

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Pengetahuan

a. Pengertian

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang berasal melalui proses setelah seseorang menggunakan sensoris dan pengindraan terhadap suatu objek tertentu, khususnya melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba (Nursalam & Efendi, 2008; Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang terpenting dan berpengaruh dalam membentuk tindakan seseorang (Efendi & Makhfudli, 2010)

b. Tingkat pengetahuan didalam domain kognitif

Pengetahuan merupakan pedoman yang sangat penting dalam segala membentuk tindakan seseorang (Notoatmojo, 2010). Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

1) Tahu (*know*)

Tahu adalah mengingat suatu materi yang telah dipelajari termasuk mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami adalah kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui. Namun dalam hal ini tidak hanya menjelaskan,

menyebutkan contoh, menyimpulkan saja, akan tetapi seseorang tersebut harus menginterpretasikannya.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Hal ini ditandai dengan seseorang dapat menggunakan prinsip, hukum-hukum, rumus, metode yang telah diketahui tersebut pada situasi yang lain.

4) Analisa (*analysis*)

Analisa adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan seseorang untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusunformasi-formasi yang ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan ada dua, yaitu internal dan eksternal :

1) Faktor Internal, meliputi:

a) Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang maka tingkat pengetahuan akan berkembang sesuai dengan pengetahuan yang didapat Budiman & Riyanto (2013). Dengan bertambahnya umur maka taraf fikir seseorang akan lebih matang dan dewasa.

b) Pendidikan

Pendidikan dapat menambah wawasan atau pengetahuan seseorang. Jika seseorang mempunyai tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah (Budiman & Riyanto, 2013). Sedangkan menurut Wawan (2010) mengatakan bahwa pada seseorang yang mempunyai pendidikan rendah akan mengalami hambatan terhadap penerimaan informasi dan pengenalan nilai-nilai baru.

c) Pekerjaan

Dengan adanya pekerjaan maka seseorang memerlukan banyak waktu untuk menyelesaikan pekerjaan yang dianggap penting. Masyarakat yang sibuk akan memiliki waktu sedikit untuk memperoleh informasi, sehingga tingkat pengetahuan yang dimiliki menjadi kurang (Wawan, 2010).

d) Pengalaman

Pengalaman yang kurang baik pada seseorang akan membuat seseorang berusaha untuk melupakannya, sedangkan bila pengalaman tersebut menyenangkan maka psikologi akan menimbulkan kesan yang

mendalam dan membekas dalam emosi jiwanya, yang pada akhirnya dapat membentuk sikap yang positif (Budiman & Riyanto, 2013).

2) Faktor Eksternal, meliputi:

a) Lingkungan

Lingkungan adalah seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok (Wawan & Dewi, 2011).

b) Sosial budaya

Suatu sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari perilaku dalam menerima informasi (Wawan & Dewi, 2011).

d. Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Wawan & Dewi (2011), cara memperoleh pengetahuan yaitu :

1) Cara kuno memperoleh pengetahuan

a) Cara coba salah (*trialand error*)

Cara ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan jika kemungkinan tersebut tidak dapat berhasil maka dicoba kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat terselesaikan.

b) Cara kekuasaan (*otoritas*)

Sumber pengetahuan cara ini dapat dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas baik berupa pimpinan-pimpinan masyarakat formal maupun informal, ahli agama, pemegang perintah tanpa menguji terlebih

dahulu atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta yang empiris maupun dengan pendapat sendiri.

c) Pengalaman Pribadi

Pengalaman pribadipun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah di peroleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi masa lalu.

d) Melalui jalan pikiran

Dengan adanya perkembangan kebudayaan umat manusia, maka manusia juga ikut berkembang melalui jalan pikirannya. Manusia mampu menggunakan penalaran dalam mendapatkan pengetahuan.

2) Cara Modern

Cara ini disebut dengan istilah metode ilmiah ataupun lebih populer disebut metodologi penelitian (*research methodology*) dan akhirnya lahir suatu cara untuk melakukan penelitian.

e. Cara Mengukur Pengetahuan

Menurut Sugiyono (2013), Pengetahuan dapat diukur melalui wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi suatu objek yang dapat diukur dari hasil subjek penelitian atau responden.

Selanjutnya hasil penelitian akan dikelompokkan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang. Pembagian tingkatan pengetahuan menggunakan rumus dari Nursalam (2009), yaitu

1) Baik : Jika jawab benar 76% -100%

2) Sedang : Jika jawab benar 56% -75%

3) Kurang : Jika jawab benar $\leq 55\%$

2. Cedera Kepala

a. Pengertian

Cedera kepala merupakan trauma mekanik terhadap kepala, baik secara langsung maupun tidak langsung yang menyebabkan gangguan fungsi neurologis, yaitu gangguan fisik, kognitif, fungsi psikososial bersifat temporer atau permanen (PERDOSI, 2006). Cedera kepala dapat didefinisikan sebagai keadaan non kongenital dan non degeneratif yang terjadi pada otak dan disebabkan oleh energi atau kekuatan mekanik dari luar. Risiko yang mengalami cedera kepala adalah gangguan temporer atau permanen dalam fungsi kognitif, fisik, dan fungsi psikososial disertai adanya penurunan atau kehilangan kesadaran (Dawodu, 2013; Perdossi, 2006).

b. Klasifikasi

Menurut Smeltzer dan Bare (2002), Klasifikasi Cedera Kepala, yaitu

1) Cedera Kulit Kepala

Kulit kepala mengandung banyak pembuluh darah sehingga akan berdarah jika mengalami cedera. Luka pada kulit kepala juga merupakan tempat masuknya infeksi intra kranial.

2) Fraktur Tengkorak

Fraktur tengkorak merupakan rusaknya kontinuitas tulang tengkorak yang disebabkan oleh trauma. dapat terjadi dengan tanpa kerusakan otak. Adanya fraktur tengkorak biasanya akan menimbulkan dampak tekanan yang kuat. Fraktur tengkorak dibagi menjadi dua, yaitu terbuka dan tertutup. Bila

fraktur terbuka maka duramater akan rusak dan bila fraktur tertutup maka duramater tidak akan rusak.

3) Cedera Otak

Cedera Otak dibagi menjadi :

a) Komosio serebral

Komosio serebral adalah gangguan fungsi otak tanpa adanya kerusakan struktur anatomi jaringan otak akibat dari cedera kepala (Padila, 2012). Sedangkan secara klinis didapatkan penderita pernah ataupun tidak sadar selama kurang dari 15 menit disertai sakit kepala, pusing, mual-muntah adanya amnesi retrograde ataupun antegrade. Pada pemeriksaan radiologis CT scan tidak didapatkan adanya kelainan (Padila, 2012).

b) Kontusio serebral

Kontusio serebral merupakan cedera kepala berat dimana otak mengalami memar dengan kemungkinan adanya daerah hemoragi. Gejala yang muncul pada kontusio akan lebih khas. Pasien terbaring kehilangan gerakan, denyut nadi lemah, pernafasan dangkal, kulit dingin dan pucat. Pasien dapat diusahakan untuk bangun tetapi akan segera masuk kembali ke dalam keadaan tidak sadar.

c) Hemoragi intra cranial

Hematoma (pengumpulan darah) yang terjadi di dalam kubah intra kranial adalah akibat paling serius dari cedera kepala. Efek utama ini adalah seringkali lambat sampai hematoma tersebut yang akan menyebabkan distorsi dan herniasi otak serta peningkatan TIK.

d) Epidural hematoma (EDH)

Epidural hematoma adalah pengumpulan darah di dalam ruang epidural, terletak diantara tengkorak dan durameter. Keadaan ini sering diakibatkan oleh fraktur tulang tengkorak yang menyebabkan arteri maningeal tengah putus atau rusak (laserasi).

e) Subdural hematoma (SDH)

Subdural hematoma yaitu pengumpulan darah diantara durameter dan dasar otak dan merupakan akibat terjadi putusnya pembuluh darah kecil (vena) yang menjembatani pada ruang subdural. Disamping itu, menurut Patricia, (2013) menjelaskan bahwa jika pasien hematoma subdural akut dapat memperlihatkan gejala dalam 24-48 jam setelah cedera karena adanya akumulasi dara dari vena lebih lambat. Gejala meliputi sakit kepala yang memburuk, defisit neurologis fokal, abnormalitas pupil unilateral dan penurunan tingkat kesadaran, sedangkan hematoma subdural kronis dapat mengalami perdarahan minor awal yang tidak menimbulkan gejala.

f) Perdarahan subdural kronik (SDH kronik)

Subdural hematoma kronik adalah terkumpulnya darah diruang subdural lebih dari 3 minggu setelah trauma. Subdural hematom kronik diawali dari SDH akut dengan jumlah darah yang sedikit. Darah di ruang subdural akan memicu terjadinya inflamasi sehingga akan terbentuk bekuan darah atau clot yang bersifat temponade. Dalam beberapa hari akan terjadi infasi fibroblast ke dalam clot dan membentuk noumembran pada lapisan dalam (korteks) dan lapisan luar (durameter). Pembentukan neomembran tersebut akan di ikuti dengan pembentukan kapiler baru dan terjadi fibrinolitik sehingga terjadi proses degradasi atau likoefaksi bekuan

darah sehingga terakumulasinya cairan hipertonis yang dilapisi membran semi permeabel. Gejala klinis yang dapat ditimbulkan oleh SDH kronis antara lain sakit kepala, bingung, kesulitan berbahasa dan gejala yang menyerupai TIA (*Transient Ischemic Attack*) dan dapat terjadi defisit neurologi yang bervariasi seperti kelemahan motorik dan kejang.

g) Perdarahan intra cerebral atau *intracerebral hematoma* (ICH)

Intracerebral hematoma adalah area perdarahan yang homogen dan konfluen yang terdapat didalam parenkim otak. Intra cerebral hematoma bukan disebabkan oleh benturan antara parenkim otak dengan tulang tengkorak, tetapi disebabkan oleh gaya akselerasi dan deselerasi akibat trauma yang menyebabkan pecahnya pembuluh darah kortikal dan subkortikal.

Cedera kepala berdasarkan beratnya cedera, dapat diklasifikasi penilaiannya berdasarkan skor *Glasgow Coma Scale*(GCS) dan dikelompokkan menjadi (Permana, 2013), yaitu :

1) Minimal = simple head injury

Nilai GCS, yaitu 15 (normal), dengan kesadaran baik, tidak adanya tanda amnesia, pemeriksaan radiologi sebagai dasar indikasi sehingga hanya perawatan luka dan tidak perlu adanya mondok. Pesan dari anggota keluarga adalah hanya melihat atau observasi kesadaran seseorang yang mengalami cedera kepala.

2) Cedera Kepala Ringan (CKR)

Nilai GCS yaitu 14, pasien terkesan disorientasi atau tidak mematuhi perintah. Sedangkan nilai GCS 15 menunjukkan adanya amnesia pasca cedera selama kurang dari 24 jam dan dapat terjadi kehilangan kesadaran selama < 10

menit, disertai adanya gejala klinik seperti mual, muntah, sakit kepala atau vertigo. Vital sign dalam batas normal, tidak adanya defisit neurologi pada pemeriksaan radiologis seperti foto schedel, head *CT* scan. Hal ini pasien mondok untuk observasi akan adanya lucid interval, dimana kesadarannya semakin menurun atau dapat ditemukan lateralisasi dengan diikuti GCS selama setiap 30 menit, pupil, defisit neurologi.

3) Cedera Kepala Sedang(CKS)

Nilai GCS yaitu 9-13, terjadi kehilangan kesadaran selama > 10 menit tetapi < 6 jam dan tidak ditemukan defisit neurologis menunjukkan amnesia pasca cedera selama ≤ 7 hari (positif atau negatif). Disertai gangguan kardiopulmonal dapat diperiksa dan diatasi gangguan *airway, breathing, circulation* oleh fiksasi cervical. Pemeriksaan radiologis adalah foto schedel dan head *CT* scan. Pasien mondok dengan observasi ketat untuk melihat dari GCS, pupil dan defisit neurologis.

4) Cedera Kepala Berat (CKB)

Nilai GCS yaitu < 8 , terjadi kehilangan kesadaran > 6 jam atau terjadi amnesia pasca cedera selama > 7 hari jam, dan ditemukan defisit neurologis disertai cedera multipel selama adanya gangguan cerebral diikuti oleh gangguan sistemik yang mempunyai survey primer dan riwayat SAMPLE. HCTS adalah 40% massa intrakranial (hematom), midline shift > 5 mm atau hematoma > 25 cc dan tindakan operasi segera 60% massa intrakranial (hematom), midline shift < 5 mm atau hematoma < 25 cc terapi konvensional.

c. Penyebab

Menurut Swasanti (2014), penyebab cedera kepala sebagai berikut:

- 1) Kecelakaan kerja
- 2) Kecelakaan lalu lintas dengan kendaraan bermotor
- 3) Jatuh atau tertimpa benda berat (benda tumpul)
- 4) Serangan atau kejahatan (benda tajam)
- 5) Pukulan (kekerasan, akibat luka tembak)
- 6) Kecelakaan olahraga

d. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada cedera kepala menurut Wijaya (2013), yaitu :

1) Epilepsi Pasca Trauma

Epilepsi pasca trauma adalah suatu kelainan dimana kejang beberapa waktu setelah otak mengalami cedera karena benturan di kepala. Kejang ini terjadi sekitar 10% penderita yang mengalami cedera kepala hebat tanpa adanya luka tembus dan pada sekitar 40% penderita yang memiliki luka tembus di kepala.

2) Afasia

Afasia adalah hilangnya kemampuan untuk menggunakan bahasa karena terjadinya cedera pada area bahasa dan otak. Penderita tidak mampu memahami atau mengekspresikan kata-kata. Bagian otak yang mengendalikan fungsi bahasa adalah Lobus Temporalis sebelah kiri dan bagian lobus frontalis di sebelahnya.

3) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang diperlukan pada pasien dengan cedera kepala menurut Muttaqin (2008), yaitu :

- a) CT-Scan atau MRI (tanpa kontras) : mengidentifikasi luasnya lesi, perdarahan, determinan ventrikuler, dan perubahan jaringan otak.
 - b) EEG (*Elektroensefalografi*) : melihat keberadaan dan perkembangan gelombang patologis.
 - c) Foto rontgen : mendeteksi perubahan struktur tulang (fraktur), perubahan struktur garis (perdarahan/edema), fragmen tulang.
 - d) PET (*Pasitron Emission Tomography*) : mendeteksi perubahan aktifitas metabolisme otak.
 - e) Angiografi serebral : menunjukkan kelainan sirkulasi serebral seperti pergeseran jaringan otak sekunder menjadi edema, perdarahan, dan trauma.
 - f) Kadar elektrolit : mengoreksi keseimbangan elektrolit sebagai peningkatan tekanan intrakranial (TIK).
- e. Penanganan Pada Cedera Kepala

Penderita yang mengalami cedera kepala memerlukan penilaian dan pengelolaan yang cepat dan tepat untuk menyelamatkan jiwa. Waktu ini berperan penting karena, diperlukan cara yang mudah, cepat dan tepat. Proses awal dikenal dengan disebut *initial assesment* (PPGD, 2009).

Penilaian awal (*initial assesment*) penderita cedera kepala memiliki tujuan untuk memantau dan mencegah terjadinya cedera kepala sekunder dan memperbaiki keadaan umum yang optimal sehingga dapat membantu penyembuhan sel-sel otak yang sakit (Arsani, 2011). Penanganan yang dilakukan oleh perawat di IGD merupakan suatu tindakan yang bertujuan untuk menyelamatkan jiwa seseorang dengan cepat, tepat, dan benar, sedangkan

penanganan awal yang diberikan ke penderita adalah untuk mempertahankan hidup, mencegah kondisi menjadi lebih buruk dan meningkatkan pemulihan.

Penanganan yang dilakukan terjadi pada cedera kepala yaitu menjaga jalan nafas, mengontrol pendarahan dan mencegah terjadinya syok, imobilisasi, mencegah terjadinya komplikasi serta cedera sekunder. Pada setiap keadaan yang tidak normal ini dapat membahayakan dan harus segera diberikan tindakan resusitasi (Wahjoepramono, 2005).

Menurut Krisanty (2009) menjelaskan bahwa seseorang yang akan memberikan penanganan awal harus segera mengkaji sesuatu, dengan menentukan diagnosis untuk setiap korban yang membutuhkan perhatian dari yang lainnya, serta tidak menunda pengiriman korban ke Rumah Sakit dengan keadaan kondisi yang serius. Penanganan cedera kepala harus segera dilakukan penanganan yang cepat sehingga dapat mencegah terjadinya cedera sekunder sesuai dengan fisiologi dan patofisiologi cerebral (Pramono, 2006).

Penanganan cedera kepala tergantung pada tingkat keparahan yaitu cedera kepala ringan, sedang, dan berat. Adapun urutan kejadian yang diatas dapat diterapkan dengan praktek dalam keseharian secara terus menerus.

f. Persiapan

Koordinasi yang baik antara dokter di rumah sakit dengan petugas di lapangan akan menguntungkan penderita. Sebaiknya rumah sakit telah diberitahukan sebelum pasien mulai diangkut dari tempat kejadian sehingga rumah sakit dapat mempersiapkan peralatan dan tim trauma saat penderita datang di rumah sakit (Pusbankes 118, 2015).

1) Persiapan mempunyai 2 tahapan penderita, yaitu :

a) Fase Pra-Rumah Sakit

Fase Pra-Rumah Sakit meliputi koordinasi dengan yang baik antara dokter-perawat dengan rumah sakit tujuan yang disesuaikan kondisi penderita, jenis perlukaan dan petugas lapangan lainnya, penjagaan jalan napas, control perdarahan, dan imobilisasi penderita, terdapat pemberitahuan terhadap rumah sakit sebelum penderita mulai diangkut dari tempat kejadian, pengumpulan keterangan yang akan dibutuhkan rumah sakit seperti waktu kejadian, penyebab kejadian, mekanisme kejadian dan riwayat pada penderita (Pusbankes 118, 2015)..

b) Fase Rumah Sakit

Fase Rumah Sakit meliputi perencanaan sebelum penderita tiba, menggunakan alat perlindungan diri, kesiapan perlengkapan dan ruangan resusitasi, perlengkapan *airway* telah dipersiapkan, dicoba, diberikan cairan kristaloid telah dihangatkan, diletakkan pada tempat yang mudah dijangkau, disiapkan, serta diberitahukan oleh tenaga laboratorium dan radiologi (Pusbankes 118, 2015).

2) Pada tahap rumah sakit, yaitu :

Triase

Triase merupakan suatu tindakan untuk mengelompokkan penderita berdasarkan beratnya cedera diutamakan dengan ada tidaknya gangguan pada A (*airway*), B (*breathing*), dan C (*circulation*). Penderita mengalami gangguan jalan napas (*Airway*) harus mendapatkan prioritas penanganan pertama dengan mengingat adanya gangguan jalan napas yaitu penyebab tercepat kematian pada penderita. Triase mencakup rujukan oleh penderita yang mendapatkan tempat perawatan (Pusbankes 118, 2015).

Berdasarkan (Pusbankes 118, 2015), mempunyai 2 jenis keadaan triase yang dapat terjadi yaitu

1) *Multiple Casualties*

Jumlah penderita dan beratnya trauma tidak melampaui kemampuan rumah sakit. Hal ini, penderita dengan adanya masalah yang mengancam jiwa dan multi trauma akan mendapatkan prioritas penanganan (Musliha, 2010).

2) *Mass Casualties*

Jumlah penderita dan beratnya trauma melampaui kemampuan rumah sakit. Penderita kemungkinan survival yang terbesar, membutuhkan waktu, perlengkapan dan tenaga yang paling sedikit akan mendapatkan prioritas lebih dahulu (Musliha, (2010).

Penanganan Menurut Perdossi, (2006), tergantung derajat beratnya cedera, yaitu

1) Minimal

Tirah baring, elevasi bed bagian kepala lebih tinggi sekitar 30 derajat. Istirahat di rumah. Diberikan nasehat agar kembali ke rumah sakit jika ada tanda-tanda perdarahan epidural, serta penderita mulai terlihat mengantuk (kesadaran mulai turun-gejala lucid interval).

2) Cedera Otak Ringan (*Komosio Serebri*)

Tirah baring, elevasi bed bagian kepala lebih tinggi sekitar 30 derajat. Observasi di rumah sakit 2 hari. Adanya Keluhan hilang, mobilisasi dengan gejala, seperti anti vertigo, anti emetik, analgetika dan antibiotika.

3) Cedera Otak Sedang dan Berat (*Kontusio Serebri*)

a) Terapi Umum

Untuk kesadaran menurun, seperti lakukan resusitasi, bebaskan jalannafas(*Airway*),jaga fungsi pernafasan (*Breathing*),*Circulation* (tidak terjadi hipotensi, sistolik >90 mmHg, nadi, suhu (tidak terjadi pireksia). Keseimbangan cairan, elektrolit dan nutrisi dengan kalori >50% normal. Jaga kebersihan gas darah, kebersihan kandung kemih perlu pasang kateter, kelancaran jalur intravena, ubah posisi untuk cegah dekubitus, posisi kepala ditinggikan 30 derajat, pasang selang nasogastrik pada hari ke 2, kecuali kontra indikasi yaitu fraktur basis kranii, infus cairan isotonis dan berikan oksigen sesuai indikasi

b) Terapi Khusus

(1) Medikamentosa

Mengatasi tekanan tinggi intrakranial. Pengobatan yang diberikan pada cedera kepala adalah obat-obatan golongan deksamethasone (dosis awal 10 mg dan dilanjutkan 4 mg setiap 6 jam), berikan manitol 20%(dosis 1-3 mg/kgBB/hari) bertujuan untuk mengatasi edema serebri, seperti analgetik, anti emetik, antipiretik. Antibiotika diberikan jika ada perdarahan lambung (Pusbankes 118, (2015).

(2) Rehabilitasi

Mobilisasi bertahap dilakukan setelah keadaan klinik stabil, Neurorestorasi dan Neurorehabilitasi diberikan secara dengan kebutuhan.

Penanganan cedera kepala di Instalasi Gawat Darurat mempunyai urutan prosedur, yaitu :

1) *Primary Survey* (Survey Primer)

Semua prosedur penanganan gawat darurat dengan kejadian trauma, maka langkah pertama yang dilakukan sejak detik pertama pasien masuk instalasi gawat darurat adalah pemeriksaan secara cepat dan efisien disebut sebagai *primary survey*. Dasar dari pemeriksaan *primary survey* adalah ABCD, yaitu *Airway* (jalan nafas), *Breathing* (pernafasan), *Circulation* (sirkulasi darah), *Disability* (status neurologi) (Wahjoepramono, (2005).

2) *Airway* (*Menjaga Jalan Nafas*) dengan kontrol servikal

Airway Manajemen merupakan suatu hal yang terpenting dalam melakukan resusitasi dan membutuhkan ketrampilan khusus dengan penanganan keadaan gawat darurat. Oleh sebab itu, hal yang pertama harus segera dinilai adalah kelancaran jalan nafas, meliputi pemeriksaan jalan nafas yang dapat disebabkan oleh benda asing, fraktur manibula atau maksila, fraktur laring (Dewi, 2013 dalam Setyawan, 2015).

Adapun gangguan jalan nafas (*airway*) terjadi dikarenakan lidah yang jatuh kebelakang. Ketika cedera tidak ada di daerah servikal, dengan posisi kepala ekstensi, jika tidak membantu maka akan dilakukan pemasangan pipa orofaring atau pipa endotrakeal dan dilakukan pembersihan dibagian mulut dengan adanya lendir, darah, muntahan, atau gigi palsu (Wahjoepramono, (2005). Gangguan *airway* ini juga dapat timbul secara mendadak dan total, perlahan-lahan dan secara berulang (Dewi, 2013 dalam Setyawan, 2015).

Bebasnya jalan nafas paling terpenting bagi kecukupan ventilasi dan oksigenasi. Ketika penderita tidak mampu dalam mempertahankan jalan nafas, oleh karena itu, patensi jalan nafas harus segera dipertahankan dengan cara buatan, diantaranya : reposisi, *chin lift*, *jaw thrust*, atau melakukan penyisipan *airway orofaringeal* serta nasofaringeal (Smith, Davidson, Sue, 2007). Dalam

usaha untuk membebaskan jalan nafas harus segera melindungi pada vertebra servikal.

Hal ini dapat dimulai dengan melakukan *chin lift* atau *jaw thrust*. Pada pasien yang dapat berbicara, dianggap bahwa jalan nafasnya bersih, walaupun penilaian terhadap *airway* harus tetap dilakukan. Pasien dengan gangguan kesadaran atau *Glasgow Coma Scale* < 8 ini memerlukan pemasangan *airway* definitif. Adanya gerakan motorik yang tidak bertujuan dalam mengindikasikan diperlukan pada *airway definitif*.

Teknik-teknik dalam mempertahankan *airway*:

a) *Head tilt*

Ketika pasien tidak sadar, sebaiknya dibaringkan dalam posisi terlentang dan horizontal, kecuali pada pembersihan jalan nafas dimana bahu dan kepala penderita harus segera direndahkan dengan posisi semilateral untuk memudahkan drainase lendir, muntah atau benda asing. Kepala diekstensikan dengan cara meletakkan satu tangan di bawah leher penderita pada dahi depan penderita sambil mendorong atau menekan ke belakang. Posisi ini tetap dipertahankan dengan berusaha dalam memberikan inflasi bertekanan positif secara intermittena (Alkatri, 2007).

b) *Chin lift*

Salah satu tangan pada jari-jemari diletakkan bawah rahang, dengan hati-hati kemudian diangkat keatas untuk membawa dagu ke arah depan. Ibu jari yang sama, dengan ringan akan menekan pada bibir di bagian

bawah untuk membuka mulut, ibu jari juga diletakkan di belakang gigi seri (*incisor*) bagian bawah secara bersamaan, dagu secara hati-hati diangkat. *Manuver chin lift* akan menyebabkan hiperekstensi leher.

Manuver dapat berguna pada korban yang mengalami trauma karena tidak membahayakan oleh pasien dengan patahnya ruas tulang leher atau mengubah patah tulang tanpa cedera spinal menjadi patah tulang dengan cedera spinal.

c) *Jaw thrust*

Ketika penolong berada disebelah atas kepala penderita, kedua tangan pada mandibula, jari kelingking dan manis kanan maupun kiri berada pada angulus mandibula, jari tengah serta telunjuk kanan maupun kiri yang berada pada mentum mandibula. Selain itu, mandibula ini diangkat ke atas melewati molar pada *maxila* (Arifin, 2012).

d) *Oropharyngeal Airway (OPA)*

Salah satu pada indikasi yaitu *Airway* orofaringeal digunakan untuk membebaskan jalan nafas pada pasien yang kehilangan refleks jalan nafas bagian bawah (Krisanty, 2009). Diantaranya teknik ini yaitu posisikan kepala pasien lurus dengan tubuh, pilih ukuran pipa orofaring sesuai dengan pasien. Dalam hal ini dilakukan dengan cara menyesuaikan ukuran pipa orofaring dari tragus (anak telinga) sampai ke sudut bibir. Masukkan pada pipa orofaring dengan tangan kanan.

Pada lengkungan menghadap ke atas (arah terbalik), kemudian masukkan ke dalam rongga mulut. Setelah itu, ujung pipa mengenai palatum durum putar pipa ke arah 180 derajat dan dorong pipa dengan cara melakukan *jaw thrust* maupun kedua ibu jari tangan tersebut menekan

sambil mendorong pada pangkal pipa orofaring secara hati-hati sampai bagian yang keras dari pipa orofaring. Periksa dan pastikan jalan nafas bebas, (Lihat, rasa, dengar). Fiksasi pipa orofaring dengan cara diplester di bagian pinggir atas maupun bawah pangkal pipa dan rekatkan plester sampai ke pipi pasien (Arifin, 2012).

e) *Nasopharyngeal Airway*

Salah satu pada indikasi *airway* nasopharingeal ini disukai dibandingkan dengan *airway* orofaring pada pasien dalam memberikan respon, oleh karena itu, dapat diterima dan lebih kecil kemungkinan dapat merangsang muntah (ATLS, 2004). Diantaranya teknik ini yaitu posisikan kepala pasien lurus dengan tubuh, Pilihlah ukuran pipa nasofaring sesuai dengan cara menyesuaikan ukuran pada pipa nasofaring dari lubang hidung sampai tragus (anak telinga).

Pada pipa nasofaring akan diberikan pelicin dengan *jelly* (gunakan kasa yang sudah di beri *jelly*). setelah itu, masukkan pipa naso-faring dengan cara tangan kanan memegang pangkal pipa nasofaring, lengkungan menghadap ke arah mulut bagian bawah. Masukkan ke dalam rongga hidung secara perlahan sampai batas pangkal pipa dan pastikan jalan nafasnya bebas (lihat, dengar, rasa) (Arifin, 2012).

Jika pernafasannya membaik, jaga agar jalan nafas tetap terbuka dan periksa dengan cara harus dinilai Menurut Pusbankes 118, (2015) :

(1) Lihat (*Look*) yaitu melihat pergerakan naik turunnya dada yang simetris, jika tidak simetris maka perlu dicari kelainan intra-thorakal atau fail *chest*. Amati frekuensi nafas terlalu cepat maupun lambat.

(2) Dengar (*Listen*) yaitu mendengar adanya suara pernafasan pada auskultasi kedua paru, vesikuler normal atau suara menghilang, adanya rhonkhi yang menjadi petunjuk kelainan intra-thorakal.

(3) Rasakan (*Feel*) yaitu merasakan adanya hembusan nafas.

f) *Breathing*

Oksigen terpenting bagi kehidupan. Sel-sel tubuh memerlukan pasokan konstan O₂ digunakan untuk menunjang reaksi kimiawi penghasil energi dan menghasilkan CO₂ yang harus dikeluarkan secara terus menerus (Dewi, 2013). Terbukanya *airway* yaitu langkah awal yang terpenting untuk pemberian oksigenkonsentrasi tinggi (*nonrebreather mask* 11-12 liter/menit). Oksigenasi menunjukkan pengiriman oksigen sesuai ke jaringan ini untuk memenuhi kebutuhan metabolik, efektivitas ventilasi dapat dinilai secara klinis (Krisanty, 2009).

Gangguan pernafasan (*breathing*) terjadi adanya gangguan bersifat sentral maupun perifer. Kelainan perifer disebabkan karena akibat dari adanya aspirasi atau trauma dada yang menyebabkan pneumothorax atau gangguan gerakan pernafasan. Hal ini terjadi karena kerusakan pusat napas di otak (Wahjoepramono, 2005). Oleh sebab itu, hal yang pertama harus segera dinilai yaitu perhatikan kontrol servikal in-line immobilisasi dengan buka leher dan dada penderita, tentukan dengan laju dan dalamnya pernafasan, lakukan inspeksi dan palpasi leher dan thoraks untuk mengenali kemungkinan deviasi trakhea, espansi thoraks yang simetris, perhatikan pemakaian otot-otot tambahan dan tanda-tanda cedera, lakukan perkusi thoraks untuk menentukan redup atau hipersonor dan auskultasi pada thoraks bilateral (Greenberg 2005 dalam Arsani, 2011). Disamping

itu, nilai PaO₂ yang direkomendasikan >75 mmHg dan kadar PaCO₂ yaitu 35-38 mmHg (Arifin, (2013).

Ketika pernafasan tidak adekuat, ventilasi dengan menggunakan teknik *bag-valve-face-mask* ini cara yang lebih efektif jika dilakukan oleh dua orang dimana kedua tangan dari salah satu petugas (ATLAS, 2004)

Adapun cara untuk melakukan pemasangan *face-mask*(Arifin, 2012)

:

- (1) Posisikan kepala lurus dengan tubuh
- (2) Pilih ukuran yang sesuai ketika sungkup muka dapat menutupi hidung dan mulut pasien, tidak ada kebocoran
- (3) Letakkan sungkup muka bagian yang lebar di bagian mulut
- (4) Jari kelingking tangan kiri penolong diposisikan pada angulus mandibula, jari manis dan tengah memegang rumus mandibula, ibu jari dan telunjuk memegang serta memfiksasi sungkup muka.
- (5) Gerakan tangan kiri ke penolong untuk mengekstensikan seikit kepala pasien
- (6) Pastikan tidak ada kebocoran dari sungkup muka yang telah dipasangkan
- (7) Jika kesulitan, gunakan dengan kedua tangan secara bersama-sama (tangan kanan dan kiri memegang mandibula dan sungkup muka bersama-sama
- (8) Pastikan jalan nafas bebas (lihat, dengar, rasa)

(9) Jika yang digunakan AMBU-BAG, maka tangan kiri memfiksasi sungkup muka, sedangkan tangan kanan digunakan untuk memegang *bag* (kantong) *resevoir* sekaligus pompa nafas bantu (*squeeze-bag*).

Pusbankes 118, (2015), Ventilasi dengan *bag Valve Mask* (BVM) memiliki konsentrasi oksigen pada pemakaian BVM, yaitu :

- (1) (Tanpa tambahan oksigenyaitu oksigen dari udara kamar (21%)
- (2) Tambahkan oksigen yaitu maksimal tergantung aliran oksigen (50%)
- (3) Kantong cadangan yaitu penderita rusaha bernafas dengan diberikan nafas bantuan (*assisted ventilation*) (100%).

g) *Circulation* (kontrol perdarahan)

Perdarahan merupakan salah satu penyebab kematian setelah truma (Krisanty, 2009). Gangguan sirkulasi (*circulation*) terjadi karena cedera otak, dan faktor ekstra kranial. Gangguan ini terjadi kondisi hipovolemia yang mengakibatkan pendarahan luar, atau ruptur organ dalam abdomen, trauma dada, tamponade jantung atau pneumothoraks dan syok septik. (Wahjoepramono, (2005).

Pada shock hipovolemik ini dibatasi dengan tekanan darah kurang dari 90 mmHg dan dapat mengalami penurunan tekanan darah yang berpengaruh terhadap tingkat kinerja otak (Arifin, 2013) Oleh sebab itu, hal yang pertama harus segera dinilai adalah mengetahui sumber perdarahan eksternal dan internal, tingkat kesadaran, nadi dan periksa warna kulit dan tekanan darah (Greenberg 2005 dalam Arsani, 2011& ATLS 2004), yaitu:

- (1) Tingkat kesadaran yaitu ketika volume darah menurun perfusi otak juga berkurang yang dapat menyebabkan penurunan tingkat kesadaran.

(2)Warna Kulit, yaitu berupa wajah yang keabu-abuan dan kulit ekstremitas yang pucat merupakan tanda hipovolemia.

(3)Nadi adalah pemeriksaan nadi yang dilakukan pada nadi terbesar seperti a. femoralis dan a. karotis (kanan kiri), untuk kekuatan nadi, kecepatan dan irama.

Dalam keadaan darurat yang tidak tersedia alat-alat, maka secara cepat dapat memperkirakan tekanan darah dengan meraba pulsasi (Dewi, 2013), yaitu :

(1) Ketika teraba pulsasi pada arteri *radial*, maka tekanan darah minimal 80 mmHg sistol

(2) Ketika teraba pulsasi pada arteri *brachial*, maka tekanan darah minimal 70 mmHg sistol

(3) Ketika teraba pulsasi pada arteri *femoral*, maka tekanan darah minimal 70 mmHg sistol

(4) Ketika teraba pulsasi pada arteri *carotid*, maka tekanan darah minimal 60 mmHg sistol

Pengelolaan dalam mengontrol perdarahan, Greenberg dalam Arsani, 2011 antara lain :

(1) Penekanan langsung pada sumber perdarahan eksternal

Perdarahan eksternal segera dihentikan dengan penekanan pada luka. Cairan resusitasi yang dipakai yaitu Ringer Laktat atau NaCl 0,9% adanya dua jalur dari intra vena. Pemberian cairan jangan diragukan, karena cedera sekunder akibat dari hipotensi lebih berbahaya terhadap

cedera otak dibanding edema pada otak akibat adanya pemberian cairan yang berlebihan.

- (2) Kenali perdarahan internal, kebutuhan untuk intervensi bedah serta konsultasi pada ahli bedah
- (3) Pasangkan kateter IV 2 jalur ukuran terbesar sekaligus mengambil sampel darah untuk pemeriksaan rutin, kimia darah, tes kehamilan (pada wanita usia subur), golongan darah dan *cross-match* serta Analisa Gas Darah (BGA).
- (4) Berikan cairan kristaloid telah dihangatkan dengan tetesan tercepat, pasang PSAG/bidai pneumatik untuk mengontrol perdarahan pada pasien fraktur pelvis.
- (5) Fraktur pelvis yang mengancam nyawa, cegah adanya hipotermia dengan posisi tidur yaitu kepala diposisikan datar, cegah *head down* (kepala lebih rendah dari leher) karena dapat menyebabkan bendungan vena di kepala serta menaikkan tekanan intracranial.

h) *Disability*

Menjelang akhir *primary survey* dilakukan evaluasi terhadap keadaan neurologis secara cepat (ATLS, 2004). Selain itu, pemeriksaan neurologis secara cepat yaitu dengan menggunakan metode AVPU (*Alert, Voice response, Pain response, Unresponse*) (Pusbankes 118, (2015)). Hal ini yang dinilai yaitu tingkat kesadaran dengan memakai skor GCS/PTS, ukuran dan reaksi pupil (Musliha, (2010)).

Dalam hal ini, penurunan kesadaran dapat disebabkan oleh adanya penurunan oksigenasi atau perfusi ke otak serta trauma langsung (Pusbankes 118, 2015). Menurut Greenberg, (2005) dalam Arsani 2011

bahwa nilai pupil dilihat dari besarnya isokor, reflek cahaya, awasi adanya tanda-tanda lateralisasi, evaluasi maupun Re-evaluasi *airway*, oksigenasi, ventilasi serta *circulation*.

i) *Exposure*

Pada exposure merupakan bagian terakhir dari *primary survey*, pasien harus dibuka keseluruhan pakaiannya untuk melakukan pemeriksaan thoraks kemudian diberikan selimut hangat, cairan intravena yang telah dihangatkan dan ditempatkan pada ruangan cukup hangat ini dilakukan pada saat dirumah sakit (Musliha, 2010). Periksa punggung dengan memiringkan pasien dengan cara *long roll* (Dewi 2013). Pemeriksaan seluruh bagian tubuh harus segera dilakukan tindakan agar mencegah terjadinya hipotermia.

Dalam pemeriksaan penunjang ini dilakukan pada *survey primer*, yaitu pemeriksaan saturasi oksigen dengan pulse oxymetri, foto thoraks, dan foto polos abdomen. Tindakan lainnya seperti pemasangan monitor EKG, kateter dan NGT Pusbankes 118, (2015).

3) *Secondary Survey*

Pemeriksaan dilakukan setelah pasien dengan keadaan stabil dan dipastikan *airway*, *breathing* dan *sirkulasi* dapat membaik. Prinsip survey sekunder adalah memeriksa ke seluruh tubuh yang lebih teliti dimulai dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*) baik pada tubuh dari bagian depan maupun belakang serta evaluasi ulang terhadap pemeriksaan tanda vital penderita. Dimulai dengan anamnesa yang singkat meliputi AMPLE (*allergi, medication, past illness, last meal dan event of injury*). Pemeriksaan

penunjang ini dapat dilakukan pada fase meliputi foto thoraks (Pusbankes 118, (2015).

Penanganan klinis mempunyai tahap yang menggunakan prosedur 5B, menurut Wahjoepramono (2005), yaitu :

a) *Breathing*

Perhatikan adanya frekuensi dan jenis pernafasan, pembebasan obstruksi jalan nafas, oksigenasi yang cukup, atau adanya hiperventilasi jika diperlukan.

b) *Blood*

Pada pengukuran tekanan darah dan pemeriksaan laboratorium seperti Hb dan leukosit.

c) *Brain*

Langkah awal penilaian ditentukan pada respon mata, motorik, dan verbal (GCS). Ketika memburuk perlu pemeriksaan keadaan pupil serta gerakan bola mata.

d) *Bladder*

Kandung kemih segera dikosongkan dengan pemasangan kateter.

e) *Bowel*

Usus yang penuh cenderung akan meningkatkan tekanan intrakranial dan pemeriksaan.

4) *Re-evaluasi* penderita

Penilaian ulang terhadap penderita, dengan mencatat dan melaporkan setiap adanya perubahan pada kondisi serta respon terhadap resusitasi,

kemudian monitoring tanda-tanda vital maupun jumlah urin, dan pemakaian analgesik yang tepat.

- 5) *Transfer* ke pusat rujukan yang lebih baik.
 - a) Penderita dapat dirujuk jika rumah sakit tidak mampu menangani pasien karena adanya keterbatasan SDM maupun fasilitas serta keadaan pasien yang masih dimungkinkan untuk dirujuk.
 - b) Tentukan indikasi rujukan, prosedur rujukan dan kebutuhan penderita selama dalam komunikasi dengan dokter pada pusat rujukan yang dituju.

3. Perawat

a. Pengertian Perawat

Menurut Yuniati (2013), perawat adalah tenaga profesional di bidang perawatan kesehatan yang terlibat dalam kegiatan perawatan, perlindungan dan pemulihan orang yang terluka atau penderita penyakit akut maupun kronis, pemeliharaan kesehatan dan penanganan keadaan darurat yang mengancam nyawa. Dalam hal ini, keperawatan juga diartikan sebagai disiplin profesional yang menerapkan banyak bentuk pengetahuan dan ketrampilan berpikir kritis dalam setiap situasi pasien melalui penggunaan model keperawatan dalam proses keperawatan (Potter & Perry, 2005).

b. Fungsi Perawat

Menurut Kusnanto (2004) Dalam menjalankan perannya, perawat akan melakukan berbagai 3 fungsi yaitu ;

- 1) Fungsi independen

Fungsi Mandiri (independen) adalah aktivitas keperawatan yang dilaksanakan atas inisiatif perawat itu sendiri dengan dasar pengetahuan dan ketrampilan. Dalam hal ini, perawat menentukan bahwa klien membutuhkan intervensi keperawatan yang pasti, salah satunya adalah mendelegasikan pada anggota keperawatan yang lain, dan bertanggung jawab atas keputusan dan tindakannya. Adapun berbagai tindakan independen (Mandiri) yang dilakukan oleh perawat, antara lain pada saat membuka jalan nafas seperti reposisi, *head tilt*, *chin lift*, *jaw thrust*, *Oropharyngeal Airway (OPA)*, *Nasopharyngeal Airway*, memberikan oksigen (O₂), memberikan kebutuhan metabolik, perhatikan kontrol servikal in-line immobilisasi dengan buka leher, dan dada penderita, lakukan inspeksi dan palpasi leher dan thoraks, perkusi dan auskultasi thoraks, pemasangan *face-mask*, Tingkat kesadaran, warna kulit, nadi (NIC, 2008)

2) Fungsi Dependen

Fungsi dependen adalah fungsi ketergantungan yang merupakan perawat melakukan aktivitas sesuai dengan instruksi dokter.

3) Fungsi Interdependen

Tindakan keperawatan kolaboratif (interdependen) adalah aktivitas yang dilakukan atas kerja sama dengan pihak lain atau tim kesehatan lain. Untuk melaksanakan praktik keperawatan kolaboratif secara efektif perawat harus mempunyai kemampuan klinis, mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang memadai dan rasa pertanggungjawaban yang tinggi dalam setiap tindakan. Adapun berbagai tindakan interdependen (Kolaboratif) yang dilakukan oleh perawat, antara lain pada saat bronkodilator seperti pemasangan pipa endotracheal, mengontrol perdarahan seperti penekanan langsung pada

sumber perdarahan eksternal, kenali perdarahan internal, pasang kateter IV 2 jalur ukuran terbesar, cairan kristaloid, pasang PSAG atau bidai pneumatik (NIC, 2008).

c. Peran Perawat

Menurut Aziz (2004), menjelaskan bahwa perawat merupakan salah satu profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan komprehensif menyangkut semua aspek bio, psiko, sosial dan spiritual. Peran perawat dalam melakukan perawatan menurut konsorsium ilmu kesehatan tahun 1989 terdiri dari peran sebagai pemberi asuhan keperawatan, advokat klien, pendidik, koordinator, kolaborator, konsultan dan peneliti.

Dalam hal ini, peneliti juga merupakan bagian integral dari pemberi pelayanan kesehatan yang berdasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan serta ditujukan kepada klien sebagai individu, keluarga dan masyarakat sebagai berikut :

1) *Care giver* atau Pemberi asuhan keperawatan

Perawat memberikan asuhan keperawatan profesional kepada pasien diantaranya pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi hingga evakuasi. Perawat juga dapat melakukan observasi yang kontinyu terhadap kondisi pasien, melakukan pendidikan kesehatan, memberikan informasi terkait dengan kebutuhan pasien sehingga masalah pasien dapat teratasi (Susanto, 2012).

2) *Peran Client advocate* atau Advokator

Peran advokator ini dilakukan oleh perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas

tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien, dapat berperan untuk mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien meliputi pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakit, hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat dari kelalaian.(Hidayat, 2008)

3) *Client educator* atau Pendidik

Perawat sebagai pendidik menjalankan perannya dalam memberikan pengetahuan, informasi dan pelatihan ketrampilan kepada pasien, keluarga maupun anggota masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan (Susanto, 2012).

4) Peran *Koodinator*

Peran koordinator ini dilakukan dengan cara mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien (Hidayat, 2008).

5) *Peran* Kolaborator

Peran perawat sebagai kolaborator disini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapis, ahli gizi dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau bertukar pendapat dalam bentuk pelayanan selanjutnya (Hidayat, 2008). Perawat dapat berkolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain dalam memberikan pelayanan kepada klien dengan benar.

6) Peran *Consultant* atau Konsultan

Peran perawat sebagai konsultan adalah tempat untuk konsultasi bagi pasien, keluarga dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan atau tindakan keperawatan yang tepat untuk di berikan (Kusnanto, 2012).

7) *Peran Pembaharu*

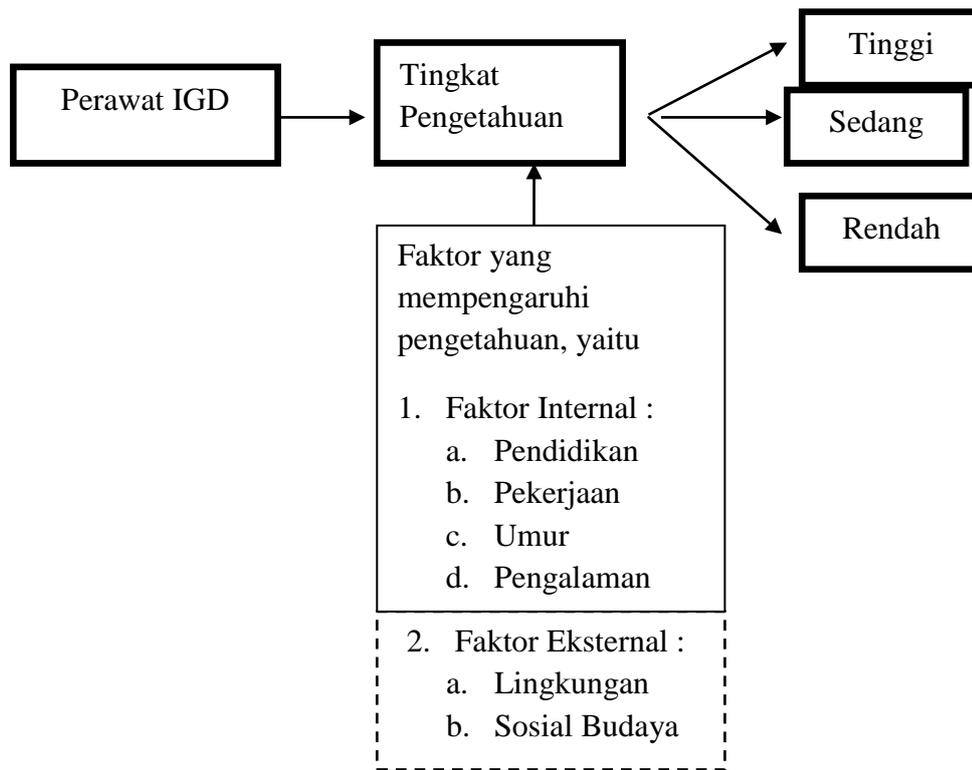
Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuatu dengan metode pemberian pelayanan keperawatan (Hidayat, 2008)

Penanganan yang dilakukan saat terjadi cedera kepala yaitu menjaga jalan nafas penderita, mengontrol pendarahan dan mencegah syok, imobilisasi, mencegah terjadinya komplikasi dan cedera sekunder. Setiap keadaan yang tidak normal dan membahayakan harus segera diberikan tindakan resusitasi pada saat itu juga (Wahjoepramono, 2005).

Peran perawat merupakan tingkah laku yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan profesinya. Peran perawat ini juga dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial dan bersifat tetap (Kusnanto, 2004). Salah satu seseorang spesialis sebagai perawat gawat darurat harus menghubungkan dengan pengetahuan dan ketrampilan untuk menangani respon pasien pada resusitasi, syok, trauma, serta kegawatan yang mengancam jiwa dan tempat untuk pasien gawat darurat yaitu Instalasi Gawat Darurat (IGD) (Krisanty et al 2009).

Berdasarkan peran dan fungsi tersebut di atas, maka perawat yang bekerja di rumah sakit harus memiliki kompetensi khusus, yang diperoleh melalui pelatihan *Basic Trauma LifeSupport(BTLS)* dan *Basic Cardiologi Support (BCLS)* atau Penanggulangan Penderita Gawat Darurat (PPGD).

B. Kerangka Konsep



Keterangan :



= Diteliti



= Tidak diteliti

Gambar 1. Skema Kerangka Konsep Penelitian