

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil rasa keingintahuan manusia terhadap sesuatu dan harkat untuk hidup sehingga kehidupan menjadi lebih baik,nyaman dan berkembang sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan manusia baik di masa sekarang maupun di masa depan (Ariani, 2016).

Pengetahuan adalah pemahaman secara teoritis dan praktis yang dimiliki seseorang untuk digunakan sebagaimana mestinya dan berperan penting terhadap kehidupan dan perkembangan individu, masyarakat dan organisasi (Laili, 2018).

Pengetahuan merupakan efek lanjutan dari keingintahuan individu berkenaan dengan objek melalui indra yang dimiliki. Setiap individu memiliki pengetahuan yang tidak sama karena pengindraan setiap orang mengenai suatu objek berbeda-beda (Notoatmodjo,2018).

Pengetahuan adalah suatu hasil dari rasa ingintahu melalui proses *sensory*, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan juga merupakan domain yang terpenting dalam terbentuknya perilaku (Donsu,2019).

1. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuanseseorang terhadap suatu objek mempunyai intensitas atau tingkatan yang berbeda. Secara garis besar dibagi menjadi 6 tingkat pengetahuan, yaitu:

a. Tahu (*Know*)

Tahu adalah mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Pengetahuan tingkat ini termasukmengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah di terima. Oleh sebab itu, tahu merupakan

tingkatan pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu apa yang di pelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefenisikan, menyatakan dan sebagainya.

b. Memahami (*Comprehention*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atas materi dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari dalam situasi dan kondisi *real* (sebenarnya).

d. Analisis (*Analyst*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi, dan berkaitan satu sama lain.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam bentuk keseluruhan yang baru. Sintesis adalah suatu bentuk kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi terbaru.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang di tentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo,2018).

2. Proses Perilaku Tahu

- a. *Awareness* ataupun kesadaran. Pada tahap ini individu sudah menyadari ada stimulus atau rangsangan yang datang padanya.
- b. *Interest* atau merasa tertarik, dimana individu mulai tertarik pada stimulus tersebut.
- c. *Evaluation* atau menimbang-nimbang, dimana individu akan mempertimbangkan baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Inilah yang menyebabkan sikap individu menjadi lebih baik.
- d. *Trial* atau percobaan, yaitu individu mulai melakukan hal-hal baru.
- e. *Adaption* atau pengangkatan yaitu individu telah memiliki perilaku baru sesuai dengan pengetahuan, sikap dan kesadarannya terhadap stimulus (Donsu, 2017).

3. Faktor- faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

1. Faktor Internal

a. Pendidikan

Pendidikan mempengaruhi sejauh mana pengetahuan seseorang. Pendidikan di perlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup (Afifah, dkk., 2016).

b. Lama Bekerja

Lama kerja merupakan waktu di mana seseorang bekerja. Makin lama seseorang bekerja maka semakin banyak pengetahuan yang dimilikinya. Pengalaman seseorang mempunyai dampak yang dalam bersikap positif maupun negatif. Mengingat pengalaman banyak atau lama akan mempunyai kecendrungan untuk bertindak lebih baik dari yang baru. Jadi lama kerja yang peneliti maksud adalah tentang rentang waktu yang perawat lalui sejak mulai bekerja baik itu sejak di ruang intensif rawat darurat ataupun ruang perawatan lainnya.

c. Pengalaman

Hal yang mempengaruhi pengetahuan selanjutnya adalah pengalaman siswi baik secara langsung maupun tidak langsung. Pengalaman bisa di dapat dari kejadian yang dialami sendiri maupun orang lain, teman sebaya, orang tua, dan keluarga (Afifah, dkk., 2016).

d. Usia

Seseorang akan mengalami perubahan aspek fisik seiring pertambahan usia terdiri dari empat kategori perubahan yaitu: perubahan ukuran, perubahan proporsi, perubahan perilaku dan cara berpikir. Perubahan ini terjadi karena pematangan fungsi organ dan pada aspek psikologis atau mental, kemampuan berpikir seseorang semakin matang dan dewasa (Rohmah, dkk., 2019).

2. Faktor Eksternal

a. Ekonomi

Status perekonomian yang baik tentu akan dapat memenuhi kebutuhan pokok baik primer maupun sekunder, dalam hal ini status ekonomi yang baik akan sangat berpengaruh pada kebutuhan sekunder (Suhaidah, dkk.,2013).

b. Informasi

Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat mempercepat seseorang memperoleh pengetahuan yang baru dan sikap individu dalam menghadapi manarche serta menjadi perantara dalam penyampaian informasi untuk merangsang pikiran dan kemampuan (Rohmah, dkk., 2019).

4. Kriteria Tingkat Pengetahuan

Berdasarkan kriteria tingkat pengetahuan, pengetahuan seseorang dapat di interpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- a. Pengetahuan baik bila responden dapat menjawab 76-100% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
- b. Pengetahuan cukup bila responden dapat menjawab 56-75% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.

- c. Pengetahuan kurang bila responden dapat menjawab <56% dari total jawaban(Nursalam, 2016).

B. Perawat

1. Definisi Perawat

Perawat merupakan seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat (UU 38 tahun 2014).

Perawat merupakan profesi yang bekerja secara profesional dan harus memiliki kemampuan, kewenangan dan bertanggung jawab dalam pelaksanaan asuhan keperawatan (Wardah,dkk.,2017).

Perawat merupakan sebuah profesi yang pada saat berkerja dalam melakukan atau menentukan tindakan nya harus didasari dengan ilmu pengetahuan serta memiliki keterampilan yang jelas dalam keahliannya. Perawat memiliki otonomi dalam kewenangan dan tanggung jawab dalam tindakan serta adanya kode etik dalam pekerjaannya kemudian juga berorientasi pada pelayanan melalui pemberian asuhan keperawatan kepada individu, kelompok dan masyarakat (Hidayat, 2018).

2. Kompetensi Perawat Gawat Darurat

Pelayanan kesehatan kegawatdaruratan merupakan pelayanan khusus yang membutuhkan kompetensi khusus, pengetahuan, keterampilan, dan ilmu-ilmu baru yang terkait dalam keperawatan kegawatdaruratan.

Seorang perawat haruslah bersikap profesional dan mampu bergerak dengan cepat ketika memberikan asuhan keperawatan kegawatdaruratan karena pelayanan keperawatan kegawatdaruratan ditujukan pada pasien gawat yang datang tiba-tiba ke Rumah Sakit dalam keadaangawat dan membutuhkan penanganan dengan cepat dan tepat, dimana jika pasien tersebut tidak mendapat pertolongan dengan cepat akan terancam gawat atau terancam anggota tubuhnya (terancam cacat),

dalam hal inilah seorang tenaga perawat di ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD) harus benar-benar memiliki keterampilan dan gerakan yang cepat dan tanggap.

Berdasarkan syarat yang ada seorang perawat yang dapat melakukan pelayanan kesehatan di ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah perawat yang telah memiliki pelatihan kompetensi khusus dari *Basic Trauma Life Support* (BTLS) dan *Basic Cardiac Life Support* (BCLS).

3. Kewenangan Perawat

Kewenangan perawat yaitu:

1. Kewenangan seorang perawat dalam pertolongan pertama di instalasi gawat darurat didasari pada kemampuan dan pelatihan khusus.
2. Perawat yang mendapat pelatihan khusus tersebut memperoleh sertifikat yang diakui oleh profesi keperawatan maupun profesi kesehatan lainnya.
3. Perawat yang telah mendapat sertifikasi tersebut memperoleh izin untuk melaksanakan praktek keperawatan kegawatdaruratan sesuai lingkup kewenangannya (Musliha, 2018).

C. Penilaian *Glasgow Coma Scale*(GCS)

1. Definisi *Glasgow Coma Scale* (GCS)

Glasgow Coma Scale (GCS) adalah suatu skala neurologik yang dipakai untuk menilai secara objektif derajat kesadaran seseorang. *Glasgow Coma Scale* (GCS) kini sangat luas digunakan oleh dokter umum maupun para medis karena patokan/kriteria yang lebih jelas dan sistematis (Adeleye, 2012).

Glasgow Coma Scale (GCS) digunakan untuk menggambarkan secara objektif sejauh mana gangguan kesadaran pada semua pasien medis dan trauma akut. Skala menilai pasien menurut tiga aspek respon: membuka mata, motorik, dan respon verbal. Dari masing-masing respon dapat memberikan gambaran keadaan pasien saat itu. Respon di

setiap komponen skala dapat digabungkan menjadi Skor *Glasgow Coma Scale* (GCS) total yang dapat menggambarkan bagaimana tingkat keparahan pasien secara keseluruhan.

Glasgow Coma Scale merupakan faktor penting yang harus diukur pada pasien cedera kepala. Selain digunakan untuk mengukur tingkat kesadaran pasien secara kuantitatif, *Glasgow Coma Scale* (GCS) juga digunakan untuk memprediksi risiko kematian di awal trauma. (Christensen, dkk., 2014).

2. Cakupan *Glasgow Coma Scale*

Tabel 1
Glasgow Coma Scale

Jenis Pemeriksaan	Nilai
Respon buka mata (E) total :	4
• Respon Spontan (tanpa stimulus/ rangsangan)	4
• Respon Terhadap Suara (perintah buka mata)	3
• Respon Terhadap Nyeri (dirangsang nyeri)	2
• Tidak ada Respon (meski dirangsang nyeri)	1
Respon Verbal (V) total :	5
• Berorientasi baik	5
• Bicara ngaur	4
• Kata kata tidak jelas (respon verbal tidak benar)	3
• Suara tidak jelas	2
• Tidak ada suara	1
Respon Motorik terbaik (M) total :	6
• Mengikuti perintah	6
• Menjauhkan stimulus saat diberikan rangsangan	5
• Menarik anggota yang dirangsang (fleksi normal)	4
• Posisi satu atau kedua tangan berada kaku diatas dada & kaki melebar saat diberi rangsangan (fleksi abnormal)	3
• Posisi satu atau kedua tangan ekstensi di sisi tubuh, dengan jari mengepal & kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri (ekstensi abnormal)	2
• Tidak ada respon (flasid)	1

Sumber : (Ahun, dkk., 2014)

3. Jenis Pemeriksaan *Glasgow Coma Scale (GCS)*

Keparahan cedera otak dapat diklasifikasikan berdasarkan skor, karena itu komponen dan penjumlahan skor *Glasgow Coma Scale (GCS)* sangatlah penting. Skor *Glasgow Coma Scale (GCS)* harus dituliskan dengan tepat, sebagai contoh: *Glasgow Coma Scale (GCS)* 10, tidak mempunyai makna, sehingga harus ditulis: *Glasgow Coma Scale (GCS)* 10 (E3M4V3). Begitu juga carapenulisan skor tertinggi maupun skor terendah. Skor dialokasikan untuk respon dalam setiap komponen. Jumlah skor menunjukkan tingkat kesadaran dan keparahan penurunan kesadaran. Rata-rata skor *Glasgow Coma Scale (GCS)* terendah adalah 3 dan skor tertinggi adalah 15 (Christensen, B. Medscape, 2014).

Adapun dibawah ini penjelasan di setiap komponen penilaian yaitu:

a. E: *Eye*(Mata)

Komponen penilaian akan diberikan kepada pasien dengan memberirangsangan agar membuka matanya dan pasien menunjukkan respon atas rasangan tersebut. Ada 4 nilai dalam komponen ini:

a. Skor 4:

Mata spontan terbuka. Pasien membuka matanya tanpa rangsangan eksternal

b. Skor 3:

Ketika diberi rangsangan verbal pasien membuka matanya

c. Skor 2:

Pasien membuka mata ketika rangsangan yang sakit diberikan

d. Skor 1:

Pasien tidak memberikan respon apapun jika diberikan rangsangan verbal atau rangsangan yang menyakitkan.

b. V : *Verbal*

Komponen Verbal ini, pasien akan diberikan tiga pertanyaan orientasi yaituh waktu, tempat alamat pasien, dan nama keluarga terdekat untuk menilai respon verbalnya. Ada lima nilai di komponen ini diantaranya:

1. Skor 5: orientasi.

Pada tahap ini pasien mampu menjawab pertanyaan alamat, waktu, dan orang terdekat dengan nilai 13. Namun jika pasien menjawab pertanyaan tidak sesuai dengan pertanyaan yang diajukan tapi dengan respon yang baik maka pasien diberikan skor 5.

2. Skor 4: bingung (*disoriented*).

Pada tahap ini pasien hanya mampu menjawab satu atau dua pertanyaan dari ketiga pertanyaan orientasi dengan tepat, pasien diberi skor 4.

3. Skor 3: kata-kata yang tidak tepat.

Percakapan antara pasien dan perawat tidak bisa berlanjut akibat ketidakjelasan artikulasi pasien dan bahasa yang acak pasien ini diberi skor 3.

4. Skor 2: suara tidak komprehensif.

Pasien tidak berbicara atau tanpa stimulasi eksternal maka skornya 2.

5. Skor 1: tidak ada respon verbal.

Pasien tidak memberikan gerakan atau respon apapun.

c. M : *Motorik*

Komponen ini menguji respon motorik terbaik pasien terhadap rangsangan lisan atau rasa sakit. Komponen ini di *Glasgow Coma Scale* (GCS) adalah indikator yang paling akurat dalam memprediksi hasil-hasil pasien. Ada enam nilai dalam komponen:

a. Skor 6: mematuhi perintah.

Pasien mampu melakukan perintah seperti "menunjukkan ibu jari". Jika pasien lumpuh yang tidak dapat menggerakkan anggota tubuh mereka, perawat dapat meminta pasien untuk memberikan respon senyum saja, atau dengan perintah menjulurkan lidah mereka atau juga bisa dengan meminta respon untuk mengedipkan mata saja.

- b. Skor 5 lokasi nyeri.
Pasien mencoba mencoba menyingkirkan sumber rangsangan yang menyakitinya.
- c. Skor 4 penarikan terhadap nyeri.
Pasien mencoba menarik tangan atau kaki nya ketika diberikan rangsangan yang menyakitkan pada jarinya.
- d. Skor 3 abnormal fleksi
Pasien menutup kedua lengan pada dada saat rangsangan rasa sakit diterapkan di siku, pergelangan tangan, dan jari pasien.
- e. Skor 2 abnormal ekstensi
Kedua lengan ditutup pada dinding dada pasien ketika diberikan rangsangan rasa sakit sentral bahu, *fleksi* pergelangan tangan dan jari juga kemungkinan pasien memiliki *ekstensi* di kaki nya.
- f. Skor 1 tidak ada respon
Pasien tidak menunjukkan gerakan apapun ketika rangsangan rasa sakit diberikan kepada pasien (Christensen, dkk.,2014).

4 Kualitas Kesadaran

- a. Composmentis, yaitu kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap lingkungannya dan dapat menjawab pertanyaan yang ditanyakan pemeriksa dengan baik.
- b. Apatis, yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya.
- c. Delirium, yaitu kondisi seseorang yang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi, serta meronta-ronta.
- d. Somnolen, yaitu kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila di rangsang, tetapi bila rangsang yang diberikan berhenti pasien akan tertidur kembali.

- e. Sopor, yaitu kondisi seseorang yang sangat mengantuk, namun masih bisa dibangunkan dengan rangsang yang kuat, misalnya rangsang nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.
- f. Semi-coma, yaitu penurunan kesadaran yang tidak memberikan respon terhadap pertanyaan, tidak dapat dibangunkan sama sekali, respon terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.
- g. Coma, yaitu penurunan kesadaran yang sangat dalam, memberikan respon terhadap pertanyaan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respon terhadap rangsang nyeri (Majalah kesehatan,2019).

5. Cara Penulisan Glasgow Coma Scale

Cara penulisan *Glasgow Coma Scale* berurutan mulai dari urutan E-V-M, hasil di tuliskan sesuai dengan respon pasien yang di dapatkan. Misalnya pasien dengan composmentis nilai *Glasgow Coma Scale* nya 15 (4-5-6) sedangkan pasien penderita coma dalam nilai *Glasgow Coma Skale* nya 3 (1-1-1). Bila salah satu reaksi tidak bisa di nilai misal kedua mata bengkak sedangkan V dan M normal, maka penulisannya X-5-6, bila trakheostomi sedangkan nilai E dan M maka penulisannya 4-X-6, atau bila terjadi tetra parese sedangkan nilai nilai E dan V normal maka penulisannya 4-5-X.

Jika ditotal kan maka nilai *Glasgow Coma Scale* dapat di klasifikasikan :

- a. Skor 14-15 : Compos Mentis
- b. Skor 12-13 : Apatis
- c. Skor 11-12 : Somnolen
- d. Skor 8-10 : Stupor
- e. Skor < 5 : Koma

Maka jika di hubungkan dengan kasus cedera kepala hasilnya

- a. GCS 13-15 : CKR (Cedera Kepala Ringan)

- b. GCS 9-12 : CKS (Cedera Kepala Sedang)
- c. GCS 3-8 : CKB (Cedera Kepala Berat)

(Buku ajar keperawatan kegawatdaruratan, 2017).

D. Konsep Cedera Kepala

1. Defenisi Cedera Kepala

Cedera kepala merupakan salah satu kasus penyebab kecacatan dan kematian yang menjadi masalah kesehatan utama karena korban gawat darurat yang menyerang sebagian orang sehat dan produktif (Wahidin & Ngabdi S, 2020).

Cedera kepalajuga sering disebut sebagai cedera tumpul atau tembus pada kepala atau otak oleh karena adanya gaya eksternal, sehingga mengakibatkan gangguan sementara atau parmanen pada fungsi otak dan adanya perubahan pada struktur otak (*Clinical Practice Guideline*, 2015).

Cedera kepala adalah masalah kesehatan otak yang terjadi akibat benturan mendadak pada otak. Masalah kesehatan ini terjadi akibat adanya kekuatan mekanik eksternal atau benturan fisik dari luar seperti: jatuh, olahraga, serangan maupun kecelakaan berlalu lintas yang dapat menimbulkan kerusakan parmanen atau sementara pada fungsi neurologis, yaitu gangguan fisik, kognitif dan fungsi psikososial (Faul, dkk.,2015).

2. Klasifikasi

Berdasarkan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) cedera kepala diklasifikasikan menjadi 3 bagian yaitu:

1. Cedera Kepala Ringan (CKR) dengan GCS > 13, tidak terdapat kelainan berdasarkan CT scan otak, tidak memerlukan tindakan operasi, lama dirawat di rumah sakit < 48 jam.
2. Cedera Kepala Sedang (CKS) dengan GCS 9-13, ditemukan kelainan pada CT scan otak, memerlukan tindakan operasi untuk lesi intrakranial, dirawat di rumah sakit setidaknya 48 jam.
3. Cedera Kepala Berat (CKB) bila dalam waktu > 48 jamsetelah trauma, score GCS < 9 (George, 2009).

3. Etiologi

1. Kecelakaan Lalulintas

Sekitar 63% pasien cedera kepala yang datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) penyebab utamanya merupakan kecelakaan lalu lintas.

2. Jatuh

Sekitar 40% pasien cedera kepala yang datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) disebabkan karena jatuh.

3. Trauma Benda Tumpul

Kejadian trauma benda tumpul terdeteksi sebanyak 16,5% kasus. Trauma ini dapat menyebabkan luka memar, luka abrasi, dan luka robek yang berdampak pada kerusakan otak.

4. Trauma Benda Tajam

Jenis trauma ini dapat menyebabkan luka iris, luka tusuk, dan luka bacok yang berdampak pada cedera lokal sebesar 16,9%.

5. Kekerasan

Kejadian trauma kepala akibat kekerasan terjadi sekitar 11%.

6. Olahraga

Sekitar 29,9% kasus cedera kepala disebabkan oleh olahraga. (Gaw, dkk., 2016).

4. Patofisiologi

Trauma yang disebabkan oleh benda tumpul dan benda tajam atau kecelakaan dapat menyebabkan cedera kepala. Cedera otak primer adalah cedera otak yang terjadi segera setelah trauma. Cedera kepala primer dapat menyebabkan *kontusio* dan *laserasi*. Cedera kepala ini dapat berlanjut menjadi cedera sekunder. Akibat trauma terjadi peningkatan kerusakan sel otak sehingga menimbulkan gangguan *autoregulasi*. Penurunan aliran darah ke otak menyebabkan penurunan suplai oksigen ke otak dan terjadi gangguan metabolisme dan perfusi otak. Peningkatan rangsangan simpatis menyebabkan peningkatan tonus vaskuler sistemik dan peningkatan tekanan darah. Penurunan

tekanan pembuluh darah di daerah pulmonal mengakibatkan peningkatan tekanan hidrolistik sehingga terjadi kebocoran cairan kapiler. Cedera kepala dapat menyebabkan *oedema* dan *hematoma* pada serebral sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intra kranial. Sehingga pasien akan mengeluhkan pusing serta nyeri hebat pada daerah kepala (Padila, 2012).

5. Manajemen Penanggulangan Bencana Cedera Kepala

Tabel 2

Manajemen Penanggulangan Bencana Cedera Kepala

Komponen	Penilaian	Kemungkinan intervensi
A: <i>Airway</i> atau saluran pernafasan	<ol style="list-style-type: none"> Dengarkan suara Terbuka/tersumbat? Cari serpihan benda-benda, darah, muntah, dan benda asing 	<ol style="list-style-type: none"> Buka saluran pernafasan menggunakan <i>chin-lift</i> atau <i>jaw-thrust</i>. Bersihkan saluran pernafasan, dari benda-benda asing yang tertinggal. Jika diperlukan gunakan saluran nafas buatan orofaring atau nasofaring intubasi trakea, lewat proses bedah.
B: <i>Breathing</i> atau pernafasan	<ol style="list-style-type: none"> Perhatikan pola nafas, laju pernafasan dan kedalaman respirasi. Dengarkan suara pernafasan. 	<ol style="list-style-type: none"> Bila perlu berikan oksigen dengan laju tinggi menggunakan <i>nonrebreather mask</i>. Ganti udara dengan menggunakan tekanan positif (<i>bag-valve-mask</i>).

		3. Jika masih diperlukan gunakan intubasi trakea atau penempatan saluran nafas lewat proses bedah.
C: <i>Circulation</i> atau sirkulasi	<p>1. Lihat dimana perdarahan yang tampak jelas.</p> <p>2. Periksa warna kulit, suhu, dan kelembapan.</p> <p>3. Raba denyut nadi sentral dan distal.</p>	<p>1. Letakkan luka pada posisi yang lebih tinggi.</p> <p>2. Masukkan dua atau lebih kateter <i>large-bore intravenous</i>.</p> <p>3. Berikan bolus dari kristaloid.</p> <p>4. Lakukan transfusi darah.</p> <p>5. Gunakan <i>splint</i> untuk mengontrol perdarahan.</p> <p>6. Fasilitasi intervensi bedah untuk kondisi pendarahan internal atau eksternal yang parah.</p> <p>7. Sediakan <i>resuscitation cardiopulmonary/advanced cardiac life support</i> bila diperlukan.</p>
D: <i>Disability</i> atau ketidakmampuan	<p>1. Periksa kondisi neurologis menggunakan AVPU</p> <p>2. Periksa pupil,</p>	<p>1. Jangan sampai pasien mengalami hipotensif atau hipoksi.</p> <p>2. Jaga dengan hati-hati</p>

	simetris atau tidak, dan reaksi terhadap cahaya.	kondisi tulang belakang agar tidak terjadi kecacatan.
E: <i>Exposure and environment</i> (pernafasan dan lingkungan)	1. Periksa seluruh tubuh	1. Lepaskan semua pakaian pasien. 2. Berikan penghangat tubuh.
F: <i>Full set of vital sign, five interventions, and family presence.</i>	1. Lakukan <i>vital sign</i> 2. Kaji kebutuhan psikologis pasien dan keluarga.	1. Mulai pengawasan jantung berkelanjutan dan saturasi oksigen. 2. Pertimbangkan untuk memasukkan pipa nasogastrik atau orogastrik dan kateter urine.
G: <i>Give comfort measures</i>	1. Ukur tingkat kesakitan.	1. Berikan obat nyeri seperti yang telah disarankan. 2. Lakukan cara nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
H: <i>History</i> <i>Head-to-toe examination</i>	1. Jika pasien sadar, kumpulkan sejarah data medis. Lakukan pemeriksaan dari ujung rambut sampai ujung kaki, infeksi, auskultasi.	1. Dapatkan informasi MIVT dari jasa medis darurat.
I: <i>Inspect posterior surfaces</i>	Miringkan pasien ke satu sisi. Periksa dan raba semua permukaan	

	tubuh dan bagian belakang pasien.	
--	-----------------------------------	--

Sumber : Buku Ajar Keperawatan Kegawatdaruratan, 2017

6. Penatalaksanaan Cedera Kepala

Cedera kepala merupakan masalah kesehatan yang saat ini masih menjadi penyebab utama kematian dikalangan usia yang masih produktif. Hal ini sering terjadi karena masyarakat kurang peduli dan kurang menjaga keselamatan saat berlalu lintas dan terlambatnya dalam memberikan pertolongan pertama. Persentase keselamatan pasien cedera kepala sangat besar apabila penatalaksanaan dilakukan secara tepat dan cepat.

Jenis penatalaksanaan pada cedera kepala:

1. Jalan napas (*airway*)
2. Periksa pernapasan (*breathing*)
3. Sirkulasi (*circulation*)
4. *Disability*
5. Persiapkan pasien untuk pemeriksaan diagnostik penunjang
6. Cegah jangan sampai terjadi peningkatan Tekanan Intra Kranial(TIK) dengan pemberian sedasi atau analgesic, pemberian diuretik osmotik (manitol), posisikan pasien *head elevation* 30 derajat, minimalisasi stimulasi eksternal.
7. Fasilitasi pasien untuk dilakukan tindakan pembedahan.
8. Cegah agar tidak sampai terjadi kejang.
9. Pertahankan suhu tubuh normal.
10. Berikan obat-obatan, antara lain sebagai berikut:
 - a. Diuretic osmotic
 - b. *Loop diuretic*
 - c. Analgesik
 - d. Antibiotic
 - e. Anti hipertensi

7. Komplikasi

Pada pasien cedera kepala komplikasi yang terjadi ada dua yaitu komplikasi jangka pendek dan jangka panjang.

1. Pada jangka pendek: terjadi perdarahan serebral, hematoma, peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK), infeksi, dan kejang.
2. Pada jangka panjang: perubahan perilaku, gangguan fungsi saraf kranial, dan kecacatan sesuai area otak yang mengalami kerusakan.

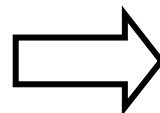
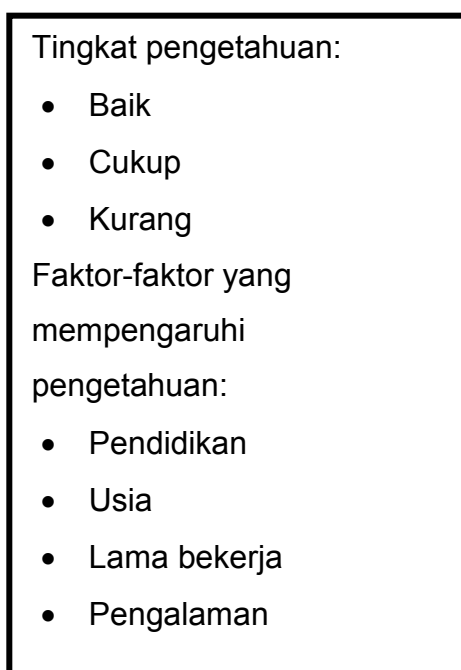
8. Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis korban gawat darurat ditegakkan berdasarkan hasil:

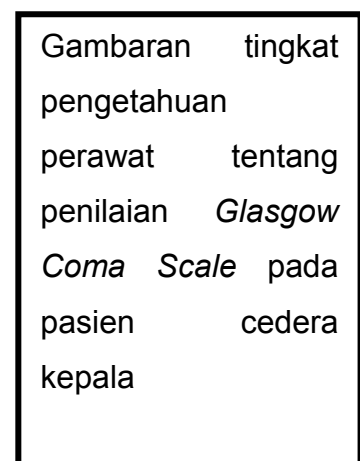
1. Pemeriksaan darah lengkap
2. Pemeriksaan kimia darah (glukosa, BUN (*Blood Urea Nitrogen*), kreatinin)
3. Profil koagulasi
4. Pemeriksaan gas darah (khususnya PaCO₂)
5. Urinalisis
6. CT scan kepala atau MRI (Magnetic Resonance Imaging).

E. Kerangka Konsep

Variabel Independen



Variabel Dependen



Keterangan:

1. Pengetahuan Baik : 76 % - 100 %
2. Pengetahuan Cukup : 56 % - 75 %
3. Pengetahuan Kurang : < 56 %

F. Defenisi Operasional

Tabel Defenisi Operasional dan Aspek Pengukuran

No.	Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1,	Pendidikan	Tingkat pendidikan terakhir	Kuesioner	1. D3 2. D4 3. S1 4. NS 5. S2	Nominal
2.	Usia	Usia seseorang terhitung sejak dilahirkan sampai saat ini.	Kuesioner	1. 20-40 tahun 2. 41-55 tahun	Ordinal
3.	Lama Bekerja	Lamanya responden bekerja di RSUP H. Adam Malik Medan. Terhitng sejak hari pertama kerja	Kuesioner	1. <5 tahun 2. 5-10 tahun 3. >10 tahun	Ordinal
4.	Pengalaman	pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu suatu cara	Kuesioner	Pernah atau tidaknya melakukan pemeriksaan glasgow coma scale pada pasien	Nominal

		untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.		cedera kepala	
5.	Pengetahuan perawat tentang penilaian Glasgow coma skale pada pasien cedera kepala	Merupakan pemahaman perawat dalam menilai respon kesadaran pasien dengan nilai Glasgow coma skale	Kuesioner	<p>1. Baik apabila jawaban yang benar 21-25</p> <p>2. Cukup apabila jawaban yang benar 15-20</p> <p>3. Kurang apabila jawaban yang benar kurang dari 15</p>	Ordinal