

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perawat

1. Pengertian Perawat

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat, baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang - undangan yang berlaku (Kepmenkes RI No. 1239, 2001). Perawat dalam memberikan pelayanan kepada klien ataupun dalam melakukan praktek keperawatan diharapkan memiliki pemahaman yang sama terhadap hakikat keperawatan profesi, praktek keperawatan profesional serta peran dan fungsi perawat profesional. Dalam hal ini perawat dituntut melaksanakan peran dan fungsinya sesuai dengan harapan profesi keperawatan dan masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan keperawatan. (Hutahaeen, 2021)

Perawat adalah seseorang yang memiliki pengetahuan, keterampilan dan kewenangan untuk memberikan asuhan keperawatan pada orang lain berdasarkan ilmu dan kiat yang dimilikinya dalam batas kewenangannya. (Reni, 2021)

2. Jenis Perawat

- a. Perawat Vokasional adalah seseorang yang mempunyai kewenangan untuk melakukan praktik dengan batasan tertentu di bawah supervisi langsung.
- b. Perawat Profesional adalah tenaga profesional yang mandiri, bekerja secara otonom dan berkolaborasi dengan yang lain dan telah menyelesaikan program pendidikan profesi keperawatan, terdiri dari ners generalis, ners spesialis dan ners konsultan. Jika telah lulus uji kompetensi yang dilakukan oleh badan regulatori yang bersifat otonom, selanjutnya disebut *Registered Nurse* (RN).
- c. Ners adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan sarjana di tambah dengan pendidikan profesi (Ners).

- d. Ners Spesialis adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan *pasca sarjana* (S2) dan atau ditambah pendidikan spesialis keperawatan.
- e. Ners Konsultan adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan *pasca sarjana* (S3) dan atau ditambah dengan pendidikan spesialis keperawatan. (Sumijatun, 2021)

3. Peran Perawat

Peran perawat merupakan perilaku yang diinginkan orang lain kepada seseorang sesuai dengan kedudukan di dalam sistem, di mana hal tersebut dipengaruhi oleh keadaan sosial dari profesi perawat atau di luar profesi keperawatan dan bersifat konstan. (Reni, 2021)

Perawat adalah seorang yang berperan sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, peneliti keperawatan dalam melaksanakan tugasnya secara mandiri dan kerja sama (kolaborasi). (Asmadi, 2018)

Peran merupakan keadaan dari tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang, sesuai dengan kedudukannya dalam suatu lingkungan. Peran perawat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar profesi keperawatan dan bersifat konstant. (Serri, 2021)

Menurut Doheny, peran perawat terdiri dari 8 elemen, yaitu :

a. *Care giver* (pemberi asuhan keperawatan)

Peran perawat sebagai *care giver* adalah perawat sebagai pelaku atau pemberi asuhan keperawatan yang dapat memberikan pelayanan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada klien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana dan tindakan serta evaluasi keperawatan. Dalam hal ini perawat juga harus memperhatikan individu atau klien sebagai makhluk yang holistik dan unik.

b. *Client advocate* (pembela)

Peran perawat sebagai *client advocate* adalah perawat sebagai pembela atau penghubung antara klien dengan tim kesehatan lain dalam upaya pemenuhan kebutuhan klien, membela hak ataupun kepentingan klien dan membantu klien untuk memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan dengan pendekatan tradisional maupun profesional. Peran perawat dalam hal ini sekaligus mengharuskan perawat untuk bertindak sebagai narasumber dan fasilitator dalam pengambilan keputusan terhadap upaya kesehatan yang harus diperoleh klien. Dalam menjalani peran perawat sebagai advocate, perawat juga harus dapat melindungi dan memfasilitasi keluarga dan masyarakat dalam pemberian pelayanan keperawatan.

c. *Counsellor* (konselor)

Peran perawat sebagai konselor adalah mengidentifikasi perubahan pola interaksi klien terhadap keadaan sehat - sakitnya. Interaksi ini merupakan dasar dalam merencanakan metode untuk meningkatkan kemampuan adaptasi klien dan juga memberikan konseling atau bimbingan kepada klien, keluarga maupun masyarakat tentang masalah kesehatan sesuai dengan prioritas masalah yang dialaminya. Konseling ini diberikan untuk mengintegrasikan pengalaman klien terhadap kesehatannya dan juga terhadap pemecahan masalah yang difokuskan pada masalah keperawatan untuk mengubah perilaku hidup klien kearah perilaku hidup sehat.

d. *Educator* (pendidik)

Peran perawat sebagai pendidik klien adalah membantu klien meningkatkan kesehatannya melalui pemberian pengetahuan (edukasi) yang terkait dengan keperawatan dan tindakan medik yang diterima klien, sehingga klien atau keluarga dapat menerima tanggungjawab terhadap hal-hal yang diketahuinya. Dalam hal ini, perawat juga dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga yang beresiko tinggi terhadap masalah kesehatan.

e. *Collaborator* (kolaborasi)

Peran perawat sebagai *Collaborator* adalah perawat bekerja sama dengan keluarga dan tim kesehatan lainnya dalam menentukan rencana ataupun pelaksanaan asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada klien untuk memenuhi kebutuhan klien terhadap kesehatannya.

f. *Coordinator* (koordinator)

Peran perawat sebagai koordinator adalah perawat dalam memberikan perawatan kepada klien dapat memanfaatkan semua sumber-sumber dan potensi yang ada, baik materi maupun kemampuan klien secara terkoordinasi sehingga tidak ada intervensi yang terlewatkan maupun tumpang tindih. Hal - hal yang perlu dilakukan perawat dalam menjalankan perannya sebagai koordinator adalah :

- a) Memantau atau mengkoordinasi seluruh pelayanan keperawatan.
- b) Mengatur tenaga keperawatan yang bertugas.
- c) Mengembangkan sistem pelayanan keperawatan.
- d) Memberikan informasi tentang hal-hal yang terkait dengan pelayanan keperawatan pada sarana kesehatan.

g. *Change agen* (pembaharu)

Peran perawat sebagai pembaharu adalah perawat mengadakan inovasi atau pembaharuan kepada klien terhadap cara berfikir, bersikap dan bertingkah laku untuk meningkatkan keterampilan klien atau keluarga untuk mencapai hidup yang sehat.

h. *Consultan* (konsultan)

Peran perawat sebagai konsultan adalah perawat sebagai pusat atau sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi klien. (Serri, 2021)

4. Fungsi Perawat

Fungsi adalah suatu pekerjaan yang harus dilaksanakan seseorang sesuai dengan perannya. Fungsi dapat berubah dari suatu keadaan ke keadaan yang lain. (Serri, 2021)

Fungsi perawat adalah suatu pekerjaan yang harus dilaksanakan seorang perawat sesuai dengan perannya. Fungsi keperawatan dapat dilakukan baik secara mandiri, ketergantungan maupun dengan kolaborasi. (Serri, 2021)

a. Fungsi keperawatan mandiri (independen)

Dalam hal ini fungsi perawat dilaksanakan secara mandiri, dimana aktivitas keperawatan yang dilaksanakan berdasarkan inisiatif perawat itu sendiri dengan dasar pengetahuan dan keterampilan yang sudah dimiliki.

b. Fungsi keperawatan ketergantungan (dependen)

Fungsi perawat dependen (ketergantungan) merupakan fungsi perawat dimana aktifitas keperawatan dilaksanakan atas instruksi Dokter atau dibawah pengawasan Dokter. Dalam hal ini perawat tidak bisa melakukan tindakan atau memberikan perawatan kepada klien tanpa sepengetahuan Dokter.

c. Fungsi keperawatan kolaboratif (interdependen)

Fungsi perawat interdependen merupakan fungsi perawat dimana aktivitas keperawatan dilakukan atas kerjasama dengan pihak lain atau tim kesehatan yang lain. Dalam hal ini perawat dengan tim kesehatan yang berkolaborasi harus bertanggung jawab secara bersama-sama terhadap tindakan yang diberikan kepada klien, saling melindungi kepentingan setiap bagian dan bersama-sama mencapai tujuan yang telah disepakati oleh tim kesehatan yang berkolaborasi dalam memberikan tindakan ataupun perawatan kepada klien.

Agar pelaksanaan praktek keperawatan kolaboratif dapat berjalan secara efektif, maka seorang perawat harus mempunyai kemampuan klinis, mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang memadai dan rasa pertanggungjawaban yang tinggi dalam setiap melaksanakan tindakan kepada klien.

Tanggungjawab perawat dalam memberi asuhan keperawatan kepada klien dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasarnya, meliputi:

- 1) Perawat bertanggungjawab membantu klien untuk memperoleh kembali kesehatannya.
- 2) Perawat bertanggungjawab membantu klien yang sehat untuk memelihara kesehatannya.
- 3) Perawat bertanggungjawab membantu klien yang tidak dapat disembuhkan supaya dapat menerima kondisi atau keadaannya.
- 4) Perawat bertanggungjawab membantu klien yang menghadapi ajal supaya diperlakukan secara manusiawi sesuai martabatnya sampai dia meninggal dunia dengan tenang. (Serri, 2021)

5. Tugas Dan Wewenang Perawat

Dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan sebagaimana diatur dalam UU RI No.38 tahun 2014, Perawat bertugas sebagai :

- a. Pemberi Asuhan Keperawatan
- b. Penyuluh dan konselor bagi Klien
- c. Pengelola Pelayanan Keperawatan
- d. Peneliti Keperawatan
- e. Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang atau pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Tugas dapat dilaksanakan secara bersama ataupun sendiri-sendiri, dilaksanakan secara akuntabel. (Yulianingsih, 2021)

Kewenangan perawat dalam menjalankan tugas dan profesinya secara prinsip diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1293/Menkes/SK/XI/2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat. Keputusan Menteri ini sebagai peraturan teknis yang diamanatkan UU Kesehatan Tahun 1992 dan peraturan pelaksanaan dari Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan. Dalam Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 tersebut dijabarkan bahwa perawat merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki

kewenangan dan fungsi khusus yang berbeda dengan tenaga kesehatan lain. (Asmadi, 2018)

Dengan demikian sebagai peraturan pelaksana, Keputusan ini merupakan norma yuridis yang mengikat perawat dalam menjalankan profesinya, terutama yang dilakukan di rumah sakit. Dalam menjalankan profesinya perawat tidak terlepas dari batasan kewenangan yang dimilikinya karena kewenangan merupakan syarat utama dalam melakukan suatu tindakan medis.

6. 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. (Maria,2022)

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 keadaan gawat 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. (Maria,2022)

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). (Maria,2022)

B. Konsep Penatalaksanaan

1. Pengertian Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status, kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. (Suarni, 2017)

Penatalaksanaan adalah tugas dari perawat untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Tahap ini dimulai setelah rencana tindakan disusun. Penatalaksanaan merupakan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. (Serri, 2021)

2. Tujuan Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan keperawatan adalah:

- 1) Meningkatkan kesehatan klien.
- 2) Pencegahan penyakit.
- 3) Pemulihan kesehatan klien.
- 4) Memfasilitasi coping klien.

3. Kategori Penatalaksanaan

- a. *Cognitive implementations*, meliputi pengajaran/ pendidikan. menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan hidup sehari-hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi, memberikan umpan balik, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain lain.
- b. *Interpersonal implementations*, meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, *role model*, dan lain lain.
- c. *Technical implementations*, meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respon klien yang

almormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain-lain. (Lisa, 2017)

4. Jenis Jenis Penatalaksanaan

- a. *Independent implementations* adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi *Activity Daily Living* (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-spiritual, perawatan alat invasive yang dipergunakan klien, melakukan dokumentasi, dan lain-lain.
- b. *Interdependen/ Collaborative implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, *Naso Gastric Tube* (NGT), dan lain-lain. Keterkaitan dalam tindakan kerjasama ini misalnya dalam pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis, dan efek samping merupakan tanggungjawab dokter tetapi benar obat, ketepatan jadwal pemberian, ketepatan cara pemberian, ketepatan dosis pemberian, dan ketepatan klien, serta respon klien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.
- c. *Dependent implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, *physiotherapies*, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi. (Lisa, 2017)

5. Faktor- faktor Yang Mempengaruhi Penatalaksanaan

a. Faktor Internal

1) 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

2) Pendidikan

Pendidikan mempengaruhi sejauh mana penatalaksanaan tindakan seseorang. Pendidikan di perlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup.

3) Lama Bekerja

Lama kerja merupakan waktu di mana seseorang bekerja. Makin lama seseorang bekerja maka semakin banyak pengalaman penatalaksanaan yang dilakukannya. 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.

4) Pengalaman

Hal yang mempengaruhi penatalaksanaan selanjutnya secara langsung maupun tidak langsung. Pengalaman bisa di dapat dari kejadian yang dialami sendiri maupun orang lain, teman sebaya, orang tua, dan keluarga. (Rohmah, dkk, 2019).

b. Faktor Eksternal

1) 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

2) Informasi

Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat mempercepat seseorang memperoleh penatalaksanaan yang baik dan sikap individu dalam menghadapi manarke serta menjadi perantara dalam penyampaian informasi untuk merangsang pikiran dan kemampuan. (Maria, 2022)

6. Manfaat Dokumentasi Penatalaksanaan

- a. Mengkomunikasikan tindakan-tindakan yang telah dilakukan kepada pasien.
- b. Menjadi dasar penentuan tugas dalam suatu ruangan.
- c. Memperkuat pelayanan keperawatan (menghindari malpraktek).
- d. Membantu perhitungan anggaran biaya Rumah sakit.(Lisa, 2017)

7. Kriteria Tingkat Penatalaksanaan

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

- a. Penatalaksanaan baik bila responden dapat menjawab 76-100% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
- b. Penatalaksanaan cukup bila responden dapat menjawab 56-75% dengan benar dari total jawaban pertanyaan.
- c. Penatalaksanaan kurang bila responden dapat menjawab <56% dari total jawaban (Maria, 2022)

C. Konsep *Glasgow Coma Scale*

1. Defenisi *Glasgow Coma Scale*

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. (Maria, 2022)

Glasgow Coma Scale (GCS) adalah pengkajian untuk mengukur tingkat kesadaran secara objektif dapat diterima secara luas, ada tiga macam klasifikasi penilaian yaitu mata, *Verbal* dan *Motorik*. *Glasgow Coma Scale* (GCS) dapat digunakan untuk mengukur abnormalitas metabolik, hipoksia, cedera neurologis dan intoksikasi. (Pangaribuan, 2021)

Salah satu metode yang paling umum digunakan untuk mengetahui tingkat kesadaran seseorang yaitu *Glasgow Coma Scale* (GCS). *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 cedera. (Maria, 2022)

Glasgow Coma Scale (GCS) adalah untuk mengukur tingkat kesadaran pasien dapat dinilai dengan menggunakan *mnemonic Alert Verbal Pain* dan *Unresponsive* (AVPU). Sebagai tambahan, cek kondisi pupil, ukuran, kesamaan, dan reaksi terhadap cahaya. Pada saat *primary survey*, penilaian neurologis hanya dilakukan secara singkat. Pasien yang memiliki risiko hipoglikemi (misal: pasien diabetes) harus dicek kadar gula dalam darahnya, apabila didapatkan kondisi hipoglikemi berat maka bisa diberikan *dextrose* 50%. Adanya penurunan tingkat kesadaran akan dilakukan pengkajian lebih lanjut pada *secondary survey*. *Glasgow Coma Scale* (GCS) dapat dihitung segera setelah pemeriksaan *secondary survey*. (Ikhsda & dkk 2017)

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

Tingkat keparahan kerusakan otak dapat dinilai melalui skor, sehingga komponen dan penjumlahan skor *Glasgow Coma Scale* (GCS) menjadi sangat penting. Skor *Glasgow Coma Scale* (GCS) harusnya ditulis dengan benar, misalnya: *Glasgow Coma Scale* (GCS) 10 : tanpa arti, sehingga harus ditulis : *Glasgow Coma Scale* (GCS) 10 (E3M4V3). Demikian pula, tuliskan skor tertinggi dan terendah. Nilai diberikan untuk jawaban dari setiap komponen. Skor total menunjukkan tingkat

kesadaran dan tingkat keparahan kehilangan kesadaran. Rata-rata skor *Glasgow Coma Scale* (GCS) terendah adalah 3 dan skor tertinggi adalah 15. (Maria, 2022)

Berikut penjelasan masing-masing bagian penilaian, yaitu:

1) *Eye* (Mata)

Komponen penilaian diberikan kepada pasien merangsang pasien untuk mendorong membuka matanya menunjukkan respons terhadap suatu stimulus. Ini memiliki 4 nilai komponen ini:

a) Skor 4: Spontan

Membuka mata secara spontan. Pasien membuka matanya tanpa rangsangan eksternal.

b) Skor 3: Terhadap suara

Ketika pasien menerima rangsangan *Verbal*, dia membuka matanya.

c) Skor 2: Terhadap nyeri

Pasien membuka mata ketika rangsangan yang di berikan nyeri.

d) Skor 1: Tidak ada respon

Pasien tidak memberikan respon apapun ketika diberikan rangsangan *Verbal* maupu rangsangan nyeri.

2) *V : Verbal*

Pada komponen ini, tiga pertanyaan akan di tanyakan pada pasien di fase orientasi yaitu : waktu, tempat tinggal pasien, dan nama keluarga terdekat melalui respon *Verbal*. Ada 5 nilai di komponen ini diantaranya:

a) Skor 5: Orientasi Baik

Pada tahap ini dapat dijawab oleh pasien dengan baik yaitu pertanyaan : alamat, waktu, dan orang terdekatnya sdengan baik dan tepat. Maka skor yang diberikan itu adalah 5.

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

Pada tahap ini pasien hanya dapat menjawab beberapa pertanyaan, contohnyaa pasien dapat menjawab dua pertanyaan dari 3 pertanyaan. Fase ini diberi skor 4.

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

Percakapan antara pasien dan perawat tidak dapat dilanjutkan karena artikulasi dan bahasa yang digunakan pasien tidak jelas. Pasien acak ini mendapat skor 3.

d) Skor 2: suara tidak jelas

Pasien tidak dapat berbicara dengan tidak jelas (mengerang) tanpa diberikannya rangsangan, maka nilai skor 2.

e) Skor 1: tidak ada respon *Verbal*.

Pasien tidak memberikan respon apapun, maka akan diberi skor 1.

3) M : *Motorik*

Pada komponen ini untuk menguji *Motorik* dari pasien terhadap lisan dan rasa nyeri. Pada fase ini adalah yang paling terpenting dalam indikator untuk menilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) kesadaran pasien yang paling akurat. Ada enam nilai dalam skor :

a) Skor 6: Mematuhi (Ikuti) perintah.

Pasien mampu mengikuti perintah seperti contohnya pasien dapat menunjukkan ibu jari sesuai perintah. Jika pasien mengalami kelumpuh dalam artian tidak dapat menggerakkan anggota tubuhnya, perawat dapat memerintah 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 : Melokalisir nyeri

Pasien menepis sumber rangsangan nyeri yang diberikan padanya.

c) Skor 4 : Fleksi normal (menarik anggota yang dirangsang)

Pasien mencoba menarik tangan atau kaki nya ketika diberikan rangsangan nyeri pada ujung jarinya.

d) Skor 3 : Fleksi abnormal (dekortikasi)

Pasien menutup kedua lengan ke arah dada saat rangsangan nyeri diberikan pada siku, pergelangan tangan, dan ujung jari pasien.

e) Skor 2 : Ekstensi abnormal (deserebrasi)

Kedua tangan ditempelkan pada dinding dada pasien saat rangsangan nyeridiberikan pada bahu sentral, fleksi pergelangan tangan dan ujung jari tangan, mungkin juga pasien mengalami ekstensi pada kaki

f) Skor 1: tidak ada respon

Pasien tidak menunjukkan respon apapun ketika rangsangan nyeri diberikan kepada pasien.

3. 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, tidak dapat memberikan respon terhadap pertanyaan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respon terhadap rangsang nyeri (Maria, 2022)

4. **Klasifikasikan *Glasgow Coma Scale (GCS)***

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

Maka jika di hubungkan dengan kasus cedera kepala hasilnya :

- a. GCS 13-15

Merupakan cedera kepala ringan. Menurunnya GCS pada kisaran tersebut juga bisa disebabkan konsumsi alkohol, jadi perlu validasi penggunaan alkohol pada saat penghitungan skor GCS pada korban yang mengalami cedera kepala.

- b. GCS 9-12

Merupakan cedera kepala sedang. Monitoring ketat terhadap perubahan yang terjadi pada korban.

- c. GCS <8

Merupakan cedera kepala berat. Korban berisiko tinggi mengalami cedera otak sekunder. Monitoring ketat tanda-tanda vital harus sering dilakukan.

D. **Konsep Cedera Kepala**

1. **Pengertian Cedera Kepala**

Cedera kepala merupakan Cedera mekanik pada kepala baik secara langsung maupun tidak langsung yang dapat menyebabkan gangguan fungsi neurologis, fisik, kognitif, psikososial yang bersifat temporer atau permanen. (Ika & dkk, 2019)

Cedera kepala merupakan cedera yang mengenai tengkorak yang menyebabkan kerusakan otak mulai dari ringan sampai berat. Secara global, cedera memiliki angka kematian yang cukup tinggi dibandingkan

dengan penyakit dalam. Selain itu juga, kematian pada korban cedera juga sering terjadi saat di lokasi kejadian, dengan penyebab terbanyak kematian di lokasi kejadian adalah cedera kepala. Kematian di lokasi kejadian pada korban yang mengalami cedera kepala karena terjadi lesi intrakranial. Penanganan yang tepat di lokasi kejadian menentukan angka mortalitas pada korban yang mengalami cedera kepala, Angka kematian akibat cedera kepala mencapai 20-50% dengan variasi waktu kematian, baik pada saat di lokasi kejadian, saat tiba di rumah sakit, maupun pada saat mendapatkan penanganan di rumah sakit. (Ikhda & dkk, 2017)

Cedera kepala adalah suatu gangguan *traumatic* dari fungsi otak yang disertai perdarahan interstitial dalam substansi otak tanpa terputusnya kontinuitas otak. (Resmi, 2021)

2. Etiologi

- a. Kecelakaan lalu lintas (mekanisme akselerasi atau deselerasi)
- b. Jatuh dari ketinggian
- c. Tindak kekerasan/penganiayaan
- d. Luka tembak
- e. Cedera saat olah raga
- f. Kecelakaan kerja
- g. Kejatuhan benda
- h. Cedera lahir
- i. Rekreasi (Ika & dkk, 2019)

Menurut penyebabnya cedera kepala dibagi atas:

- a. Cedera tumpul

Kekuatan benturan akan menyebabkan kerusakan yang menyebar berat ringannya cedera yang terjadi tergantung pada proses akselerasi-deselerasi kekuatan benturan dan kekuatan rotasi internal.

b. Cedera tajam

Disebabkan oleh pisau atau peluru atau fragmen tulang pada fraktur, tulang tengkorak. Kerusakan tergantung pada kecepatan gerak benda tajam yang menancap ke kepala dan otak.

c. *Coup* dan *countracoup*

Coup rusakan terjadi segera pada daerah benturan sedangkan pada cedera *countracou* kerusakan terjadi pada sisi yang berlawanan. (Resmi, 2021)

3. Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala pasien cedera kepala meliputi hal berikut:

a. Mual

b. Muntah.

c. Disorientasi

d. Sakit kepala.

e. Perubahan pada ukuran dan reaksi pupil terhadap cahaya

1) *Pinpoint, bilateral, nonreaktif* terhadap cahaya (lesi akibat perdarahan)

2) *Dilatasi bilateral, nonreaktif* terhadap cahaya (iskemia serebral, hipoksa kerusakan otak berat)

3) *Miosis, unilateral, tidak reaktif* terhadap cahaya (lesi pada *spinal cord*)

4) Dilatasi, unilateral, tidak *reaktif* terhadap cahaya (peningkatan Tekanan intrakranial, hematoma subdura atau , herniasi otak)

5) *Midsized, bilateral, tidak reaktif* terhadap cahaya (kontusio, edema otak perdarahan otak, laserasi otak).

f. Perubahan kognitif

g. Perubahan berbicara.

h. Perubahan fungsi *Motorik*

i. Penurunan tingkat kesadaran

j. Amnesia

k. Paralisis unilateral

l. Kelemahan pada wajah. (Ikhdha & dkk, 2017)

4. Patofisiologi

Suatu tindakan *traumatic* pada kepala menyebabkan cedera kepala sentakan tiba-tiba dan dengan kekuatan penuh, seperti jatuh, kecelakaan bermotor, atau kepala terbentur. Jika sentakan menyebabkan suatu cedera akselerasi-deselerasi (*coup-countercou*) maka kontusio serebri dapat terjadi. (Resmi, 2021)

5. Manifestasi Klinis Cedera Kepala

Manifestasi klinis pasien yang mengalami cedera kepala :

- a. Perubahan tingkat kesadaran
- b. Bingung
- c. Abnormalitas pupil (perubahan ukuran, bentuk, respons terhadap cahaya)
- d. Gangguan atau hilangnya refleks *gag*
- e. Refleks kornea tidak ada
- f. Defisit neurologis tiba-tiba
- g. Perubahan tanda-tanda vital (perubahan pola napas, hipertensi, bradikardia, takikardia, hipotermia atau hipertermia)
- h. Gangguan penglihatan dan pendengaran
- i. Disfungsi sensoris
- j. Nyeri kepala
- k. Vertigo
- l. Kekakuan
- m. Gangguan pergerakan
- n. Kejang (Ika & dkk, 2019)

6. Klasifikasi Cedera Kepala

- a. *Scalp wounds* (cedera kulit kepala).
- b. Fraktur tengkorak.
- c. *Komosio serebri* (gegar otak).
- d. Perdarahan intra kranial. (Resmi, 2021)

Secara umum cedera kepala diklasifikasikan menjadi 2 yaitu :

- a. Cedera kepala primer adalah kerusakan awal akibat mekanisme cedera yang berupa benturan langsung mengenai kepala.
- b. Cedera kepala sekunder adalah berkembang setelah beberapa jam atau hari setelah kerusakan awal yang berkaitan dengan proses edema otak atau perdarahan yang berkelanjutan. (Ika & dkk, 2019)

Klasifikasi tingkat keparahan Cedera Kepala

- GCS: 14-15 CKR (cedera kepala ringan)
- GCS: 9-13 CKS (cedera kepala sedang)
- GCS: 3-8 = CKB (cedera kepala berat)

7. Tahap Penatalaksanaan Cedera Kepala

Penatalaksanaan Tujuan dari penatalaksanaan pada pasien cedera kepala adalah untuk mengetahui *injury primer* dan mengurangi serta mencegah *injury sekunder* pada otak Untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan melalui pengkajian dan segera melakukan tindakan resusitasi. Tindakan resusitasi menggunakan pedoman rantai *Airway, breathing, Circulation* (ABC).

a. Pengkajian

1) Data yang harus didapatkan saat pengkajian

- Mekanisme cedera?
- Korban sadar atau tidak?

2) Kaji kesadaran korban menggunakan metode AVPU:

A : *alert*/buka mata spontan

V : *verbal*/terhadap panggilan

P : *pain*/terhadap rangsang nyeri

U : *unresponsive*/tidak sadar

3) Jika korban sadar maka tanyakan:

- Apakah merasakan sakit kepala?
- Mual atau muntah?
- Gangguan penglihatan
- Apakah terjadi amnesia?

b. Tindakan

1) *Prehospital*

- *Airway* :

- a) Buka jalan napas dan dengan teknik *jaw thrust* atau pasang *servical collar*.
- b) Bersihkan jalan napas korban dari lendir, muntahan, atau benda asing.
- c) Jika terjadi sumbatan jalan napas parsial pada korban yang mengalami penurunan kesadaran (terdengar suara ngorok) lakukan pemasangan orofaringeal.
- d) Lakukan pemasangan nasofaringeal pada korban yang dicurigai mengalami fraktur basis.
- e) Lakukan intubasi jika GCS pasien < 9. (Ika & dkk, 2019)

- *Breathing* :

- a) Berikan bantuan napas jika pernapasan terganggu.
- b) Berikan oksigen via *Non Rebreathing Mask/NRM* dengan aliran 15L/menit.
- c) Kaji kecepatan dan kedalaman pernapasan, serta pergerakan dinding dada.
- d) Jika terdapat tension pneumotorak segera lakukan *needle torakosentesis/aspirasi* udara menggunakan jarum ukuran besar di Kortikosteroid inhalasi (ICS) 2-3. (Ika & dkk, 2019)

- *Circulation* :

Cedera kepala tidak menyebabkan syok hipovolemik, kecuali jika korban adalah bayi dan terjadi perdarahan masif pada skalp mungkin dapat mengakibatkan syok hipovolemik. Pada pasien cedera kepala, syok hipovolemik biasanya terjadi karena cedera penyerta yang lain seperti perdarahan pada torak, abdomen, multipel fraktur.

Tindakan yang dilakukan pada circulation:

- a) Pemasangan infus dengan cairan kristaloid (RL, NaCl 0,9%)
- b) Periksa dan kontrol perdarahan dengan balut tekan. (Ika & dkk, 2019)

2) Membawa korban ke rumah sakit:

Jika telah distabilkan, maka langkah selanjutnya adalah membawa korban ke rumah sakit. Dalam perjalanan ke rumah sakit harus tetap dilakukan pemantauan *Airway*, *breathing*, *Circulation* (ABC) meliputi: patensi jalan napas, pernapasan, sirkulasi, serta kesadaran korban. (Ika & dkk, 2019)

3) *Intrahospital*

- a) Pantau patensi jalan napas
- b) Lakukan *suction* jika terdapat penumpukan cairan, darah, atau muntahan
- c) Lakukan intubasi jika tingkat kesadaran korban menurun (GCS<9)
- d) Lakukan pemeriksaan penunjang *x-ray*, *skull* dan *cervikal*, CT-scan kepala. (Ika & dkk, 2019).

E. Konsep Standar Operasional Prosedur (SOP)

1. Defenisi Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah tahapan yang dilalui dalam proses tindakan yang dapat diterima dan di pertanggungjawabkan. Penatalaksanaan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah tahapan yang dilalui dalam proses tindakan yang (SOP) tujuannya adalah untuk menjaga konsistensi kerja, meminimalkan kegagalan, kesalahan, kelalaian dalam proses pelaksanaan tindakan, alat ukur untuk menilai mutu kerja, penggunaan sumberdaya supaya efektif dan efesien, menjelaskan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab, mengarahkan pendokumentasikan yang akurat dan adekuat. (Sumijatun, 2021)

SOP dapat didefinisikan sebagai dokumen yang menjabarkan aktivitas operasional yang dilakukan sehari-hari, dengan tujuan agar pekerjaan tersebut dilakukan secara benar, tepat dan konsisten, untuk menghasilkan produk sesuai standar yang telah ditetapkan sebelumnya". Adanya SOP akan membantu instansi untuk mencapai tujuan instansi. (Gede & dkk,2018)

SOP adalah suatu standar atau pedoman untuk melaksanakan suatu operasi secara efisien dan efektif untuk mempertahankan tingkat performa atau kondisi tertentu yang dapat disetujui oleh orang yang berwenang atau orang yang bertanggung jawab menerima. SOP merupakan prosedur kerja dengan langkah-langkah tertentu yang dibakukan dan harus diselesaikan untuk menyelesaikan SOP dalam alur kerja tertentu (Kemenkes RI, 2018)

2. Tujuan Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Tujuan dikembangkannya prosedur operasi standar dalam keperawatan adalah sebagai berikut:

- a) Memastikan semua petugas atau perawat melakukan pekerjaan yang sama, prosedur yang sama, dan cara yang sama.
- b) Diperlukan proses untuk menjamin pelayanan kesehatan yang berkualitas, aman, bermutu, berkelanjutan dan transparan, sehingga mengurangi risiko terjadinya kesalahan di tempat kerja.
- c) SOP sangat membantu dalam memastikan bahwa penyedia layanan memiliki semua informasi keselamatan pasien, lingkungan, dan kesiapsiagaan yang diperlukan untuk melakukan pekerjaan mereka dengan benar.
- d) Prosedur ini memastikan bahwa tahapan pemberian layanan dilakukan secara konsisten, memberikan kendali mutu layanan.
- e) Menjamin keandalan pemrosesan dan pembuatan laporan yang dibutuhkan oleh organisasi.
- f) Memastikan proses pengambilan keputusan organisasi berjalan lancar, efisien dan efektif.
- g) Memastikan terselenggaranya aspek pengendalian kegiatan yang dapat mencegah terjadinya penipuan atau penggelapan yang dilakukan oleh anggota organisasi dan pihak lain.
- h) Memastikan terlaksananya kegiatan organisasi secara efisien dan efektif sesuai dengan kebijakan dan pengaturan organisasi.

3. Fungsi Standar Operasional Prosedur (SOP)

Adapun fungsi SOP Keperawatan adalah sebagai berikut:

- a) Memperjelas peran dan fungsi masing-masing jabatan dalam organisasi.
 - b) Untuk menghindari kegagalan/kesalahan, keraguan, duplikasi dan inefisiensi.
 - c) Merampingkan tugas agen atau tim.
 - d) Sebagai landasan hukum apabila terjadi pelanggaran.
 - e) Untuk memudahkan deteksi kendala dan mudah dilakukan evaluasi.
 - f) Sebagai pedoman disiplin petugas dalam bekerja.
 - g) Sebagai pedoman dalam menjalankan tindakan keperawatan.
- (Aniska & dkk, 2023)

4. Manfaat Standar Operasional Prosedur (SOP)

Manfaat SOP ialah menjadi panduan atau pedoman terkait keputusan atau tindakan yang dijalankan dalam perawatan agar berjalan efektif. SOP memiliki peranan sebagai upaya organisasi untuk mencapai tujuan, baik rencana jangka pendek maupun jangka Panjang. Adapun peran dan manfaat SOP dalam suatu tindakan keperawatan ialah sebagai berikut:

- a) Sebagai panduan penetapan keputusan

SOP memiliki peranan penting sebagai suatu pedoman kebijakan bagi organisasi. SOP dikatakan efektif apabila disusun berdasarkan kebijakan yang ada dalam organisasi. Kebijakan-kebijakan ini menjadi sumber prosedur operasional standar. Jadi, dapat disimpulkan bahwa SOP adalah bentuk praktis dan aplikatif atau layak terap dari kebijakan-kebijakan organisasi. Hal ini bertujuan mencapai manfaat yang optimal bagi suatu organisasi.

- b) Sebagai panduan kegiatan

Organisasi dapat mengatur kegiatan-kegiatannya secara optimal melalui pemberlakuan SOP. SOP dapat dikatakan efektif apabila dapat membuat suatu pekerjaan menjadi lebih mudah, sehingga tidak mempersulit pihak yang melaksanakan kegiatan tersebut. SOP dapat menjadi acuan kegiatan, karena SOP memuat

standar dari suatu keputusan atau tindakan. SOP juga harus efektif agar pengulangan kerja tidak terjadi. Jadi, sebagai pedoman kegiatan, SOP harus berjalan efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan organisasi, yang bisa dipedomani di situasi apapun.

c) Sebagai panduan birokrasi

Melalui penggunaan SOP, birokrasi kegiatan dapat menjadi lebih jelas dikarenakan ada pedoman yang berlaku. Dengan adanya manfaat ini, anggota organisasi pada tingkatan jabatan mempunyai wewenang birokrasi yang telah diatur. SOP harus menggambarkan setiap titik pengesahan birokrasi sebagai kontrol keabsahan langkah-langkah kegiatan

d) Sebagai panduan administrasi

Dengan diterapkannya SOP, maka sudah seharusnya organisasi mampu menyelenggarakan administrasi kegiatan secara baik. Sangat penting bagi organisasi untuk menyelenggarakan administrasi secara baik, sebab banyak bukti praktis yang menunjukkan bahwa kemampuan operasional yang baik, tidak ada gunanya tanpa administrasi yang baik

e) Sebagai panduan evaluasi kinerja

SOP menjadi suatu panduan dalam penerapan tindakan atau keputusan. Organisasi akan memiliki standar yang lebih baik melalui penerapan SOP. Selain itu, penerapan SOP dapat menjadi upaya evaluasi kinerja yang dilaksanakan untuk mengukur ketaatan (compliance) kepada prosedur. Ukuran ketaatan ini, apabila berjalan secara optimal dapat membantu organisasi untuk mengurangi terjadinya penggelapan dan penyelewengan dalam kegiatan-kegiatan yang dilaksanakannya. Pelaksanaan evaluasi kinerja secara rutin dan teratur akan membantu menilai efektifitas dan efisiensi SOP, serta meningkatkan kinerja organisasi yang bersangkutan

f) Menjadi panduan integrasi

SOP menjadi panduan integrasi atau alur kerja terpadu dalam suatu pembuatan keputusan atau tindakan. Setiap prosedur keperawatan akan terintegrasi satu sama lain dan tidak berdiri sendiri. Hal ini bertujuan untuk menghindari tumpang tindih atau

kelalaian dalam tindakan atau pembuatan keputusan yang akan diberikan. Sebab hal tersebut akan mempengaruhi efektivitas dan menurunkan manfaat dari suatu tindakan, sehingga tujuan tidak dapat dituju secara optimal atau bahkan merugikan. (Aniska & dkk, 2023)

5. Hal-Hal Penting dalam Penyusunan SOP

Beberapa hal yang harus diperhatikan saat penyusunan SOP yaitu, prosedur harus ditulis secara singkat, jelas, dan mudah dipahami. Jika prosedur memiliki lebih dari 10 langkah, maka dapat mengikuti langkah-langkah sebagai berikut:

- a) Membaginya menjadi beberapa sub-prosedur yang logis.
- b) Tuliskan bentuk yang lebih singkat sebagai lampiran pada prosedur, yang hanya akan mencakup langkah-langkah tanpa penjelasan rinci (algoritma).
- c) Jika proses kerja membutuhkan struktur yang lebih luas, penyusun dapat membuat dokumen dalam bentuk manual atau panduan (Aniska & dkk, 2023)

F. Kerangka Konsep

Gambaran Penatalaksanaan *Glasgow Coma Scale* (GCS) Terhadap Pasien

Berdasarkan :

- Usia
- Pendidikan
- Lama bekerja
- Pengalaman

Gambar 2.1 Kerangka Konsep

G. Defenisi Operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Usia	Usia perawat IGD RSU Mitra Sejati Medan terhitung sejak dilahirkan sampai saat ini	Kuesioner	1. 20-30 tahun 2. 31-40 tahun 3. >40 tahun	Ordinal
2.	Pendidikan	Tingkat pendidikan perawat IGD RSU Mitra Sejati Medan terakhir	Kuesioner	1. D3 2. D4 3. S1 4. S1 + Ns	Nominal
3.	Lama Bekerja	Lamanya perawat IGD bekerja di RSU Mitra Sejati Medan. Terhitung sejak hari pertama kerja	Kuesioner	1. < 5 tahun 2. 5-10 tahun 3. >10 tahun	Interval
4.	Pengalaman	Pengalaman pernah atau tidak pernah melakukan pemeriksaan GCS oleh perawat IGD RSU Mitra Sejati Medan baik yang didapatkan di instansi RSU Mitra Sejati Medan maupun di luar instansi tersebut.	Kuesioner	1. Pernah melakukan GCS 2. tidak pernah melakukan GCS	Ordinal

5.	Standar Operasional Prosedur (SOP)	Penatakasanaan perawat berdasarkan dengan Standar Operasional Prosedur (SOP)	Kuesioner	1. Dilakukan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) 2. Tidak dilakukan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP)	Ordinal
6.	Penatalaksanaan perawat tentang penilaian <i>Glasgow coma skale</i> (GCS) pada pasien cedera kepala	Merupakan kemampuan melakukan penatalaksanaan dalam menilai respon kesadaran pasien dengan nilai <i>Glasgow coma skale</i> (GCS)	Kuesioner	1. Baik apabila jawaban yang benar 21-25 2. Cukup apabila jawaban yang benar 15-20 3. Kurang apabila jawaban yang benar kurang dari 15	Ordinal