pengetahuan menjadi tiga yaitu: *cognitive* (pengetahuan secara perspektif dan koseptual), *affective* (kelakuan, sikap) dan *psychomotor* (keahlian fisik)(Wikipedia, 2019). Kemudian tingkat pengetahuan *cognitive* di bagi lagi menjadi beberapa tingkatan yaitu (Notoatmojo, 2014):

- a. Tahu (*knowlegde*): Mengingat kembali dari informasi
- b. Memahami (*comprehension*): Memahami arti, terjemahan dan menterjemahkan instruksi dan masalah.
- c. Aplikasi (*application*): Menggunakan konsep pada situasi yang baru, mengaplikasikan pelajaran di kelas pada situasi di tempat kerja. Bisa memfasilitasi transfer ilmu kepada yang baru atau situasi yang unik.
- d. Analisis (*analysis*): Membedakan materi atau konsep menjadi beberapa bagian sehingga bisa memahami struktur organisasi pengetahuan tersebut.
- e. Sintesis (*synthesis*): Membangun sebuah struktur atau pattern dari beberapa element yang berbeda. Menggabungkan bagian-bagian itu bersama menjadi kesatuan, dengan menekankan pada penciptaan struktur baru yang bermakna keaslian dan kreativitas.
- f. Evaluasi (*evaluation*): Membuat keputusan terhadap suatu nilai dari sebuah ide atau material.

Menurut Nursalam Tingkat pengetahuan dikategorikan menjadi tiga (Nursalam, 2011) yaitu:

1. 76%-100% tingkat pengetahuan baik
2. 56%-75% tingkat pengetahuan sedang
3. 55% tingkat pengetahuan kurang

5. Training

Cambridge dictionary mendefinisikan training adalah proses belajar mengenai keahlian yang di butuhkan untuk melakukan suatu pekerjaan atau aktifitas. Atau bisa di artikan aktifitas belajar atau mengajar keahlian dan pengetahuan yang di perlukan untuk sebuah pekerjaan atau aktifitas. Sedangkan menurut Wikipedia, training adalah mengajari atau mengembangkan diri sendiri atau orang lain, pada suatu keahlian/skills dan pengetahuan yang berhubungan dengan kompetensi khusus. Training mempunyai tujuan yang spesifik yaitu untuk meningkatkan kapabilitas, kapasitas, produktifitas dan kemampuan.

Dalam memberikan training bisa menggunakan dengan beberapa metode dapat diterapkan yaitu (Jones dan Bartlett, 2009):

a. Metode pendidikan massa

Metode pendidikan massa dilakukan untuk memberikan pesan kesehatan yang ditujukan untuk masyarakat. Beberapa metode untuk pendekatan massa adalah:

- 1) Ceramah umum.
- 2) Pidato/diskusi tentang kesehatan dapat dilakukan melalui media elektronik, baik televisi maupun radio.
- 3) Simulasi contohnya seperti dialog antara pasien dengan perawat. Simulasi adalah metode yang memberikan pembelajaran melalui sebuah kejadian tiruan dari materi yang disampaikan disertai dengan penjelasan lisan. Metode pembelajaran simulasi adalah metode praktek yang sifatnya mengembangkan keterampilan peserta didik baik kognitif maupun keterampilan. Metode ini memindahkan suatu situasi yang nyata ke dalam kegiatan atau ruang belajar karena adanya keterbatasan untuk melakukan praktek dalam situasi yang sesungguhnya (Sudjana, 2010). Menurut Hasibuan dan Moedjiono (2012) kelebihan simulasi adalah:
 - a) Menyenangkan sehingga peserta terdorong untuk berpartisipasi
 - b) Meningkatkan pendidik mengembangkan aktivitas simulasi
 - c) Memungkinkan eksperimen berlangsung tanpa memerlukan lingkungan yang sebenarnya.

- d) Tidak memerlukan komunikasi yang pelik
- e) Menvisualkan hal abstrak
- f) Memungkinkan interaksi antar peserta
- g) Menimbulkan respon positif dari siswa yang lamban, kurang cakap dan kurang motivasi.
- h) Melatih berpikir Gawat karena siswa terlibat dalam analisis proses dan kemajuan simulasi

Simulasi memiliki beberapa kekurangan diantaranya adalah:

- a) Belum ada riset yang melaporkan efektivitas simulasi dalam memajukan belajar
- b) Validitas simulasi masih banyak diragukan orang
- c) Menuntut imajinasi dari guru dan siswa

b. Metode pendidikan individual

Metode ini digunakan untuk membina perubahan perilaku baru, atau membina seseorang. Bentuk pendekatan ini, antara lain:

- 1) Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*).
- 2) Wawancara (*interview*).

c. Metode pendidikan kelompok

Ada beberapa macam metode kelompok tersebut, yaitu: Metode pendidikan kelompok besar dan kelompok kecil.

1) Kelompok besar

Apabila peserta lebih dari 15 orang. Metode untuk kelompok besar adalah dengan ceramah, demonstrasi atau seminar.

a) Metode ceramah

Ceramah adalah suatu penyampaian informasi yang sifatnya searah yaitu dari penceramah kepada hadirin. metode ceramah merupakan cara mengajar yang paling tradisional dan telah lama dijalankan dalam usaha menularkan pengetahuan secara lisan. Penceramah biasanya dipilih orang yang dianggap ahli. (Notoatmojo, 2014) mengatakan bahwa metode ceramah baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Pendidikan kesehatan dengan metode ceramah

merupakan suatu proses belajar (*learning process*) untuk mengembangkan pengertian yang benar dan sikap yang positif terhadap kesehatan.

b) Seminar

Seminar merupakan metode yang cocok untuk pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

c) Demonstrasi

Metode demonstrasi adalah pertunjukan tentang proses terjadinya suatu peristiwa atau benda sampai pada penampilan tingkah laku yang dicontohkan agar dapat diketahui dan dipahami oleh peserta didik secara nyata atau tiruannya. Menurut Syaiful Sagala (2010) demonstrasi juga memiliki beberapa kelebihan dan kekurangan sebagai berikut:

Kelebihan Metode Demonstrasi:

- (1) Perhatian peserta dapat dipusatkan kepada hal-hal yang dianggap penting sehingga dapat diamati secara teliti.
- (2) Dapat membimbing peserta untuk berpikir dalam satu saluran pikiran yang sama.
- (3) Ekonomis dalam jam pelajaran di sekolah dan ekonomis waktu yang panjang dapat diperlihatkan melalui demonstrasi dengan waktu pendek.
- (4) Dapat mengurangi kesalahan-kesalahan bila di bandingkan hanya dengan membaca dan mendengarkan, karena peserta mendapatkan gambaran yang jelas dari hasil pengamatan.
- (5) Tidak memerlukan keterangan yang banyak sebab sudah dipraktikkan langsung.
- (6) Beberapa persoalan yang menimbulkan pertanyaan atau keraguan dapat diperjelas pada proses demonstrasi.

Kelemahan Metode Demonstrasi

- (1) Derajat verbalisme kurang, peserta didik tidak dapat melihat atau mengamati keseluruhan benda atau peristiwa yang didemonstrasikan.
- (2) Untuk demonstrasi digunakan alat-alat khusus.
- (3) Dalam mengadakan pengamatan diperlukan pemusatan perhatian.
- (4) Tidak semua demonstrasi dapat dilakukan di kelas.
- (5) Memerlukan banyak waktu.

2) Kelompok kecil

Apabila peserta kurang dari 15 orang. Terdapat beberapa metode khusus kelompok kecil seperti: diskusi kelompok, curah pendapat, bermain peran (*role play*), bola salju (*snow ball*), dan permainan simulasi (*simulation game*).

Media merupakan suatu sarana untuk menyampaikan pesan atau informasi oleh penyuluh kesehatan baik berupa media cetak, elektronik dan media luar ruang sehingga sasaran mendapat pengetahuan yang diharapkan berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan. menurut bentuknya media penyuluhan dibedakan atas (Notoatmojo, 2014):

a. Media visual

Media visual berguna untuk menstimulasi indera penglihatan pada waktu terjadinya proses penerimaan pesan. Media visual dibagi dua bentuk yaitu alat bantu yang diproyeksikan (*slide, film dan film strip*) dan media yang tidak diproyeksikan seperti media cetak (*majalah, leaflet, booklet*).

b. Media audio

Media audio adalah media yang membantu untuk menstimulasi indera pendengar pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan/pengajaran, misalnya piringan hitam, radio, pita suara dan lain-lain.

c. Media audiovisual

Media audiovisual adalah alat yang digunakan oleh petugas dalam menyampaikan bahan, materi atau pesan kesehatan melalui alat bantu lihat-dengar, seperti televisi, *video cassette*, dan DVD.

6. Perawat Ambulan Hebat Semarang

Menurut undang-undang Republik Indonesia nomer 38 tahun 2014 tentang Keperawatan dalam pasal 1 ayat 2 mendefinisikan perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang di akui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Keperawatan, 2014). Diambil dari <http://semarangkota.go.id>, bahwa yang di maksud Ambulance Hebat adalah layanan ambulance emergensi untuk penanganan kasus kegawatdaruratan di Kota Semarang. Ambulance Hebat adalah salah satu layanan gratis yang disediakan oleh Pemerintah Kota Semarang, di bawah asuhan Dinas Kesehatan Kota Semarang yang di resmikan oleh Walikota Semarang Bp. Hendrar Prihadi pada tanggal 17 January 2016.

Ambulan hebat memiliki fasilitas mobil ambulan stage 2, minus DC shock, peralatan gawat darurat medis, obat-obatan kegawat-daruratan, serta peralatan seperti gantungan infus, lampu periksa pasien, jok dokter dan jok paramedik/pengantar, APAR, abung Oksigen, automatic ambulan stretcher, cervical collar, long spinal-board, ALS Emergency, dan pasien monitor. Sedangkan untuk SDM pada awal launching terdiri dari 25 perawat, 5 dokter umum, 25 bidan, 25 driver, 5 operator call center, serta 4 tenaga admin.

Ambulan Hebat tersebar di 5 titik, mereka ditempatkan di dinas kesehatan kota semarang sebagai coordinator di lantai

1 serta disebar di 4 lokasi puskesmas rawat inap untuk lebih mempercepat waktu pelayanan. Pembagian tempat tersebut terbagi atas:



Sumber: <https://ambulancehebatsemarang.wordpress.com/>

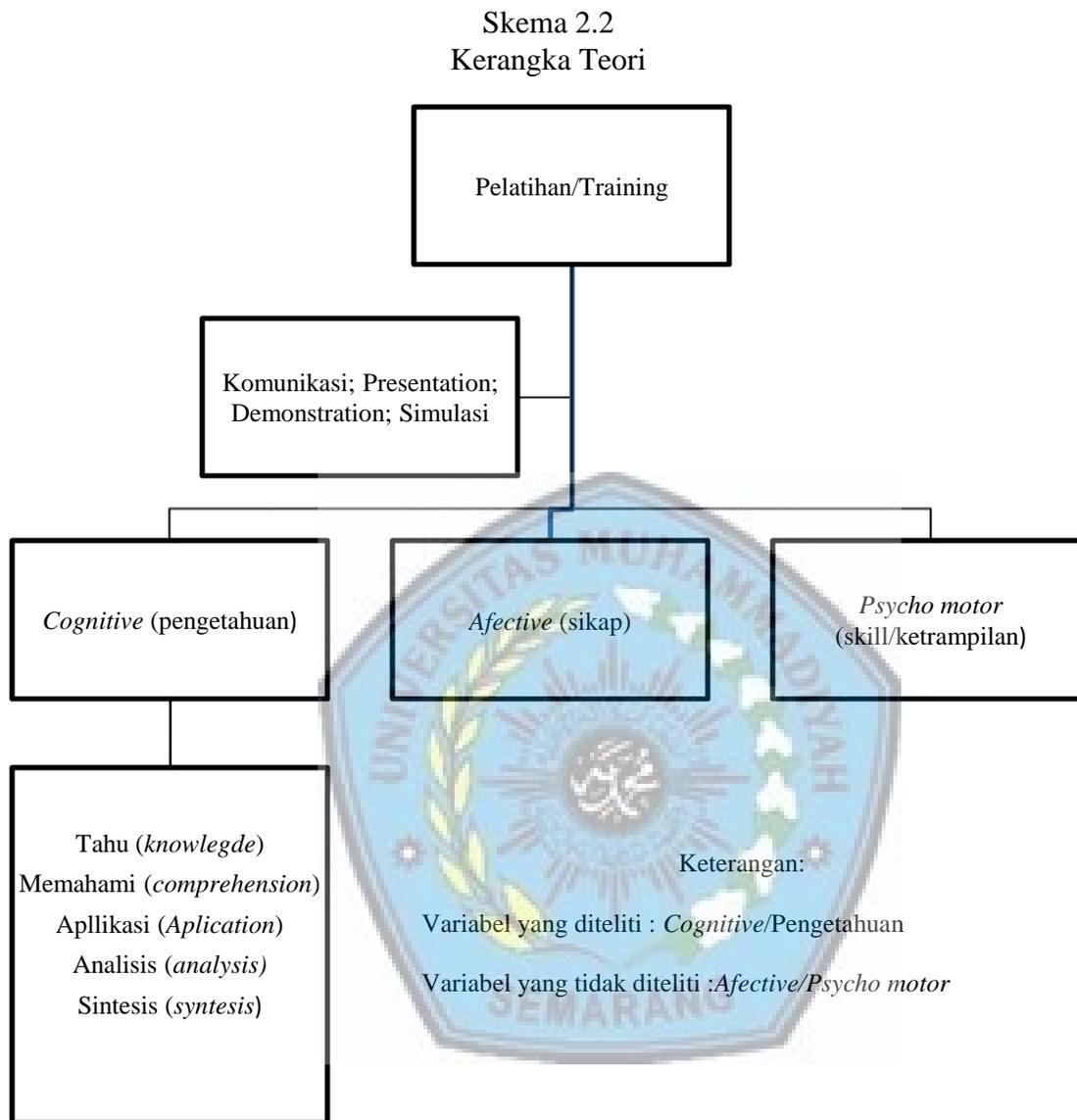
Gambar 2.3
Ambulan Hebat Poster

- a. Kantor Dinas Kesehatan Kota Semarang sebagai pusat koordinasi
- b. Wilayah barat berada di PKM. Karang Malang yang terdiri dari Kecamatan Tugu, Kecamatan Ngalihan, Kecamatan Mijen, Kecamatan Gunungpati.
- c. Wilayah tengah yang berada di PKM Halmahera yang terdiri dari Kecamatan Semarang Tengah, Kecamatan. Semarang Barat, Kecamatan Gajah Mungkur, Kecamatan Semarang Utara, Kecamatan Semarang Timur.
- d. Wilayah selatan berada di PKM Sronдол dengan wilayah Kecamatan Semarang Selatan, Kecamatan. Banyumanik, Kecamatan Candisari,
- e. Wilayah timur yang diposkan di PKM Bangetayu dengan porsi wilayah di Kecamatan Genuk, Kecamatan Gayamsari, Kecamatan Pedurungan, Kecamatan Tembalang

Menurut Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang Widoyono program Ambulan Hebat ini didasari oleh Permenkes No. 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (Menteri Kesehatan RI Nila Farid Moeloek, 2016), Kepmenkes RI Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit, serta Kepmenkes RI Nomor 882/Menkes/SK/X/2009 tentang Pedoman Penanganan Evakuasi Medik. Merupakan program pelayanan kesehatan yang menjamin kebutuhan masyarakat dalam hal kegawatdaruratan, termasuk pelayanan medis yang dapat di hubungi dalam waktu singkat di manapun berada dan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mendapatkan respon cepat. Untuk menghubungi, call center Ambulance Hebat adalah 1500-132, atau melalui aplikasi 'ambulan hebat' di playstore android.

Jadi Perawat Ambulan Hebat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan yang bekerja dan memberikan layanan ambulan emergensi untuk penanganan kasus kegawatdaruratan di Kota Semarang di bawah asuhan Dinas Kesehatan Kota Semarang.

B. Kerangka Teori

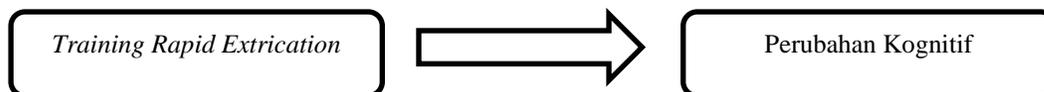


Sumber: {Wikipedia, 2018 #37;Notoatmojo, 2014 #41}

C. Kerangka Konsep

Setelah dilakukan tinjauan pustaka, maka didapatkan kerangka konsep sebagai berikut:

Skema 2.3
Kerangka Konsep



D. Variable Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2011).

Variabel dalam penelitian ini yaitu:

1. Variabel independen: disebut sebagai variabel bebas. Dalam penelitian ini yang merupakan variabel bebas adalah *training rapid extrication*.
2. Variabel dependen: disebut sebagai variabel terikat. Dalam penelitian ini yang merupakan variabel dependen adalah tingkat pengetahuan

E. Hipotesis

Ho: Tidak terdapat perbedaan perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah training rapid extrication pada perawat ambulan hebat Semarang.

H1: Terdapat perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah training rapid extrication pada perawat ambulan hebat Semarang