

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Perawat

a. Defenisi Perawat

Sesuai dengan Undang-Undang Republik Indonesia, seseorang yang sudah menyelesaikan Pendidikan tinggi ilmu keperawatan, baik di dalam maupun diluar negeri, dan diakui secara resmi oleh pemerintah sesuai dengan peraturan perundang-undangan dianggap sebagai perawat. (UU 38 Tahun 2014)

Kamus Besar Bahasa Indonesia mendefenisikan perawat sebagai praktisi medis yang dipercaya menggunakan proses keperawatan untuk memberikan perawatan aspek biologis, psikologis, social dan spiritual kepada klien. (KBBI, 2022)

Keperawatan gawat darurat (*emergency nursing*) dikenal sebagai spesialisasi dalam keperawatan secara internasional, pelayanan yang memiliki spesifikasi kegawatdaruratan termasuk pelayanan perawatan meliputi kelahiran, kematian, pencegahan cedera, Kesehatan Wanita, penyakit dan penyelamatan kehidupan (*life saving*) dan penyelamatan anggota tubuh. (Kunianti, 2018)

b. Kompetensi Perawat Gawat Darurat

Pasien dengan masalah gawat darurat, mereka yang tiba-tiba berada dalam keadaan darurat, dan mereka yang akan mengancam jiwa jika tidak segera mendapatkan pertolongan, semuanya dilayani oleh layanan keperawatan gawat darurat

Karena keperawatan gawat darurat dirancang untuk pasien yang tiba di rumah sakit secara tidak terduga dan memerlukan penanganan yang cepat dan tepat, seorang perawat harus dapat bertindak secara profesional, memberikan asuhan keperawatan, dan bergerak dengan cepat. Dimana pasien menghadapi ancaman serius jika tidak segera mendapat perawatan. Dalam situasi ini, kemampuan perawat gawat darurat untuk merespons dengan cepat dan bermanuver dengan cepat sangat penting.

Perawat rumah sakit diharuskan memiliki kemampuan khusus, yang didapatkan melalui pelatihan *Basic Trauma Cardiac Life Support* (BTCLS), sesuai dengan peran dan tanggung jawab mereka. Untuk menjamin bahwa perawat melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya secara profesional, kompetensi ini terdiri dari pengetahuan, sikap, dan kemampuan yang perlu ditingkatkan. (Maria, 2022)

c. Kewenangan Perawat

Berikut ini adalah bidang-bidang yang menjadi wewenang perawat:

- 1) Pelatihan dan kemampuan khusus mendukung wewenang pertolongan pertama perawat di ruang gawat darurat
- 2) Perawat dengan pelatihan khusus mendapatkan sertifikat yang diakui oleh profesi keperawatan serta profesi Kesehatan lain.
- 3) Perawat yang sudah memperoleh sertifikat diizinkan untuk melakukan praktik keperawatan gawat darurat sesuai dengan wewenang. (Musliha, 2018)

2. Penatalaksanaan

a. Pengertian Penatalaksanaan

Penatalaksanaan (implementasi) adalah pekerjaan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dalam menyelesaikan masalah status kesehatan dan mencapai peningkatan kesehatan sesuai dengan hasil yang telah ditentukan (Suarni & Apriyani, 2017)

Penatalaksanaan/implementasi keperawatan merupakan kegiatan mengkoordinasikan kegiatan pasien, keluarga dan anggota tim perawatan Kesehatan lainnya untuk mengawasi dan mendokumentasikan reaksi pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan. (Rizka, 2018)

Implementasi keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dilakukan perawat dan anggota tim Kesehatan lain dalam membantu mengatasi masalah Kesehatan Klien sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil dengan cara mencatat respon pasien terhadap tindakan yang telah dilakukan serta mengawasi dan melihat perkembangan pasien. (Rizka, 2018)

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan implementasi ialah membantu meningkatkan Kesehatan,

pencegahan penyakit, pemulihan Kesehatan dan memberikan fasilitas koping. Implementasi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat berdasarkan intervensi dan harus sesuai dengan standar prosedur operasional (SOP) merupakan panduan melakukan implementasi keperawatan. (Clara, 2020)

Untuk memastikan bahwa keperawatan dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus memiliki keterampilan kognitif (atau intelektual), keterampilan interaksi interpersonal, dan keterampilan pelaksanaan tindakan. Tuntutan klien, variabel tambahan yang memengaruhi kebutuhan keperawatan, teknik implementasi perawat, dan upaya komunikasi semuanya harus berada di garis depan dalam proses implementasi.. (Suarni & Apriyani, 2017)

b. Tipe Penatalaksanaan /Implementasi

Secara garis besar ada tiga kategori implementasi keperawatan anatara laian :

1) Implementasi Kognitif

Yang dimaksud dengan implementasi kognitif yaitu menginstruksikan atau mendidik, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan situasi sehari-hari, membuat rencana dengan klien yang mengalami kesulitan dalam berkomunikasi, memberikan umpan balik, mengatur staf keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, membangun lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan klien, dan masih banyak lagi.

2) Implementasi Interpersonal

Hal ini mencakup perencanaan kegiatan, meningkatkan pelayanan, mendorong dialog terapeutik, menyusun jadwal pribadi, mengekspresikan emosi, menawarkan dukungan spiritual, menjadi advokat klien, menjadi panutan, dan banyak lagi.

3) Implementasi Teknikal

Terdiri dari memberikan perawatan kebersihan kulit, merencanakan reaksi klien yang tidak biasa, melaksanakan tindakan keperawatan mandiri, bekerja sama, membuat rujukan, dan sebagainya. (Clara, 2020)

c. Jenis Penatalaksanaan/Implementasi Keperawatan

Adapun jenis implementasi keperawatan terdiri dari tiga yaitu sebagai berikut :

1) Independen

Mengacu pada kegiatan atau implementasi yang otonom yang dilakukan oleh perawat dengan tujuan utama implementasi.

2) Interdependen

Merujuk pada suatu implementasi di mana tim kesehatan bekerja sama untuk menyelesaikannya, antara perawat dengan perawat lain, dokter dengan perawat, apoteker dengan perawat, petugas laboratorium, dan lain sebagainya.

3) Dependen

Merujuk pasien ke tim kesehatan yang berbeda untuk mendapatkan tindakan keperawatan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien. (Lingga, 2019)

d. Tahap Tahap Pelaksanaan

Adapun tahap-tahap penatalaksanaan yaitu :

1) Beritahukan kepada klien tentang keputusan tindakan keperawatan yang akan dilakukan oleh perawat.

2) Berikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya terhadap penjelasan yang diberikan oleh perawat.

3) Perawat harus menggunakan kemampuan teknis keperawatan, kemampuan interpersonal, dan pemahaman intelektual saat melakukan intervensi keperawatan.

4) Energi klien, penghindaran komplikasi dan kecelakaan, perasaan aman klien, privasi klien, kondisi klien, dan reaksi klien terhadap aktivitas perawat merupakan faktor yang perlu dipertimbangkan saat melakukan aktivitas. (Apriyani, 2017)

e. Faktor-Faktor yang mempengaruhi Peatalaksanaan

Adapun faktor yang mempengaruhi ketepatan dalam penatalaksanaan/ implementasi diantaranya :

1) Usia

Seiring bertambahnya usia seseorang, mereka akan mengamati perubahan pada penampilan fisik mereka. Perubahan ini terbagi dalam empat kategori: ukuran, proporsi, perilaku, dan pola pikir. Modifikasi ini merupakan hasil dari

pemantauan fungsi organ serta pematangan kemampuan berpikir seseorang pada tingkat psikologis atau mental. (Rohmah Dkk, 2019)

2) Pendidikan

Tingkat pendidikan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Pendidikan diperlukan untuk memperoleh pengetahuan tentang topik-topik seperti dukungan kesehatan sehingga kualitas hidup seseorang dapat ditingkatkan. (Maria, 2022)

3) Lama Bekerja

Durasi kerja seseorang adalah periode waktu yang rentan. Seseorang akan lebih mungkin untuk bertindak dibandingkan dengan seseorang yang baru saja mulai bekerja jika mereka telah bekerja dalam jangka waktu yang lebih lama dan telah memperoleh lebih banyak pengetahuan dan keahlian. (Maria, 2022)

4) Pelatihan

Hal yang mempengaruhi penatalaksanaan selanjutnya yaitu pelatihan, seseorang yang mengikuti pelatihan tentu lebih mahir di bandingkan dengan yang tidak mengikuti pelatihan.

f. Kriteria Tingkat Penatalaksanaan

Tingkat penatalaksanaan seseorang dapat dinilai dengan menggunakan skala kualitatif yang mencakup kriteria berikut:

- 1) Penatalaksanaan baik jika responden dapat menjawab dengan benar 76-100% dari keseluruhan pertanyaan
- 2) Penatalaksanaan cukup jika responden dapat menjawab dengan benar 56-75% dari keseluruhan pertanyaan.
- 3) Penatalaksanaan kurang jika responden dapat menjawab <56% dari seluruh pertanyaan. (Maria, 2022)

3. *Primary Survey*

a. Defenisi *Primary Survey*

Tujuan dari *primary survey* adalah untuk mendeteksi dan mengenali kondisi yang membahayakan nyawa secara cepat dan sistematis, serta untuk mulai menanganinya sesegera mungkin. Metode penilaian yang digunakan dalam *primary survey* meliputi pemeriksaan, auskultasi, palpasi dan perkusi. Dengan

menggunakan prosedur DRABC (Dengar, Respon, *airway*, *breathing*, *circulation*). (Trisyani, 2018)

Primary survey adalah penilaian awal pada pasien trauma. Metode ini mempertahankan fokus pada aspek perawatan yang paling penting sambil mempersiapkan dan menawarkan perawatan individu kepada orang-orang yang mengalami trauma secara konsisten. Masalah yang berhubungan dengan jalan napas, pernapasan, sirkulasi dan kesadaran pasien dapat dipantau dengan *primary survey*. (Ulya Dkk, 2018)

Primary survey adalah pendeteksi manajemen akibat trauma yang mengancam jiwa seseorang dengan segera, yang bertujuan untuk memperbaiki masalah yang mengancam jiwa. Adapun prioritas *primary survey* adalah : *Airway (A)*, *Breathing (B)*, *Circulation (C)*, *Disability (D)*, *Exposure (E)*. (Kristan, 2018)

b. Pemeriksaan Primary Survey

Cedera kepala berat di artikan dengan skor *Glasgow Coma Scale (GCS)* 8 atau kurang setelah resusitasi. Standar pedoman praktek berdasarkan bukti dimana aplikasi manajemen untuk semua pasien dengan cedera otak traumatik menggunakan *primary survey*. Intervensi ini bertujuan untuk meminimalisir perluasan akibat cedera otak sekunder. (Kunianti Dkk, 2018)

1) *Airway* (jalan napas)

Kaji jalan napas klien dari sumbatan dan lakukan pembebasan jalan napas dengan memperhatikan kondisi servikal pasien

Adapun yang perlu di kaji pada *airway* yaitu:

a) *Look* (lihat)

- Tingkat kesadaran
- Tanda hipoksia
- Penggunaan otot pernapasan
- Benda asing pada jalan napas

b) *Listen* (dengar)

Bunyi napas tambahan mengindikasikan obstruksi jalan napas. Hal ini termasuk

- *Snoring* (mendengkur) akibat lidah yang jatuh kebelakang
- *Gurgling* (berkumur) akibat adanya cairan atau darah

- *Stridor* (sesak/parau) akibat sumbatan parsial pada faring atau laring
- Pasien yang menolak atau mengucapkan kata-kata kasar mungkin mengalami hipoksia.

c) *Feel* (rasakan)

Dekatkan pipi penolong pada idung dan mulut pasien rasakan apakah pergerakan udara ekspirasi. Meraba apakah posisi trakea berada ditengah.(Kunianti Dkk, 2018)

2) *Breathing* (pernapasan)

Kaji ada tidaknya distress pernapasan, lihat pernapasan dan apakah ventilasi adekuat.

a) Pemeriksaan fisik

- Pernapasan normal orang dewasa 12-20 x/menit, 25-50 x/menit untuk bayi dan disertai dengan ritme yang reguler
- Kualitas napas meliputi : suara napas ada dan seimbang (vesikuler), gerakan dinding dada ada dan simetris, pernapasan terdengar
- Kedalaman pernapasan : inspirasi dan ekspirasi dada yang memadai serta suara napas yang dapat didengar sepenuhnya.

b) Lihat (*look*)

- Lihat kenaikan dan penurunan dinding dada
- Lihat indikasi sianosis pada bibir dan kuku
- Perhatikan setiap perubahan pada pola napas

Tachypnea (rapid breathing) >20

Bradypnea (slow Breathing) < 12

- Apakah menggunakan otot bantu pernapasan
- Lihat pergerakan dinding dada apakah simetris atau tidak
- Adanya pergeseran atau *deviasi* trakea

c) Dengar (*listen*)

- Apakah suara napas klien terdengar
- Gerakan udara yang masuk dan keluar dari rongga hidung dan mulut

d) Rasakan (*feel*)

Adanya gerakan udara dengan mendekatkan pipi. (Kunianti Dkk, 2018)

3) *Circulation* (sirkulasi)

- Kaji denyut nadi pasien lihat apakah nadi positif, apakah denyut nadi adekuat
- Kaji adanya perdarahan dan perfusi, lakukan penghentian pendarahan dan Intra Vena akses, elevasi kaki, Resusitasi Jantung Paru (RJP) dan defibrasi.

4) *Disability* (keadaran)

Kaji tingkat trauma neurologis, dengan pemeriksaan tingkat kesadaran lihat kemampuan gerak ekstremitas, periksa *Glasgow Coma Scale* (GCS), lateralisasi pupil/reflek pupil : isokor, reflek cahaya, dilatasi, lakukan stabilisasi

5) *Exposure/Environmental Control*

Kaji pasien dari kepala sampai kaki (*head to toe*), lepaskan pakaian pasien untuk mengkaji lebih lebih efektif dan mencari trauma di bagian tubuh yang lain, pertahankan suhu tubuh klien. (Kunianti Dkk, 2018)

4. Trauma Kepala

a. Pengertian Trauma Kepala

Cedera mekanis pada kepala yang dikenal sebagai "trauma kepala" memiliki potensi untuk mempengaruhi proses neurologis, fisik, kognitif, dan psikososial baik secara permanen maupun sementara. (Rini, Dkk, 2019)

Ketidakteraturan dalam struktur kepala yang disebabkan oleh trauma fisik atau benturan dikenal sebagai trauma kepala atau cedera kepala, dan dapat mengakibatkan gangguan fungsi otak. (Nugroho, 2022)

Semua cedera akibat benturan yang memengaruhi otak, tengkorak, pembuluh darah, dan kulit kepala disebut sebagai cedera kepala. Bentuknya mungkin berkisar dari memar kecil atau benjolan hingga cedera otak yang parah. (Mitra Keluarga, 2023)

b. Klasifikasi Trauma Kepala

1) Secara umum trauma kepala diklasifikasi menjadi 2

- a) Cedera kepala primer: terjadi Ketika ada kontak langsung di kepala atau mekanisme trauma

b) Cedera kepala sekunder: terjadi Ketika terus terjadi pendarahan atau edema otak yang berkembang beberapa jam atau hari setelah cedera awal.

2) Penggolongan skor *Glasgow coma scale* (GCS) berdasarkan anatomi pada trauma kepala

a) Cedera kulit kepala

Ada 4 tipe cedera kulit kepala

- *Abrasi*

Luka kecil yang mengakibatkan perdarahan atau hematoma

- *Kontusio*

Terjadi akibat hematoma pada kulit kepala yang memungkinkan darah menggenang di lapisan subkutan tanpa ada robekan pada kulit

- *Lacerasi*

Luka robekan pada kulit kepala sampai subkutan sehingga mengakibatkan perdarahan hebat. Hipotensi pada anak-anak dapat terjadi akibat pendarahan kulit kepala

- *Hematoma subgaleal*

Merupakan kondisi akibat penumpukan darah di luar pembuluh darah di yaitu di lapisan subkutan. (Kunianti Dkk, 2018)

b) Cedera Tengkorak (*skull*)

Fraktur tengkorak adalah suatu kondisi ketika benturan pada kepala yang mematahkan tulang di ditengkorak. Fraktur tengkorak dikategorikan sebagai berikut :

- Fraktur *linear*

Akibat trauma fisik yang menyebabkan retakan atau fraktur *linear* pada tulang, atau sebagai gaya langsung yang diterapkan pada kepala dengan kecepatan lambat. Fraktur linear dapat diketahui dari hasil *X-ray* tengkorak (*skull*).

- Fraktur *Depressed*

Ceder otak dapat terjadi akibat potongan tulang kepala yang menekan jaringan di sekitarnya. Tulang terdapat *fraktur comminued* dan diikuti luka pada kulit

kepala (*skalp*) yang dapat digolongkan menjadi fraktur terbuka. Bahaya infeksi sangat signifikan dengan fraktur depresi semacam ini.

- Fraktur Terbuka

Terjadi saat komponen intrakranial terpapar dengan lingkungan (jaringan otak terlihat dari luar). Ketika meningkatnya bahaya infeksi, fraktur ini perlu segera dioperasi.

- Fraktur *Comminuted*

Fraktur yang bermanifestasi sebagai beberapa segmen pada satu permukaan dan dapat dideteksi dengan *X-ray skull* (tengkorak). Untuk menghindari masalah, pemantauan yang cermat dan perawatan yang tepat diperlukan.

- Fraktur Basal

Fraktur ini memengaruhi basal tulang tengkorak yang terdiri dari tulang basisi orbit, *sphenoid*, temporal, oksipital, dan *cribriform plate*. Adanya kebocoran cairan berupa perdarahan dan telinga (adanya kebocoran cairan serebrospinal), *battle's sign* (hematom/kebiruan di belakang telinga), *raccoon eye's* (kebiruan di sekitar mata) merupakan indikator penyerta. (Kunianti, 2018)

c) Cedera otak

- *Komosis serebri*

Kondisi sementara yang memungkinkan pasien untuk Kembali normal.

- *Kontusio serebri*

Memar pada permukaan jaringan otak akibat cedera kudeta pada tengkorak atau cedera balasan pada daerah berlawanan yang disebabkan oleh deselerasi (penurunan detak jantung), memar ini sering dideteksi dengan *Computed Tomography* (CT) Scan di lobus temporal dan frontal.

- *Leserasi serebri*

Biasanya, itu terjadi ketika kontusio serebri, yang disebabkan oleh *coup injury* (cedera kudeta) terhadap permukaan atau *coup* atau *countercoup injury* kepada permukaan tulang kepala yang naik tidak terasa.

- *Epidural Hematom (EDH)*

Bekuan darah yang terbentuk di ruang antara dura mater dan periosteum interna. Biasanya, ini terkait dengan laserasi sinus vena dural bersama dengan fraktur tengkorak.

- *Subdural Hematom (SDH)*

Bekuan darah di antara lapisan *dura mater* dan *arachnoid mater* karena pecahnya pembuluh darah vena yang menghubungkan permukaan kortikal dengan sinus vena.

- *Intracerebral Hematom (ICH)*

Perdarahan yang berlangsung di jaringan otak. Ini biasanya mempengaruhi *white matter* dan *ganglia basalis* dan perenkim otak. Memar serebral terksit dengan *Intracerebral hematom (ICH)*. Efek lain dari *Intracerebral hematom (ICH)* adalah luka tembak atau tusukan.

- *Subarachnoid Hemoragik (SAH)*

Pecahnya arteri darah di lapisan subarachnoid disebabkan kekuatan langsung atau tidak langsung akibat trauma sebelumnya. Jika dibandingkan dengan bentuk kerusakan otak lain yang tidak mengakibatkan cedera Subarachnoid hemorrhage (SAH), risiko mortalitas dan mortabilitas *Subarachnoid Hemoragik* SAH menjadi dua kali lipat. (Kunianti, 2018)

3) Klasifikasi trauma kepala berdasarkan skor *Glasgow Coma Scale (GCS)*

a) *Glasgow Coma Scale (GCS)* 13-15

Adalah cedera kepala ringan. Menurunnya *Glasgow Coma Scale (GCS)* pada kisaran tersebut penting untuk memastikan penggunaan alkohol sebagai faktor penyebab penurunan GCS dalam kisaran ini.

b) *Glasgow Coma Scale (GCS)* 9-12

Merupakan cedera kepala sedang. Pengamatan yang cermat terhadap setiap perubahan yang dialami korban.

c) *Glasgow Coma Scale (GCS)* <8

Merupakan cedera kepala berat. Bahaya cedera otak selanjutnya sangat signifikan bagi para korban. Monitoring ketat tanda-tanda vital harus sering dilakukan. (Kunianti, 2018)

c. Etiologi

Penyebab umum cedera kepala meliputi :

- 1) Kecelakaan di rumah, kantor, di luar rumah, atau saat berolahraga
- 2) Jatuh dari ketinggian
- 3) Penyerengan fisik
- 4) Kecelakaan lalu lintas
- 5) Tembakan ke kepala. (Haryono & Utami, 2018)

d. Patofisiologi

Sistem saraf membutuhkan oksigen, glukosa dan bahan lainnya untuk melaksanakan tugas-tugas pentingnya. Gangguan pada suplai oksigen dapat menyebabkan penurunan kesadaran dan dalam tiga hingga empat menit, kematian sel-sel otak. Otak menggunakan metabolisme anaerob untuk menghasilkan energi sebagai respons terhadap penurunan oksigen. Gangguan pada fungsi otak dapat diakibatkan oleh asam laktat yang tertinggal dari metabolisme anaerob. Selain itu, penumpukan CO₂ dapat mengakibatkan gangguan pada aktivitas otak. (Kunianti, 2018)

e. Manajemen Pasien dengan Trauma Kepala

Tabel 2.1 Manajemen Pasien Trauma Kepala

	Komponen	Penilaian	Tindakan
A	<i>Airway/</i> jalan napas	Dengarkan suara. Apakah ada hambatan, atau tidak. Perivikasi apakah pasien muntah, berdarah, atau terhalang oleh benda- benda jika ada penyumbatan.	A. Buka jalan napas menggunakan <i>chin-lift, manuver modified jaw- thrust</i> B. Bersihkan jalan napas sedot dan bersihkan dari benda- benda asing. C. Berikan aliran pernapasan buatan jalan napas orofaring/nasofaring, intubasi trakea/saluran pernapasan lewat proses bedah
B	<i>Breathing/</i> pernapasan	Perivikasi apakah terjadi respirasi spontan, laju dan kedalaman	D. Berikan oksigen dengan laju tinggi melalui non-rebreather mask

		respirasi, <i>chest excusion</i>, dan usaha untuk bernapas. Auskultasi suara pernapasan	E. Mengganti udara memakai tekanan positif atau <i>bag valve mask</i> F. Gunakan intubasi trakea atau penempatan saluran napas lewat prosedur bedah.
C	<i>Circulation/ sirkulasi</i>	Pendarahan terlihat jelas. Kemudian inspeksi kulit untuk warna, suhu, kelembaban dan <i>capillary refill time</i>. Pemeriksaan denyut nadi sentral dan distal.	G. Periksa dengan menekan luka di posisi yang lebih tinggi H. Masukkan dua atau lebih kateter <i>largebore intravenous</i> I. Berikan bolus dari <i>crystalloids</i> J. Melakukan transfuse darah dada K. Menggunakan <i>splint</i> untuk mengontrol perdarahan L. Lengkapi rencana beda untuk kondisi pendarahan internal atau eksternal yang parah M. Menyediakan resusitasi kardiopulmonari atau <i>advanced cardiac life support</i> bila diperlukan
D	<i>Disability/ ketidak-mampuan</i>	Lakukan pemeriksaan neurologis menggunakan mnemonic AVPU (<i>Alert, Voice, Pain, Unresponsive</i>). Pemeriksaan pupil. Apakah simetris atau tidak. Dan lakukan pemeriksaan terhadap cahaya pada pupil	N. Pencegahan terhadap pasien yang mengalami hipotensif atau hipoksia O. Menjaga baik-baik kondisi tulang belakang P. peninjauan pemberian manitol, tindakan untuk memperbaiki laju pembuluh vena dari otak, pembedahan atau hiperventilasi singkat.
E	<i>Exposure and environment</i> (pemaparan	Pemeriksaan seluruh tubuh	Q. lepas semua baju R. memberi penghangat tubuh

	dan lingkungan)		
F	<i>Full set of vital signs, Five interventions, and family presence</i>	Dapatkan data-data vital. Cari kebutuhan psikologis pasien dan keluarga.	S. Lakukan inspeksi kardiak berkelanjutan dan saturansi oksigen T. Pengkajian untuk memasukan pipa nasogastrik atau orogastrik dan kateter urine
G	<i>Give comfort measures</i>	Ukur skala nyeri	U. Berikan obat untuk meredakan rasa nyeri V. Gunakan cara non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
H	<i>history</i>	Apabila pasien sadar, kumpulkan sejarah data medis	W. Dapatkan informasi MIVT (Mekanisme cedera, tanda-tanda vital, pengobatan) dari jasa medis
	<i>Head-to-toe examination</i>	Periksa pasien dari kepala sampai kaki: inspeksi, auskultasi, dan raba keseluruhan tubuh pasien	
I	<i>Inspect posterior surfaces</i>	Sesuaikan kemiringan pasien, ke satu sisi, periksa dan rasakan seluruh bagian belakang tubuh.	

(Mardalena,2017)

f. Penatalaksanaan Cedera Kepala

Identifikasi cedera awal serta pengurangan dan pencegahan cedera otak selanjutnya adalah tujuan penatalaksanaan untuk individu dengan trauma kepala. Prosedur penilaian dan resusitasi dilakukan sesegera mungkin untuk mencapai tujuan. Aturan rantai *Airway, breathing, circulation* (ABC) digunakan selama prosedur.

1) Pengkajian

a) Informasi yang dibutuhkan untuk penilaian :

- Bagaimana cedera terjadi?
- Apakah korban sadar?

b) Gunakan pendekatan AVPU untuk mengevaluasi tingkat kesadaran korban:

A: *alert*/ membuka mata secara spontan

V: *verbal*/ merespon panggilan

P: *pain*/ rangsangan nyeri

U: *unresponsive*/tidak ada respon

c) Jika korban sadar, tanyakan :

- Apakah mengalami sakit kepala?
- Apakah ada Mual atau muntah?
- Apakah mengalami gangguan penglihatan?

d) Apakah mengalami amnesia

2) Tindakan

a) Prehospital

1. Airway

- Pasang *servical collar* atau gunakan Teknik *jaw thrust* untuk membuka jalan napas
- Bersihkan benda asing, muntahan, lender atau darah dari jalan napas korban
- Lakukan pemasangan orofaring jika korban yang tidak sadarkan diri mengalami penyumbatan jalan napas parsial (mendengkur)
- Lakukan pemasangan nasofaringeal jika dicurigai adanya fraktur basis.
- Jika *Glasgow Coma Scale* (GCS) pasien <8 lakukan intubasi

2. Breathing

- Jika pernapasan terganggu, berikan bantuan pernapasan
- Berikan oksigen melalui *non-rebreating mask* (NRM) dengan aliran 15L/menit
- Evaluasi Gerakan dinding dada, kedalaman dan kecepatan pernapasan

- Gunakan jarum *Interkostal space* (ICS) ukuran besar 2-3 untuk melakukan *torakosentesis/aspirasi* udara sesegera mungkin jika terdapat *pneumotoraks* tegang.

3. *Circulation*

Syok hipovolemik biasanya tidak disebabkan oleh trauma kepala, kecuali jika korbannya adalah bayi, dalam hal ini dapat disebabkan oleh perdarahan kulit kepala yang parah. Syok hipovolemik pada pasien dengan trauma kepala biasanya diakibatkan oleh cedera lain yang terjadi bersamaan, seperti cedera toraks, abdomen atau patah tulang

Tindakan yang dilakukan pada *circulation*:

- Pemasangan infus RL dan larutan kristaloid NaCl 0,9%
- Periksa dan control perdarahan dengan balut tekan

b) Membawa korban ke rumah sakit :

Setelah *Airway, Breathing, Circulation* (ABC) pasien stabil, pasien harus dibawa ke rumah sakit. Patensi jalan napas, pernapasan, sirkulasi, dan kesadaran korban harus dipantau sebagai bagian dari protokol *Airway, Breathing, Circulation* (ABC) selama dalam perjalanan ke rumah sakit.

c) Intrahospital

- Perhatikan patensi jalan napas
- Apabila terdapat benda asing atau penumpukan cairan, darah atau muntahan lakukan *suction*
- Jika tingkat kesadaran korban menurun (*Glasgow Coma Scale* (GCS) <8), intubasi harus dilakukan
- Lakukan pemeriksaan penunjang: X-ray skull dan *cervical, Computed Tomography* (CT) scan kepala. (Kurnianti, 2018)

3) Komplikasi

Pasien dengan trauma kepala dapat mengalami efek jangka pendek dan jangka panjang.

a) Pada jangka pendek meliputi: infeksi, kejang-kejang, peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK), hematoma dan pendarahan otak.

b) Pada jangka panjang meliputi: tingkah laku berubah, penurunan fungsi saraf kranial, serta kecacatan berdasarkan tingkat kerusakan otak. (Kurniati, 2018)

4) Pemeriksaan Diagnostik

a) *X-ray* dapat mengidentifikasi patah tulang, pergeseran pada struktur garis tengah yang disebabkan oleh edema atau perdarahan, dan adanya tulang yang patah.

b) *Computed Tomography* (CT) scan (dengan/tanpa kontras): mendeteksi adanya hemoragik, mengukur ukuran ventrikuler dan mengukur pergeseran jaringan otak

c) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI): setara *Computed Tomography* (CT) scan dengan atau tanpa kontras

d) *Angiografi* serebral: menunjukkan anomaly pada sirkulasi otak, termasuk perdarahan trauma dan perpindahan jaringan otak yang diakibatkan oleh edema.

e) *Elektroencefalogram* (EEG): menunjukkan eksistensi atau berkembangnya gelombang patologis

f) PET (*Positron Emission Tomography*): memperlihatkan perubahan dalam aktivitas metabolisme pada otak

g) GDA (Gas Darah Arteri): untuk mengidentifikasi adanya masalah ventilasi atau oksigenisasi yang dapat meningkatkan Tekanan Intra Kranial (TIK)

h) Pungsi Lumbal: dapat mengindikasikan adanya kemungkinan perdarahan subarachnoid

i) Kimia darah/elektrolit darah: mengidentifikasi ketidakseimbangan yang dapat berkontribusi pada peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK)/perubahan mental

j) Pemeriksaan toksikologi: mendeteksi obat-obatan yang mungkin mengakibatkan penurunan kesadaran. (Kurnianti, 2018)

B. Kerangka Konsep

Tabel 2.2 Kerangka Konsep

Gambaran Penatalaksanaan *Primary Survey* Pada Pasien Cedera Kepala di Intalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Mitra Sejati Medan

Berdasarkan :

- Usia
- Pendidikan
- Lama bekerja
- Pelatihan
- Berdasarkan SOP

C. Defenisi Operasional

Tabel Defenisi Operasional dan Aspek Pengukuran

Tabel 2.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Usia	Usia perawat terukur dari lahir sampai saat ini	Kuesioner	1.20-30 tahun 2.31-40 tahun 3. >40 Tahun	Ordinal
2	Pendidikan	Tingkat Pendidikan terakhir	Kuesioner	1) DIII 2) D4 3) S1 4) NS 5) S2	Nominal
3	Lama Bekerja	Lamanya responden bekerja di Instalasi Gawat Darurat RSUD Mitra Sejati Medan. Terhitung sejak hari pertama bekerja	Kuesioner	1. 1-5 tahun 2. 5-10 Tahun 3. >10 Tahun	Ordinal

4	Pelatihan	Pelatihan yang diikuti perawat yang dapat mendukung penatalaksanaan dalam melakukan tindakan <i>Primary Surve</i>	kuesioner	Apakah perawat mengikuti pelatihan BTCLS	Nominal
---	-----------	---	-----------	--	---------