

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Status Kesadaran

2.2.1 Definisi Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran merupakan suatu ukuran berdasarkan kesadaran dan respon individu terhadap dorongan yang berasal dari luar atau lingkungan. Tingkat kesadaran dibagi menjadi dua, yaitu secara kualitatif dan secara Kuantitatif (Gorji et al., 2014). Secara Kualitatif meliputi, kesadaran secara compos mentis yaitu keadaan seseorang yang sadar secara penuh dan dapat menjawab sebuah pertanyaan mengenai dirinya serta lingkungannya. Apatis yaitu keadaan seseorang acuh tak acuh, tidak peduli, dan enggan berhubungan dengan orang lain maupun lingkungan sekitarnya. Somnolen yaitu keadaan seseorang yang cenderung tertidur dan sering mengantuk, mampu memberikan jawaban secara verbal, serta pasien dengan keadaan ini masih mampu dibangunkan oleh rangsangan, namun mudah tertidur kembali. Stupor/sopor keadaan seseorang dalam kesadaran hilang, tidak memberikan reaksi bila dibangunkan secara verbal, namun bisa dengan rangsang nyeri yang kuat, mereka hanya berbaring dengan mata tertutup. Koma keadaan seseorang dalam kesadaran hilang, ia tidak memberikan reaksi terhadap ransangan (verbal, taktil, dan nyeri) (Yeo et al., 2013). Sedangkan tingkat kesadaran secara kuantitatif, dengan menggunakan cara atau metode Gasglow Coma Scale yang terdiri dari tiga penilaian yaitu Eye, Motoric, Verbal

2.2.2 Faktor Resiko Gangguan Kesadaran

1. Usia.

Usia atau umur pasien diyakini dapat berpengaruh terhadap nilai kesadaran seseorang. Semakin tinggi nilai umur seorang pasien hal ini dapat meningkatkan peluang pada pasien mempunyai nilai GCS yang rendah. Usia yang lebih muda mempunyai kemampuan dalam meregenerasi lebih baik dan cepat dibandingkan dengan usia dewasa.

2. Mekanisme Cedera

Nilai GCS dan kesadaran seseorang dipengaruhi oleh jenis trauma atau cedera begitu juga pada tempat cedera yang terdampak, seperti adanya trauma tunggal yang terjadi pada organ vital akan berisiko terhadap kematian.

3. GCS masuk.

Nilai GCS pada saat awal masuk yang diperiksa ketika pasien telah tiba di IGD menjadi tolok ukur dalam melihat kondisi klinis pasien. Nilai GCS yang rendah di awal pemeriksaan akan menjadi tolok ukur dalam memberikan perawatan lebih lanjut.

4. Kriteria perawatan / intervensi.

Jenis intervensi sangat dipengaruhi oleh kualifikasi penolong. Kualifikasi penolong dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis meliputi tenaga kesehatan dan non-tenaga kesehatan. Tepatnya memberikan intervensi akan mempengaruhi nilai GCS pada pasien.

5. Kualifikasi penolong dan intervensi awal

Penolong yang baik dan memiliki keterampilan dalam menangani pasien dengan kondisi kritis akan mempengaruhi nilai GCS atau kondisi klinis pasien (Indradmojo et al., 2020)

2.2.3 Etiologi Gangguan kesadaran

Penyebab adanya koma bisa disebabkan oleh penyebab traumatik dan non-traumatik. Penyebab traumatik yang sering terjadi ialah kecelakaan lalu lintas, kekerasan fisik, dan jatuh (Arbour, 2013). Sedangkan, Penyebab non-traumatik yang dapat membuat seseorang dalam keadaan koma meliputi gangguan metabolik tubuh, adanya intoksikasi obat, terjadinya hipoksia global, iskemia global, perdarahan intraserebral, stroke iskemik, perdarahan subaraknoid, adanya tumor otak, kondisi inflamasi atau peradangan yang terjadi pada sistem tubuh manusia, terdapat infeksi pada sistem saraf pusat seperti ensefalitis, meningitis, dan abses serta gangguan psikogenik. Keadaan koma ini dapat berlanjut menjadi kematian pada batang otak jika tidak ada perbaikan dalam keadaan klinis. (Maureen Aprilia, 2015)

2.2.4 Gejala Pasien dengan Gangguan Kesadaran

Pasien dengan penyakit kritis memiliki gejala, sebagai berikut:

1. Penurunan Kesadaran

Pasien dengan adanya Penyakit kritis akan mengalami penurunan kesadaran atau mengalami penurunan nilai GCS. Karena penyakit kritis yang diderita pasien, sistem tubuh akan mengalami perubahan fungsinya sehingga

akan menyebabkan kesadaran pasien menurun jika tidak ditangani dengan tepat dan cepat (Arianto, 2022).

2. Mengalami Kegagalan Sistem Organ.

Ketika Pasien mengalami kondisi yang kritis, maka gejala yang timbul adalah pasien akan mengalami kegagalan sistem organ dalam tubuhnya. Sistem organ tubuh seseorang akan bermasalah jika kondisi pasien dalam keadaan tidak baik (Fitri Y et al., 2017).

3. Inflamasi Secara Sistemik

Pada pasien penyakit kritis yang ada di ruang ICU biasanya mengalami proses terjadinya inflamasi secara sistemik, hal ini cenderung dialami oleh pasien karena penyebabnya adalah sitokin-sitokin peradangan, yang bisa dapat menyebabkan sepsis (Fitri Y et al., 2017).

4. Fisiologis Menurun

Dalam kondisi kritis pasien mengalami fungsi tubuh menurun. Seseorang dapat dengan mudah mengalami ketidakseimbangan dalam tubuhnya, gejala pasien dengan kritis kerap kali akan mengalami fisiologis yang menurun sedikit demi sedikit (Arianto, 2022).

2.2.5 Dampak Gangguan Kesadaran.

Dampak adanya gangguan kesadaran bisa bermacam-macam. Semua tergantung dari penyebab atau etiologi gangguan kesadaran itu sendiri. Beberapa hal yang ditimbulkan dari adanya gangguan kesadaran pada seseorang, meliputi:

1. Terjadinya Perubahan fisiologis pasien.

Ketika kesadaran menurun maka akan terjadi perubahan-perubahan fisik dan fungsi tubuh pada pasien, seperti kerusakan pada sistem gerak, gangguan pernafasan, dan kebutuhan dasar lainnya.

2. Koma.

Ketika pasien mengalami penurunan kesadaran, maka pasien akan kehilangan kesadaran secara total. Dimana dalam medis masih hidup, tetapi tidak bisa melakukan kegiatan atau aktivitas secara langsung tanpa bantuan dari alat medis.

3. Sirkulasi Darah di Otak Berkurang.

Terjadinya gangguan kesadaran dapat menyebabkan proses oksigenasi dalam tubuh terhambat, sehingga oksigen dalam otak juga akan terhambat, jika otak kekurangan oksigen maka sirkulasi darah di dalam otak akan terganggu.

4. Kematian.

Ketika kesadaran menurun drastis hal yang burukpun bisa terjadi, dan yang paling fatal adalah hilangnya seluruh fungsi dan sistem tubuh. Ketika tidak ditangani dengan cepat dan tepat dapat menyebabkan kematian (Suwardianto et al., 2017)

2.2.6 Metode Penilaian Kesadaran

- a. Glasgow Coma Scale (GCS)

Glasgow Coma Scale (GCS) merupakan sebuah metode yang dipergunakan dalam dunia medis untuk mengukur nilai tingkat kesadaran seseorang. Metode ini menitikberatkan pada proses respons terhadap rangsangan dimana tujuannya adalah mengukur fungsi neurologis (Aditya, 2020). Metode GCS merupakan sebuah alat ukur yang diyakini efektif dalam menilai mortalitas dan prognosis pada pasien kritis (Indrawati et al., 2020). Glasgow Coma Scale (GCS) merupakan suatu skala yang digunakan sebagai pengukuran klinis semi kuantitatif dari tingkat kesadaran (Hanifah, 2015).

Glasgow coma scale adalah salah satu penilaian yang digunakan sebagai acuan dalam pengobatan, dan dasar dalam pembuatan keputusan klinis umum guna pasien. Selain mudah untuk dilakukan, GCS juga memiliki peranan sangat penting dalam memprediksi adanya risiko kematian di awal atau sebuah trauma (Indrawan et al., 2010). Kesadaran merupakan suatu perubahan tingkat kesadaran yang digambarkan oleh akibat dari proses patofisiologi dari berbagai penyakit (trauma, tumor, metabolik, infeksi, vaskuler) yang dapat menyebabkan terjadinya disfungsi otak 1-3. Kehilangan kesadaran merupakan suatu hal dalam kegawatdaruratan medis yang harus ditangani dengan cepat, tepat, dan baik untuk mengurangi kerusakan (Tantri et al., 2014).

Gasglow Coma Scale (GCS):	Nilai
Respon Membuka Mata	
➤ Spontan	4
➤ Terhadap Perintah / Pembicara.	3
➤ Terhadap Rangsangan Nyeri	2
➤ Tidak Membuka Mata	1
Respon Motorik	

➤ Sesuai Perintah.	6
➤ Mengetahui lokalisasi nyeri.	5
➤ Reaksi Menghindar.	4
➤ Reaksi Fleksi-dekortikasi.	3
➤ Reaksi .Ekstensi-deserebrasi.	2
➤ Tidak Berespon	1

Respon Verbal

➤ Dapat Berbicara dan Memiliki Orientasi baik.	5 4
➤ Dapat berbicara, namun disorientasi.	3
➤ Berkata-kata tidaktepat dan tidak jelas.	2
➤ Mengeluarkan suara tidak jelas.	1
➤ Tidak Bersuara	

(Teasdale & Jennett., 1976)

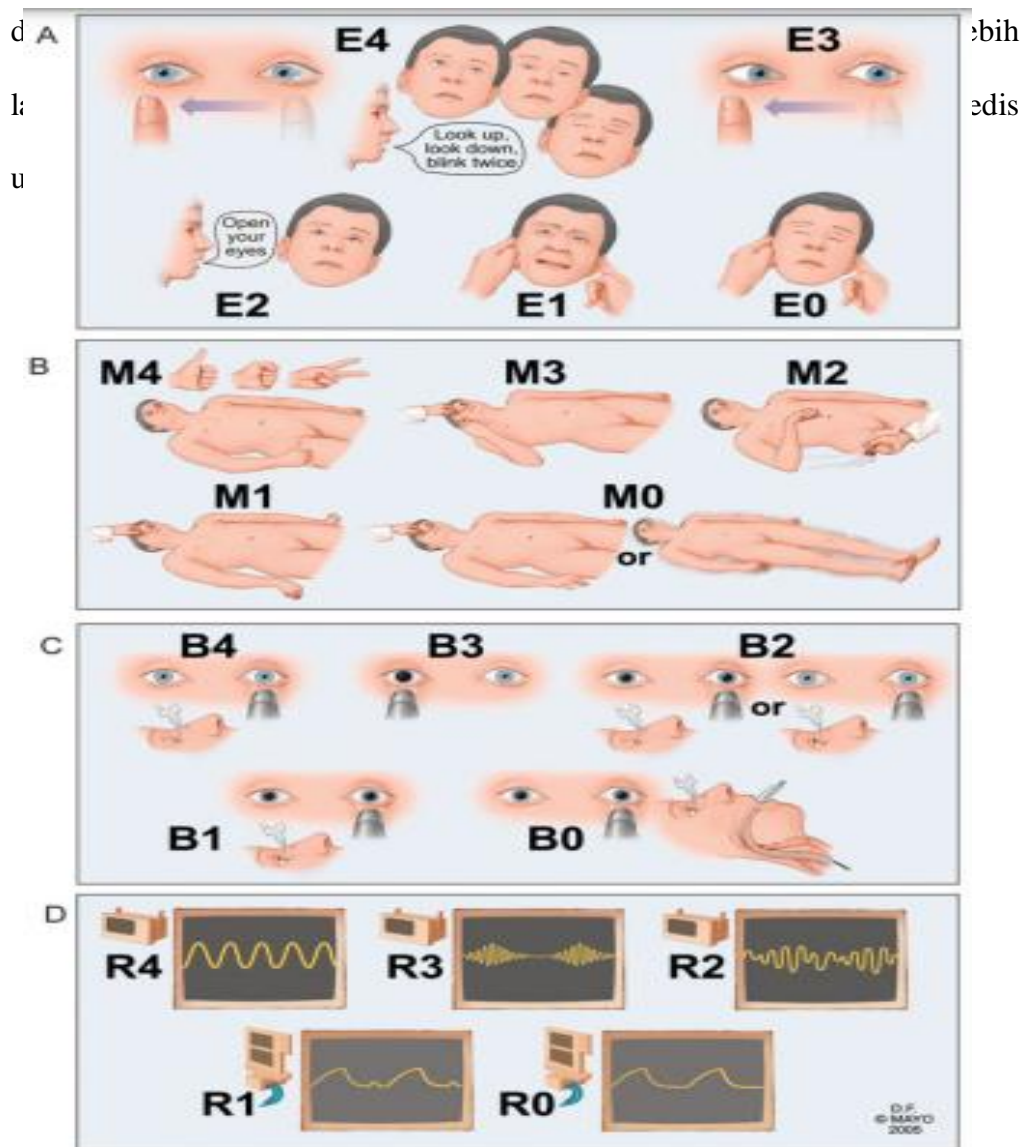
b. Coma Recovery Scale – Revised (CRS-R)

Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R) merupakan alat ukur yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pasien di ICU. Alat ini terdiri dari enam komponen, yang meliputi: skala fungsi pendengaran dengan skor 0-4, skala fungsi visual dengan skor 0-5, skala fungsi motorik dengan skor 0-6, skala komunikasi dengan skor 0-3, skala fungsi oromotor/verbal dengan skor 0-3, dan skala arousal dengan skor 0-3. CRS-R dapat menilai tingkat kesadaran pasien pada tahap akut maupun pada tahap kronis dan dapat dilakukan oleh semua tenaga kesehatan professional. Selain itu, alat ini mampu mengidentifikasi lebih tinggi pasien dengan *minimally consciousness state* (MCS) dibandingkan dengan skala lainnya (Rudini, 2018).

c. The Full Outline UnResponsiveness (FOUR) Score

Pada Tahun 2005, telah dikembangkan alat yang digunakan dalam mengukur kesadaran yang baru, disebut dengan The Full Outline UnResponsiveness (FOUR) Score. Four Score dikembangkan oleh Eelco

F.M.Wijdick untuk mengatasi berbagai keterbatasan yang dimiliki GCS. Skala ini memberikan lebih banyak informasi karena terdiri dari empat komponen penilaian yang meliputi: Respon mata, respons motorik dengan spektrum luas, Reflek batang otak, dan Respirasi. Four score dianggap lebih baik dibandingkan dengan skala pengukuran kesadaran yang sudah ada sebelumnya. Four Score



Gambar 2.1 Penilaian FOUR SCORE Gambaran Tingkat Kesadaran pada Pasien di ICU RSUD Anwar Medika Sidoarjo

Keterangan :

The Full Outline UnResponsiveness (FOUR) Score	Nilai
Respon Mata	
➤ Kelopak mata terbuka atau pernah terbuka dan mengikuti arah atau berkedip oleh perintah	4
➤ Kelopak mata terbuka namun tidak mengikuti arah	3
➤ Kelopak mata tertutup namun terbuka jika mendengar suara keras	2
➤ Kelopak mata tertutup namun terbuka saat diberi ransangan nyeri	1
➤ Kelopak mata tetap tertutup meskipun dengan ransangan nyeri	0
Respon Motorik	
➤ Ibu jari terangkat atau mengapal, atau tanda damai "Peace Sign"	4
➤ Melokalisasi nyeri	3
➤ Memberi respon fleksi pada ransangan nyeri	2
➤ Memberi respon ekstensi pada ransangan nyeri	1
➤ Tidak ada respon terhadap nyeri atau status mioklonus umum	0
Respon Verbal	
➤ Terdapat fleksi pupil dan kornea.	4
➤ Salah satu pupil melebar terus menerus.	3
➤ Tidak ada reflek pupil atau kornea.	2
➤ Tidak ada reflek pupil dan kornea.	1
➤ Tidak ada reflek pupil, kornea, atau batuk	0
Respirasi	
➤ Pola Nafas Regular, tidak terintubasi	4
➤ Pola Cheyne-Stokes, tidak terintubasi	3
➤ Pola nafas ireguler, tidak terintubasi	2
➤ Nafas dengan kecepatan diatas ventilator, diintubasi	1
➤ Apnea atau pernafasan dengan kecepatan ventilator	0

(Wijdicks et al., 2005)

2.2.7 Interpretasi Tingkat Kesadaran

- Tingkat Kesadaran Kualitatif

Compos Mentis	Baik / Sempurna.
Apatis	Perhatian Berkurang.
Delirium	Gaduh, gelisah, kacau, disorientasi dan meronta.
Somnolence	Mudah tertidur walaupun sedang diajak bicara.

Sopor (Stupor)	Dengan rangsangan kuat masih memberi respon gerakan, jawaban verbal tidak baik.
Semi Koma (Koma Ringan)	Hanya tinggal refleks kornea.
Koma	Tidak memberi respon sama sekali.

(Singhal & Josephson, 2014)

2.2 Konsep ICU

2.2.1 Pengertian ICU

Unit perawatan intensif (ICU) adalah sebuah sistem yang terorganisir untuk menyediakan perawatan pada pasien kritis, menyediakan perawatan secara medis dan khusus, meningkatkan kapasitas dalam pemantauan, bertujuan mempertahankan hidup selama masa kritis (Marshall et al., 2016). Dalam satu tempat tidur ICU dijelaskan membutuhkan alat oksimeter otomatis, mesin hisap, ventilator mekanik, dan penyedia anestesi (Murthy et al., 2015). ICU diciptakan untuk membantu orang bertahan hidup, karena itu lingkungan pelayanan kesehatan ini dirancang dengan mempertimbangkan keamanan, sterilitas, dan efisiensi (Olausson et al., 2019). ICU merupakan tempat khusus yang ada pada sebuah rumah sakit yang dipergunakan untuk pasien dengan kondisi sakit kritis atau cedera agar mendapatkan pelayanan medis, dan asuhan keperawatan secara khusus (Khaleghi et al., 2020).

2.2.2 Bentuk-Bentuk Perawatan ICU

- 1) Proses desain unit perawatan intensif (ICU) rumit dan memakan waktu, dan perlu menyeimbangkan inovasi dengan kepraktisan, ketersediaan ruang, keterbatasan fisik, dan biaya.

- 2) Ruang pasien ICU merupakan inti dari pengalaman pasien ICU, anggota keluarga, dan staf.
- 3) Semua ruang ICU harus dirancang dan dilengkapi dengan cara yang sama, dan menyediakan lingkungan yang mendorong penyembuhan, serta pencegahan dan pengendalian infeksi, selaras dengan ruang pendukung.
- 4) ICU adalah rumah sakit mini otonom, yang desain dan fungsinya harus diselaraskan dengan bagian rumah sakit lainnya.
- 5) Sistem informatika ICU lanjutan berupaya mengintegrasikan pasien ICU secara elektronik dengan semua aspek perawatan, memanfaatkan data, dan memantau lingkungan ICU (Webb et al., 2016).

2.2.3 Ruang Lingkup Pelayanan ICU

Pelayanan intensif umumnya diperlukan dalam kasus-kasus berikut: Bedah saraf tengkorak, Cidera kepala dengan sumbatan jalan napas, Pasien yang diintubasi, termasuk trakeostomi, Trauma berat – pasca operasi, Operasi perut untuk kondisi terbungkal lebih dari 24 jam, Pengurusan dada dalam 24 jam pertama, Kesulitan ventilasi, Kesulitan jalan napas, potensial atau mapan, misalnya: pasca-tiroidektomi, pengangkatan gondok besar, Denyut nadi atau tekanan darah tidak stabil, tinggi atau rendah, Anuria atau oliguria, Pre-eklampsia berat atau eklampsia, Sepsis bedah, Komplikasi selama anestesi atau pembedahan, terutama perdarahan yang tidak terduga, Hipotermia, Hipoksia, Neonatus (WHO, 2019).

2.2.4 Ruang Lingkup ICU

- A. Diagnosis dan Pengobatan penyakit akut maupun kronis yang mengancam nyawa seseorang, serta membuat kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari.
- B. Adanya pemberian bantuan serta mengganti fungsi dari vital tubuh seseorang, sekaligus memberikan pengobatan secara spesifik pada problema dasar.
- C. Memantau fungsi vital dalam tubuh dan pengobatan terhadap komplikasi yang muncul karena penyakit.
- D. Memberikan bantuan secara psikologis pada pasien yang bergantung pada mesin (Kesehatan, 2011).

2.2.5 Kriteria Pasien ICU

1. Pasien prioritas 1 kriteria ini merupakan pasien kritis, dimana kondisi pasien tidak stabil dan memerlukan terapi intensif serta tertitiasi seperti: dukungan ventilasi.
2. Pasien dengan prioritas 2 yaitu kriteria pasien yang memerlukan perawatan dalam pantauan alat canggih di ICU, karena sangat beresiko apabila seseorang tidak mendapatkan pengobatan secara intensif segera, seperti contoh pemantauan intensif menggunakan *pulmonary arterial catheter*.
3. Pasien dengan prioritas 3 yaitu kriteria pasien adalah pasien kritis, dengan keadaan status kesehatan sebelumnya tidak stabil, secara akut.
Contoh : sumbatan jalan napas (Kesehatan, 2011).

2.2.6 Perawatan di ICU

Perawatan yang ada di ruang ICU bisa meliputi beberapa hal, seperti perawatan paliatif, perawatan promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitatif.

1. Perawatan Paliatif.

Perawatan ini menitikberatkan pada kegiatan dimana seorang pasien berada diakhir hidupnya dan mendapatkan perawatan yang tepat dan secara manusiawi, bentuk perawatannya seperti menyediakan komunikasi antara kerabat dengan pasien, melibatkan kerabat dalam menentukan intervensi perawatan, dan melakukan pendampingan kepada pasien akhir kehidupan.

2. Perawatan Promotif.

Meningkatkan kesehatan di dalam ruang icu, dengan cara memberikan perawatan secara intensive pada pasien-pasien kritis.

3. Perawatan Preventif.

Memberikan perawatan yang tidak memberikan dampak nasokominal atau menambah infeksi kepada pasien yang dirawat di ruang ICU, karena tingkat penyebaran infeksi yang paling tinggi adalah di ruang ICU.

4. Perawatan Kuratif.

Melakukan perawatan yang tepat dan cepat juga efektif untuk mengobati pasien yang kritis di ruang ICU.

5. Perawatan Rehabilitatif.

Pemulihan kesehatan diperlukan dalam setiap perawatan, terlebih di ruang ICU. Diperlukan adanya perawatan yang mampu memberikan pemulihan terhadap keadaan pasien yang kritis (Purnamasari & Yunicha, 2021):

2.2.7 Dampak Perawatan di ICU yang Lama.

Dampak yang ditimbulkan dari perawatan ICU yang terlalu lama itu sangat kompleks.

1. Gangguan Psikologis; Kecemasan .

Ketika perawatan di ICU terlalu menunggu bisa menyebabkan lama, maka akan berdampak pada psikologis seseorang. Terlalu lama seseorang cemas memikirkan keadaan keluarganya yang ada di ruang ICU.

2. Penurunan Fungsi Fisik Pasien

Pasien yang terlalu lama di rawat di ruang ICU tentu akan berdampak pada penurunan fungsi fisiknya atau tubuhnya, alat medis memiliki efek samping terhadap kondisi fisik pasien

3. Pelayanan Tidak Efisien dan Efektif

Ketika pasien lama di rawat di ruang ICU, maka akan berdampak juga pada pelayanan yang diberikan rumah sakit berkurang dan tidak efektif, karena tidak terciptanya hasil atau outcome yang diinginkan.

4. Biaya Perawatan Tinggi

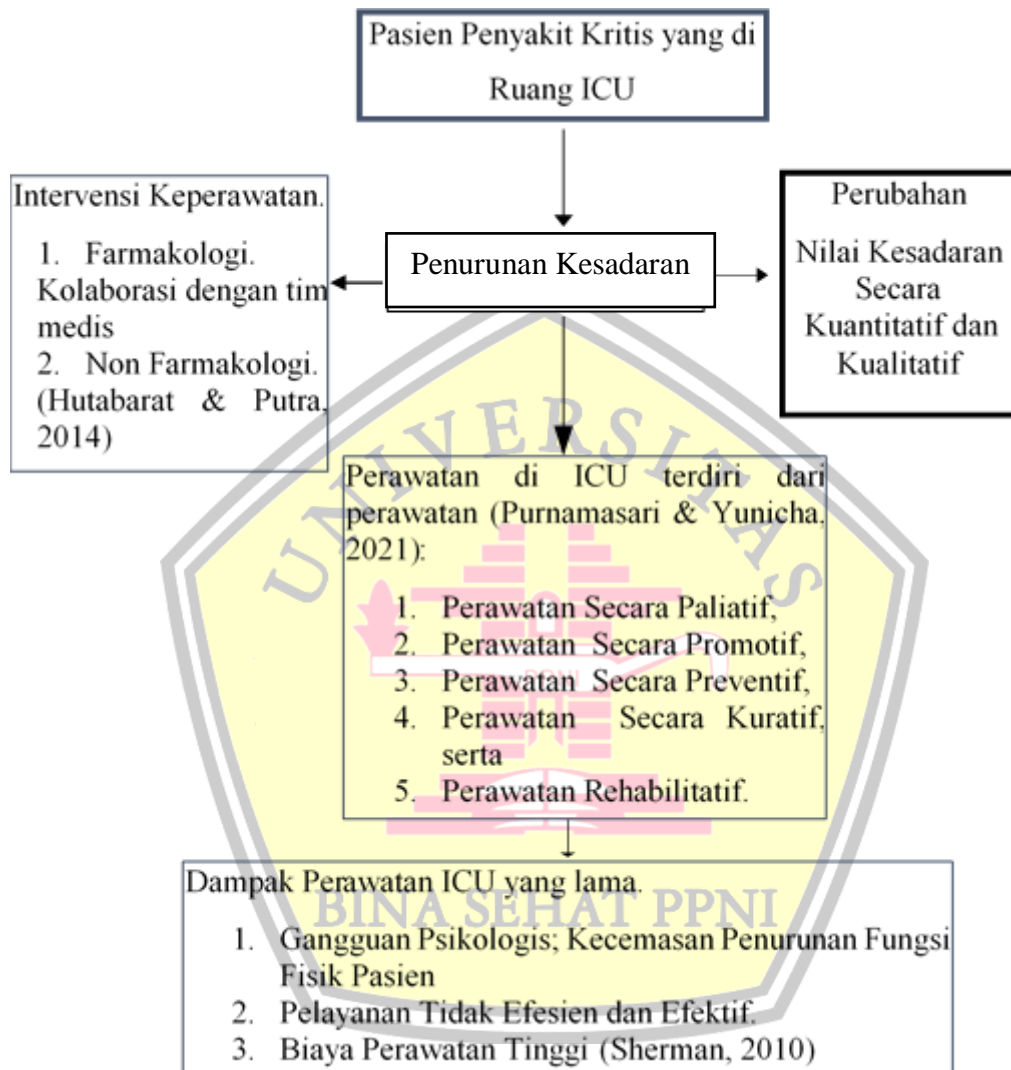
Dampak yang terakhir tentunya pada biaya perawatan yang tinggi ketika pasien terlalu lama ada di ruang ICU (Sherman, 2010).

2.2.8 Peran Perawat saat Melakukan Perawatan di Ruang ICU.

Peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan di ruang ICU tidak hanya didasari pada perawat fisik saja, melainkan juga berfokus pada kondisi psikologis dari pasien, perawat akan mengupayakan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang ICU seperti berkolaborasi dengan rohaniawan, mencari solusi disetiap hambatan dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien, dan kesadaran peran perawat dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien di ICU (Nurhanif et al., 2020).

Perawat juga memilik peran dalam memenuhi kebutuhan pada keluarga pasien yang di rawat di ruang ICU untuk mengurangi kecemasan atau stress, hal yang dapat dilakukan perawat adalah menjadi advokator untuk memberikan atau menjelaskan informasi secara baik agar dapat di terima oleh keluarga mengenai kondisi pasien. Perawat juga berperan dalam memberikan ketenangan kepada keluarga untuk menjaga psikologis dan fisik tidak terganggu (Pondi et al., 2020).

2.5 Kerangka Teori

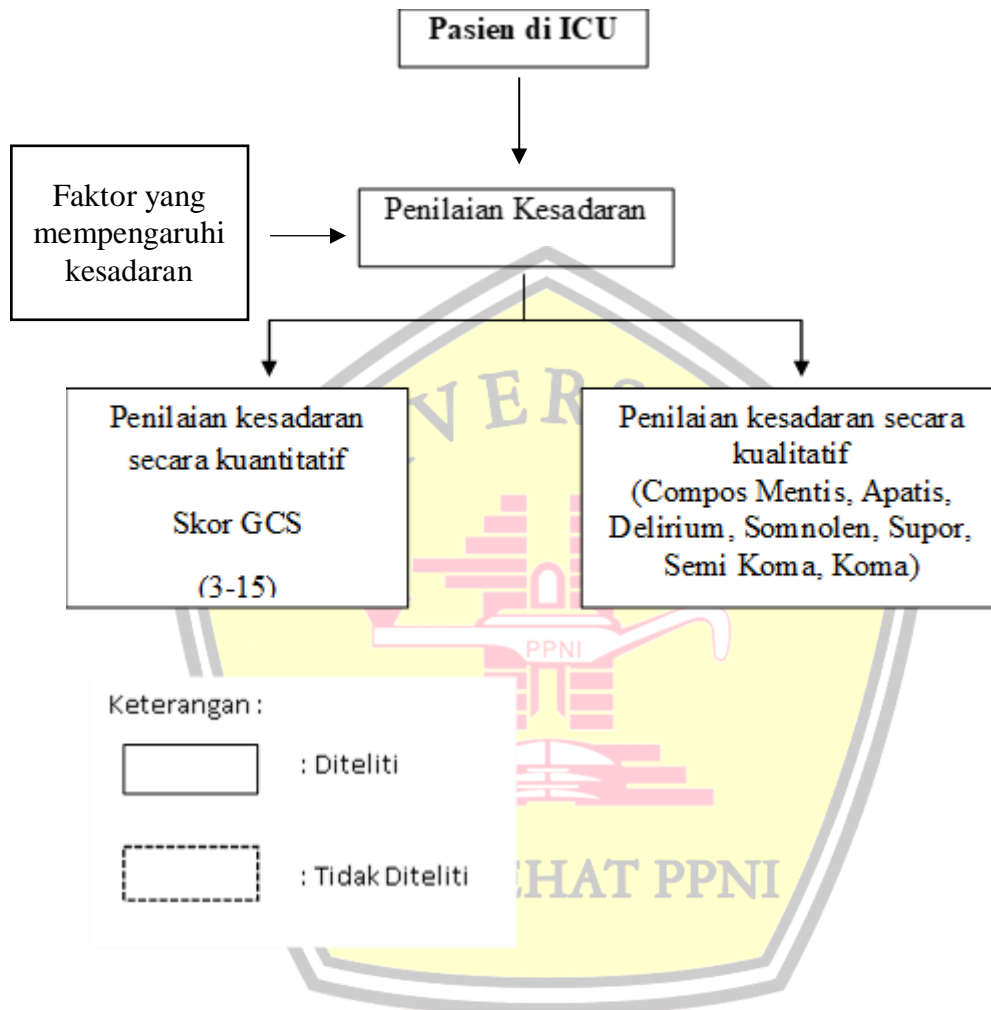


Sumber: (Aprilia & Wreksoatmodjo, 2015; Purnamasari & Yunicha, 2021; Sherman, 2010; Suwardianto, 2020; Yusuf, Z. K., & Rahman, 2019)

Gambar 2.1 Kerangka Teori Gambaran Tingkat Kesadaran kuantitatif dan kualitatif Pasien di ICU RSUD Anwar Medika

2.6 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini dirumuskan sebagai, berikut:



Sumber : (Teasdale & Jennett., 1976)

Gambar 2.2 Kerangka Konsep Gambaran Tingkat Kesadaran kuantitatif dan kualitatif Pasien di ICU RSUD Anwar Medika