

SKRIPSI

**ANALISIS PENGETAHUAN, SIKAP DAN MASA KERJA PERAWAT
TENTANG PEMERIKSAAN *GLASGOW COMA SCALE (GCS)* PADA
PASIEN CEDERA KEPALA DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**



Oleh:

**M A S D A R
C12111713**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

SKRIPSI

**ANALISIS PENGETAHUAN, SIKAP DAN MASA KERJA PERAWAT
TENTANG PEMERIKSAAN *GLASGOW COMA SCALE* (GCS) PADA
PASIEN CEDERA KEPALA DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

*Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat
menempuh ujian akhir dan untuk mendapatkan gelar
Sarjana Keperawatan (S.Kep)*



Oleh:

**M A S D A R
C12111713**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi :

**ANALISIS PENGETAHUAN, SIKAP DAN MASA KERJA PERAWAT
TENTANG PEMERIKSAAN *GLASGOW COMA SCALE* (GCS) PADA
PASIEN CEDERA KEPALA DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

M A S D A R

NIM: C12111713

Skripsi ini diterima dan disetujui untuk dipertahankan di depan tim penguji

Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

Silvia Malasari, S.kep., Ns., MN

Nuurhidayat Jafar, S.kep., Ns., M.Kep

diketahui

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin

Dr. Werna Nontji, S.Kp.M.Kep

NIP : 19500114 197207 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi

**ANALISIS PENGETAHUAN, SIKAP DAN MASA KERJA PERAWAT
TENTANG PEMERIKSAAN *GLASGOW COMA SCALE* (GCS) PADA
PASIEN CEDERA KEPALA DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir
Hari/ Tanggal : Jumat, 1 Maret 2013
Pukul : 13.30-14.40 Wita
Tempat : Ruang Hiyogo

Oleh:

M A S D A R
C12111713

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

Penguji I : Takdir Tahir, S.Kep.,Ns., M.Kes

Penguji II : Abdul Majid, S.Kep.,Ns., M.kep., Sp.MB

Penguji III : Silvia Malasari, S.Kep.,Ns.,MN

Penguji IV : Nuurhidayat Jafar, S.kep.,Ns., M.Kep

Mengetahui :

A.n. Dekan
Wakil Dekan Bidang Akademik
Fakultas Kedokteran
Univesitas Hasanuddin

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin

Prof. Dr. Budu, Ph.D., SpM(K),M.MedEd
NIP. 19661231 199503 009

Dr.Werna Nontji, S.Kp., M.Kep
NIP. 19500114 197207 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Masdar

Nomor mahasiswa : C12111713

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia bertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, Februari 2013

Yang membuat pernyataan,

(Masdar)

ABSTRAK

Masdar. C12111713. **ANALISIS PENGETAHUAN, SIKAP DAN MASA KERJA PERAWAT TENTANG PEMERIKSAAN GLASGOW COMA SCALE (GCS) PADA PASIEN CEDERA KEPALA DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**, dibimbing oleh Silvia Malasari, dan Nuurhidayat Jafar (xiii +61 + 12 lampiran).

Latar belakang: Penilaian *Glasgow Coma Scale (GCS)* yaitu suatu skala pengukur untuk menentukan tingkat kesadaran seseorang. GCS memberikan tiga bidang fungsi neurologik, memberikan gambaran pada tingkat responsif pasien. Penguasaan pengetahuan dan sikap perilaku yang diimplementasikan dalam praktek keperawatan sangat penting sebagai perwujudan kompetensi perawat sebagai perawat profesional.

Tujuan: Mengetahui analisis pengetahuan, sikap dan masa kerja perawat tentang pemeriksaan GCS pada pasien cedera kepala di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Metode: Penelitian kuantitatif yang menggunakan desain penelitian *Deskriptif* dimana penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran mengenai pengetahuan, sikap dan masa kerja perawat tentang pemeriksaan *Glasgow Coma Scale (GCS)* pada pasien cedera kepala di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar. Jumlah responden yang peneliti peroleh sebanyak 60 orang dan melalui uji distribusi frekuensi diperoleh gambaran karakteristik seperti: jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap dan masa kerja. Data disajikan dalam bentuk tabel.

Hasil: Pada penelitian ini diperoleh hasil 53,3% yang memiliki pengetahuan baik yang memiliki pengetahuan kurang 46,7%, memiliki sikap baik 88,3%, memiliki sikap yang kurang 11,7%, masa kerja perawat yang dikategorikan lama 55%, perawat dengan masa kerja baru 45%.

Kesimpulan dan saran: Disimpulkan bahwa analisis pengetahuan dan sikap perawat tentang pemeriksaan GCS sebagian besar dikategorikan baik, karena masa kerja perawat masih lebih banyak yang lama dibandingkan dengan yang baru. Untuk lebih meningkatkan pengetahuan perawat diharapkan agar pihak rumah sakit mengadakan pelatihan tentang pemeriksaan GCS agar perawat cepat tanggap atau merespon dalam melakukan suatu pemeriksaan.

Kata Kunci: perawat, pengetahuan, sikap, masa kerja, GCS.

Daftar Pustaka: 37 kepustakaan (2004 – 2012).

ABSTRACT

Masdar. C12111713. **ANALYSIS OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND WORK PERIOD OF NURSE ON GLASGOW COMA SCALE (GCS) EXAMINATION IN HEAD INJURY PATIENTS IN DR WAHIDIN SUDIROHUSODO GENERAL HOSPITAL CENTER MAKASSAR**, lead by Silvia Malasari and Nuurhidayat Jafar (xiii + 61 + 12 enclosures)

Background: Glasgow Coma Scale (GCS) evaluation is a measuring scale to determine the degree of person's drowsiness. GCS provides three areas of neurologic function, explain the level of responsiveness of patients. Knowledge and attitude that implemented in nursing practice is very important as the embodiment of nurse competency as a professional nurse.

Objective: to know the knowledge, attitude and work period of nurse on Glasgow Coma Scale (GCS) examination in head injury patients in Dr Wahidin Sudirohusodo General Hospital Center Makassar.

Methods: This study used quantitative with descriptive design. Sixty respondents were distributed in a few characteristics such as: gender, age, level of education, knowledge, attitudes and work period. Data were presented in tabular form.

Results: In this study 53.3% of respondents have good knowledge meanwhile 46.7% respondents with less knowledge, about 88.3% respondents have a good attitude and 11.7% respondents have poor attitude and 55% respondents in long work period category meanwhile 45% respondents in new period of work category.

Conclusions and suggestions: Knowledge and attitude of respondents about GCS examination mostly in good category, because there are more respondent with long period more than respondents with new period of work. In order to improve knowledge of nurses, training about GCS examination is expected to develop responsibility of nurses in doing GCS examination.

Keywords: Nurse, knowledge, attitude, work period, GCS

References: 37 bibliography (2004-2012)

KATA PENGANTAR

Dengan mengucap puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala karunia yang telah dilimpahkanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Analisis Pengetahuan, Sikap dan Masa Kerja Perawat Tentang Pemeriksaan *Glasgow Coma Scale* (GCS) pada Pasien Cedera Kepala di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar 2013.” Skripsi ini adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.

Dengan terselesaikannya skripsi ini tidak lepas dari bantuan dan dorongan berbagai pihak, maka melalui kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Prof.Dr.dr. Irawan yusuf, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Prof. Dr. Budu, Ph.D,Sp.M (K), M.MedEd , Selaku wakil dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Dr.Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan.

4. Direktur RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas yang ada, untuk menyelesaikan Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan
5. Silvia Malasari, S.Kep.,Ns.,MN selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan kritikan yang membangun dan sumbangan pemikiran dan pendapat sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini.
6. Nuurhidayat Jafar, S.Kep.Ns.,M.Kep selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan kritikan yang membangun dan sumbangan pemikiran dan pendapat sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini.
7. Takdir Tahir, S.Kep., Ns.,M.Kes selaku penguji I yang telah banyak memberikan kritikan yang membangun dan sumbangan pemikiran dan pendapat sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini.
8. Abdul Majid, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.MB selaku penguji II yang telah banyak memberikan kritikan yang membangun dan sumbangan pemikiran dan pendapat sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini.
9. Ayah dan Ibu tercinta yang memberikan dukungan moril terhadap penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
10. Isteri tercinta yang senantiasa memberikan dukungan moril dan penuh pengertian dan perhatian dalam menyelesaikan skripsi ini.
11. Rekan-rekan dan berbagai pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah banyak memberi suport dalam menyelesaikan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan, dengan segala kerendahan hati kritik dan saran yang membangun sangat peneliti harapkan demi kesempurnaan penulisan selanjutnya.

Makassar, Februari 2013

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR BAGAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Tinjauan Umum Pengetahuan Perawat tentang GCS	8
B. Tinjauan Umum Sikap Perawat Tentang GCS	12
C. Tinjauan Umum tentang Masa Kerja	15
D. Tinjauan Umum tentang Cedera Kepala	16
E. Tinjauan Umum tentang Penilaian Glasgow Coma Scale	26

BAB III	KERANGKA KERJA PENELITIAN	32
	Kerangka konsep	32
BAB IV	METODE PENELITIAN	33
	A. Desain Penelitian	33
	B. Tempat dan Waktu Penelitian	33
	C. Populasi dan Sampel	33
	D. Alur Penelitian	35
	E. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	36
	F. Pengolahan dan Analisa data	39
	G. Instrumen Penelitian	40
	H. Uji Validitas dan Reliabilitas	41
	I. Etika Penelitian	42
BAB V	HASIL DAN PEMBAHASAN	44
	A. Hasil	44
	B. Pembahasan	49
BAB VI	PENUTUP	57
	A. Kesimpulan	57
	B. Saran	58
	DAFTAR PUSTAKA	59
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Penilaian GCS Respon Eye	30
Tabel 2 Penilaian GCS Respon Verbal	30
Tabel 3 Penilaian GCS Respon Motorik	31
Tabel 4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin dan tingkat pendidikan di IRD RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	45
Tabel 5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur di IRD RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar	45
Tabel 6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pengetahuan perawat dalam pemeriksaan GCS di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar	46
Tabel 7 Distribusi responden berdasarkan sikap perawat terhadap pemeriksaan GCS di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar	46
Tabel 8 Distribusi responden berdasarkan masa kerja perawat di RSUP Dr. Wahidin Sudirohuaodo Makassar	47
Tabel 9 Distribusi responden berdasarkan masa kerja terhadap sikap perawat di RSUP Dr. Wahidin Sudirohuaodo Makassar	47
Tabel 10 Distribusi responden berdasarkan masa kerja terhadap pengetahuan perawat di RSUP Dr. Wahidin Sudirohuaodo Makassar	48
Tabel 11 Distribusi responden berdasarkan sikap terhadap pengetahuan perawat di RSUP Dr. Wahidin Sudirohuaodo Makassar	48

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Format Lembaran Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Format Lembaran Persetujuan Responden
- Lampiran 3 : Format Lembaran Data Demografi
- Lampiran 4 : Format Kuesioner Pengetahuan
- Lampiran 5 : Format Kuesioner Sikap
- Lampiran 6 : Master Tabel
- Lampiran 7 : Output Data SPSS
- Lampiran 8 : Output Uji Instrumen Kuesioner Pengetahuan SPSS
- Lampiran 9 : Output Uji Instrumen Kuesioner Sikap SPSS
- Lampiran 10 : Surat Izin Penelitian PSIK FK UH Makassar
- Lampiran 11 : Surat Izin Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan.
- Lampiran 12 : Surat Izin Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1	Kerangka Konsep.....	32
Bagan 4.1	Alur Penelitian.....	35

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Cedera akibat kecelakaan lalu lintas merupakan masalah kesehatan masyarakat diseluruh dunia, khususnya di negara berkembang. Menurut *World Health Organization (WHO)* lewat *Global Status Report on Road Safety*, tahun 2010 tercatat tak kurang 1,3 juta jiwa melayang di jalan. Sebanyak 20-50 juta mengalami luka-luka. Bahkan WHO memprediksikan angka tersebut masih akan meningkat 65 % dalam 20 tahun ke depan seiring penambahan jumlah kendaraan, baik roda dua maupun roda empat (Mulyana , 2011).

Di Amerika Serikat cedera kepala setiap tahunnya diperkirakan mencapai 500.000 kasus. Dari jumlah di atas, 10 % penderita meninggal sebelum tiba di rumah sakit, sedangkan yang sampai di rumah sakit, 80 % termasuk cedera kepala ringan (GCS 13-15), 10 % cedera kepala sedang (GCS 9-12) dan sisanya (10%) cedera kepala berat GCS kurang dari atau sama dengan 8 (Shidarta dan Priguna, 2009).

Di Indonesia saat ini cedera kepala banyak terjadi dan merupakan penyebab hampir setengah dari kematian akibat trauma. Kepala merupakan bagian yang tersering dan rentan terlibat dalam suatu kecelakaan. Distribusi kasus cedera kepala lebih banyak melibatkan kelompok usia produktif, yaitu antara 15-44 tahun (dengan usia rata-rata sekitar 30 tahun) dan lebih di

dominasi oleh kaum laki-laki dibandingkan dengan kaum perempuan. Adapun penyebab yang tersering adalah kecelakaan lalu lintas (49%) dan kemudian disusul dengan jatuh terutama pada kelompok usia anak-anak (Satyanegara, 2010).

Data pasien mengenai angka kejadian cedera kepala di Indonesia belum ada, tetapi yang jelas trauma sering dan banyak terjadi dirumah sakit di seluruh Indonesia. Menurut data dari salah satu rumah sakit di Jakarta, RS. Cipto Mangunkusumo, untuk penderita rawat inap, terdapat 60%-70% dengan cedera kepala ringan (CKR), 15%-20% cedera kepala sedang (CKS), dan sekitar 10% dengan cedera kepala berat (CKB). Angka kematian tertinggi sekitar 35%-50% akibat cedera kepala berat (CKB), 5%-10% cedera kepala sedang (CKS), sedangkan untuk cedera kepala ringan (CKR) tidak ada yang meninggal (Rahayu, 2010). Data di Rumah Sakit Umum Pusat Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar sepanjang tahun 2011 tercatat kasus cedera kepala sebanyak 1560 kasus. Jumlah ini cenderung mengalami peningkatan di tahun berikutnya. Hal ini terbukti dengan jumlah pasien trauma kapitis yang telah mencapai 476 orang selama periode Januari hingga Mei 2012 (Medical Record RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo, 2012).

Cedera kepala dapat menyebabkan memar atau robekan pada jaringan otak maupun pembuluh darah di dalam atau di sekitar otak, sehingga terjadi perdarahan dan pembengkakan di dalam otak. Cedera yang menyebar menyebabkan sel-sel otak membengkak sehingga tekanan di dalam tulang tengkorak meningkat (Smeltzer & Suzanne, 2009)

Perawatan pasien dengan cedera kepala meliputi pengkajian keperawatan, prioritas intervensi keperawatan, antisipasi dan rehabilitasi pasien. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan pemeriksaan tanda vital, respon dan orientasi pasien, pengawasan terhadap pasien yang gelisah, mempertahankan jalan napas, mempertahankan pasien tidak sadar pada posisi yang memudahkan pengeluaran sekresi melalui mulut, dengan kepala ditinggikan 30⁰ untuk menurunkan vena intrakranial (Smeltzer & Suzanne, 2009).

Pada keadaan perawatan yang sesungguhnya, pengumpulan data untuk menilai tingkat kesadaran sangat terbatas, Skala Koma Glasgow (Glasgow Coma Scale) dapat memberikan jalan pintas yang sangat berguna. Skala tersebut memungkinkan pemeriksa membuat tiga peringkat respons utama klien terhadap lingkungan yaitu membuka mata, mengucap kata, dan melakukan gerakan (Muttaqin, 2008).

Penilaian *Glasgow Coma Scale (GCS)* yaitu suatu skala pengukur untuk menentukan derajat penurunan kesadaran seseorang. GCS memberikan tiga bidang fungsi neurologik, memberikan gambaran pada tingkat responsif pasien dan dapat digunakan dalam pencarian yang luas pada saat mengevaluasi status neurologik pasien yang mengalami gangguan sistem persarafan (Tambunan & Karmel, 2009).

Penguasaan pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diimplementasikan dalam praktek keperawatan sangat penting sebagai perwujudan kompetensi perawat sebagai perawat profesional

(PPNI , dikutip dalam Titi, 2005). Hal ini sebagai perwujudan bahwa perawat menjalankan praktek mandiri dan professional. Kenyataan di lapangan dari sumber daya keperawatan yang ada sebetulnya 95 % adalah perawat dengan pendidikan D III keperawatan yang secara teori sudah mendapat konsep / pengetahuan tentang cara pemeriksaan GCS, akan tetapi pengetahuan yang diperoleh belum tercermin dalam sikap dan praktek nyata sebagai perawat yang mandiri dan profesional. Keadaan ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor misalnya belum pernah diadakan pelatihan bagi perawat tentang cara pemeriksaan GCS, fasilitas, beban kerja, dan sikap individu perawat dalam praktek pemeriksaan GCS. Dampak negatif dari pengetahuan, sikap dan praktek yang buruk / jelek akan merugikan image perawat dari masyarakat yang selama ini masih belum baik dan dapat mengurangi kepercayaan pasien terhadap perawat di instansi bekerja. Akan tetapi bila perawat mempunyai pengetahuan, sikap, dan praktek yang baik, profesionalisme dan tidak semata-mata hanya kebiasaan, maka kepercayaan pasien terhadap perawat khususnya dan akan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap instansi di mana perawat bekerja pada umumnya (Titi, 2005).

Dari pengamatan dan pengalaman peneliti di ruang lontara 3 bedah saraf RS. Wahidin Sudirohusodo Makassar, bahwa penilaian tentang GCS pada pasien cedera kepala lebih banyak berfokus pada masalah yang berkaitan dengan tindakan atau asuhan medik. Penilaian GCS yang semestinya dilakukan oleh perawat, tetapi kenyataannya penilaian GCS jarang dilakukan. Apakah perawat tahu menilai GCS tapi tidak mau

melakukan atau perawat tidak tahu menilai GCS. Mungkin perawat menganggap penilaian GCS itu tidak penting dan tidak bermanfaat, sehingga pengetahuan dan kemampuan yang mereka miliki tentang penilaian GCS itu tidak diaplikasikan dalam asuhan keperawatan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti merasa tertarik untuk mengangkat penelitian tentang : “ Analisis pengetahuan, sikap dan masa kerja perawat tentang pemeriksaan *Glasgow Coma Scale (GCS)* pada pasien cedera kepala di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar ”.

B. Rumusan Masalah

Adanya peningkatan angka kejadian dari trauma kapitis di Rmah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar dari tahun ketahun yaitu pada tahun 2011 angka kejadian cedera kepala 1560 kasus. Jumlah ini cenderung mengalami peningkatan selama periode januari hingga mei 2012 yaitu 476 kasus, maka dibutuhkan pengkajian yang cepat melalui salah satu pemeriksaan neurologis.

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah : “ Bagaimana Analisis Pengetahuan, Sikap dan Masa Kerja Perawat Tentang Pemeriksaan *Glasgow Coma Scale (GCS)* Pada Pasien Cedera Kepala Di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar ”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuainya analisis pengetahuan, sikap dan masa kerja perawat tentang pemeriksaan *Glasgow Coma Scale (GCS)* pada pasien cedera kepala di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya tingkat pengetahuan perawat tentang pemeriksaan GCS pada pasien cedera kepala di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- b. Diketuainya sikap perawat tentang pemeriksaan GCS pada pasien cedera kepala di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- c. Diketuainya masa kerja perawat dalam melakukan pemeriksaan GCS pada pasien cedera kepala di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang dapat diambil dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagi profesi keperawatan

Dengan mengetahui pemeriksaan GCS, diharapkan perawat mampu mengaplikasikan pemeriksaan GCS pada pasien.

2. Bagi insitusi rumah sakit

Sebagai bahan masukan di instalasi ruangan lontara 3 bedah saraf, IGD bedah dan ICU Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar, untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan pemeriksaan GCS.

3. Bagi ilmu pengetahuan

- a. Hasil penilaian ini diharapkan mampu memberikan manfaat sebagai referensi agar para perawat selalu mengembangkan kemampuan, keterampilannya melakukan pemeriksaan GCS.
- b. Sebagai bahan penilaian, untuk mendapatkan pengalaman dan meningkatkan kemampuan melakukan pemeriksaan GCS.

4. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi pengalaman proses pembelajaran bagi peneliti dan dapat digunakan sebagai data dasar untuk lebih lanjut meneliti mengenai analisis pengetahuan, sikap dan masa kerja perawat tentang pemeriksaan GCS.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Pengetahuan Perawat Tentang GCS

1. Pengertian

Pengetahuan merupakan segala sesuatu yang diketahui manusia, baik pengetahuan tersebut merupakan kesimpulan yang benar maupun pengetahuan dengan kesimpulan yang salah/keliru. Oleh karena itu pengetahuan bisa saja salah, akan tetapi pengetahuan yang hakiki sejatinya merupakan pengetahuan yang benar (Dea, dikutip dalam Hartini 2011).

Pengetahuan adalah hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan suatu objek tertentu (Cit Mubarak, W.I. & Chayatin, N, dikutip dalam Tahir 2011).

Pengetahuan merupakan aspek penting yang sangat vital dalam keperawatan. Setiap hal yang dilakukan oleh perawat harus dilandasi oleh pengetahuan yang diwujudkan dalam praktik keperawatan (Basford, 2006).

Pengetahuan tentang ilmu keperawatan sangat diperlukan agar pelayanan keperawatan yang akan diberikan pada klien mempunyai tujuan jelas dan efektif. Pengetahuan tersebut memberikan dasar

konseptual dan rasional terhadap metode pendekatan yang dipilih untuk mencapai tujuan-tujuan keperawatan yang spesifik dan tepat (Johnson, dikutip dalam Pantulu 2010).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan, adalah sebagai berikut (Wawan & Dewi, dikutip dalam Hartini 2011) :

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

b. Pengalaman

Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang keperawatan.

c. Umur

Usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan

bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya.

3. Pengetahuan perawat tentang GCS

Pengetahuan perawat adalah segala sesuatu yang diketahui perawat baik ilmu yang didapatkan pada saat pendidikan, saat bekerja (pengalaman kerja), pelatihan/seminar dan lain-lain, sehingga diharapkan dapat berperan secara optimal dan mendukung kinerjanya (Muttaqin & Sari, dikutip dalam Tahir 2011).

Pengetahuan merupakan landasan utama dan penting bagi tenaga kesehatan. Semakin meningkatnya pengetahuan perawat akan mempengaruhi sikap dan perilaku dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Oleh karena itu, peran perawat dalam melakukan pemeriksaan tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala sangat penting.

Untuk mengikuti perkembangan tingkat kesadaran dapat digunakan skala coma Glasgow yang memperhatikan tanggapan (respons) penderita terhadap rangsang dan memberikan nilai pada respons tersebut. Evaluasi ini tidak dapat digunakan dalam pengkajian neurologik yang lebih dalam, cukup hanya mengevaluasi motorik pasien, verbal dan respons membuka mata. Elemen-elemen ini selanjutnya dibagi menjadi tingkat-tingkat yang berbeda, dan respons-respons yang baik yang ditunjukkan pasien terhadap stimulus yang ditentukan sebelumnya (Smeltzer & Suzanne, 2009).

Pemeriksaan tingkat kesadaran dengan menggunakan *Glasgow Coma Scale* (*GCS*) merupakan cara praktis untuk dokter dan perawat, karena memiliki kriteria / patokan yang lebih jelas dan sistematis. *GCS* disamping untuk menentukan tingkat kesadaran, juga berguna untuk menentukan tingkat prognosis suatu penyakit (Juwono, dikutip dalam Titi, 2005). Bahkan Priharjo (1996) mengatakan bahwa *GCS* dapat digunakan untuk menilai atau menguji kewaspadaan pasien khususnya pasien yang mengalami cedera berat atau pasien yang mengalami kemunduran kesadaran dengan cepat (Titi, 2005).

Selama ini staf / pelaksana keperawatan masih dilupakan dalam penilaian / pemeriksaan *GCS*, padahal kenyataannya tenaga dokter terbatas dan perawat lebih banyak berhubungan dengan pasien, juga perawat masih belum terbiasa melakukan pemeriksaan *GCS* padahal antara perawat dan dokter perspektifnya berbeda (Haryono, dikutip dalam Titi, 2005).

Dari hasil wawancara terhadap perawat diantara alasan mengapa tidak melakukan pemeriksaan *GCS* pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran adalah; tidak tahu cara pemeriksaan *GCS*, tidak terbiasa melakukan pemeriksaan *GCS*, menganggap pemeriksaan *GCS* adalah pekerjaan dokter, melakukan pemeriksaan *GCS* bila ada perintah dari dokter, pemeriksian *GCS* sulit, pemeriksaan *GCS* memerlukan waktu lama, yang intinya perawat belum terbiasa

menggunakan GCS sebagai alat pemeriksaan pasien dengan penurunan kesadaran khususnya dengan cedera kepala (Titi, komunikasi personal, 20 Oktober 2005).

Berdasarkan pengamatan peneliti bahwa pengkajian GCS hanya dilakukan oleh dokter. Pengkajian GCS bukan merupakan rutinitas, sehingga perawat tidak melaksanakan dengan baik pemeriksaan tersebut.

B. Tinjauan Umum Sikap Perawat Tentang GCS

1. Pengertian

Dikemukakan oleh Allport (1998) dalam Freed Luthans (2004) bahwa sikap adalah kondisi mental dan neural yang diperoleh dari pengalaman, yang mengarahkan dan secara dinamis mempengaruhi respon-respon individu terhadap semua objek dan situasi yang terkait (Hartini, 2011).

Secara operasional, sikap dapat diekspresikan dalam bentuk kata-kata atau tindakan yang merupakan respon reaksi dari sikapnya terhadap objek, baik berupa orang, peristiwa atau situasi (Ali, dikutip dalam Pantulu 2010).

Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap adalah merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dengan kata lain fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau

aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan), atau reaksi tertutup (Notoatmojo, 2010).

Menurut Allport (1954) sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok, yakni :

- 1) Kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap objek, artinya bagaimana keyakinan, pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek. Sikap orang terhadap penyakit kusta misalnya, berarti bagaimana pendapat atau keyakinan seseorang tersebut terhadap penyakit kusta.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung di dalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek. Seperti contoh bagaimana orang menilai terhadap penyakit kusta, apakah penyakit yang biasa saja atau penyakit yang membahayakan.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Misalnya apa yang dilakukan seseorang bila ia menderita penyakit kusta (Notoatmojo, 2010).

2. Sikap perawat tentang pemeriksaan GCS

Menurut Coser (2009) sikap profesional perawat terhadap orang sakit meliputi bicara banyak, maksudnya mulai profil/tubuh/wajah/ terutama senyum dari perawat yang tulus, keterampilan berbusana, sikap yang familiar, dan yang lebih penting

lagi cara bicara (komunikasi), sehingga terkesan bertempramen bijak, semua ini mencerminkan seorang perawat yang berkepribadian.

Sikap perilaku yang diimplementasikan dalam praktek keperawatan sangat penting sebagai perwujudan kompetensi perawat sebagai perawat profesional (PPNI, dikutip dalam Titi, 2005). Hal ini sebagai perwujudan bahwa perawat menjalankan praktek mandiri dan profesional. Kenyataan di lapangan dari sumber daya keperawatan yang ada sebetulnya 95 % adalah perawat dengan pendidikan D III keperawatan yang secara teori sudah mendapat konsep / pengetahuan tentang cara pemeriksaan GCS, akan tetapi pengetahuan yang diperoleh belum tercermin dalam sikap dan praktek nyata sebagai perawat yang mandiri dan profesional. Keadaan ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor misalnya belum pernah diadakan pelatihan bagi perawat tentang cara pemeriksaan GCS, fasilitas, beban kerja, dan sikap individu perawat dalam praktek pemeriksaan GCS.

Dampak negatif sikap dan praktek yang buruk / jelek akan merugikan image perawat dari masyarakat yang selama ini masih belum baik dan dapat mengurangi kepercayaan pasien terhadap perawat di instansi bekerja. Akan tetapi bila perawat mempunyai pengetahuan, sikap, dan praktek yang baik, profesionalisme dan tidak semata-mata hanya kebiasaan, maka kepercayaan pasien terhadap perawat khususnya dan akan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap instansi di mana perawat bekerja pada umumnya (Titi, 2005).

C. Tinjauan Umum Tentang Masa Kerja

Masa kerja merupakan lama kerja seorang perawat yang bekerja di Rumah Sakit dari mulai awal bekerja sampai saat selesai seorang perawat berhenti bekerja (Ismani, 2006).

Masa kerja adalah jangka waktu dimana seseorang sudah bekerja di suatu instansi, kantor atau organisasi yang dihitung sejak pertama kali ia bekerja. Masa kerja seseorang perlu diketahui karena masa kerja merupakan salah satu indikator tentang kecenderungan para pekerja dikaitkan dengan produktifitas kerja. Semakin lama seseorang bekerja, semakin tinggi pula produktifitas yang diharapkan darinya karena ia semakin berpengalaman dan mempunyai keterampilan yang baik dalam menyelesaikan tugas yang dipercayakan kepadanya (Siagian, 2008).

Lama masa kerja biasanya berkorelasi dengan pengalaman, masa kerja yang lama otomatis membuat pengalaman semakin bertambah. Seseorang harus belajar banyak dari pengalaman, tanpa proses ini, seseorang harus mempelajari kembali prosedur setiap kali akan melakukan sesuatu hal. Pengalaman adalah praktek yang mengarah pada perkembangan rutinitas yang membantu membangun kemampuan. Meskipun pengalaman adalah cara yang penting untuk mendapatkan pengetahuan, tetapi juga memiliki batas. Jika pengalaman menyebabkan seseorang mempelajari sesuatu dengan benar, maka orang tersebut dapat menggunakan pengetahuan yang tepat (Potter & Perry, 2005).

D. Tinjauan Umum Tentang Cedera Kepala

1. Pengertian cedera kepala

Cedera Kepala adalah setiap trauma pada kepala yang menyebabkan cedera pada kulit kepala, tulang tengkorak maupun otak (Smeltzer & Suzanne, 2009).

Cedera kepala bisa dikelompokkan sebagai cedera kepala tertutup atau terbuka (penetrasi, luka tembus). Pada cedera kepala tertutup, kepala menerima suatu dorongan tumpul karena membentur suatu benda. Pada cedera kepala terbuka, suatu benda berkecepatan tinggi menembus tulang tengkorak dan masuk ke dalam otak (Smeltzer & Suzanne, 2009).

Cedera pada kepala dapat melibatkan seluruh struktur lapisan, mulai dari lapisan kulit kepala atau lapisan yang paling luar, tulang tengkorak, duramater, vaskular otak, sampai ke jaringan otak (Satyanegara, 2010).

Cedera kepala merupakan penyebab dari sejumlah besar kematian pada anak dan orang dewasa. Cedera kepala hebat juga bisa menyebabkan kerusakan yang serius pada otak yang sedang berkembang, sehingga mempengaruhi perkembangan fisik, kecerdasan dan emosional anak dan menyebabkan cacat jangka panjang (Alimul, 2009).

2. Penyebab Cedera Kepala

Pada umumnya cedera kepala merupakan akibat salah satu atau kombinasi dari dua mekanisme dasar yaitu kontak bentur dan guncangan lanjut. Cedera kontak bentur terjadi bila kepala membentur atau menabrak sesuatu objek atau sebaliknya, sedangkan guncangan lanjut merupakan akibat peristiwa guncangan kepala yang hebat, baik yang disebabkan oleh pukulan maupun bukan karena pukulan (Satyanegara, 2010).

Cedera kepala yang berat biasanya disebabkan oleh kecelakaan mobil dan motor. Cedera kepala yang ringan terutama disebabkan karena kepala terbentur dapat disebabkan tabrakan motor, jalan kaki, bersepeda, trauma akibat olah raga, atau kekerasan oleh orangtua. Penyebab mengenai hal ini terutama pada trauma otak primer yaitu terjadi disebabkan oleh benturan langsung ataupun tidak langsung (aselerasi/ deselerasi otak) dan trauma otak sekunder akibat dari trauma saraf (melalui akson) yang meluas, hipertensi intracranial, hipoksia, hiperkapnea, atau hipotensi sistematik (Smeltzer & Suzanne, 2009).

3. Gejala Cedera Kepala

Tanda-tanda dan gejala cedera kepala bisa terjadi segera atau timbul secara bertahap selama beberapa jam. Jika setelah kepalanya terbentur, seorang anak segera kembali bermain atau berlari-lari, maka kemungkinan telah terjadi cedera ringan. Tetapi anak harus tetap

diawasi secara ketat selama 24 jam karena gejalanya mungkin saja baru timbul beberapa jam kemudian.(Smeltzer & Suzanne, 2009).

Cedera kepala ringan bisa menyebabkan muntah, pucat, rewel atau anak tampak mengantuk, tanpa disertai penurunan kesadaran maupun tanda-tanda lain dari kerusakan otak. Jika gejala terus berlanjut sampai lebih dari 6 jam atau jika gejala semakin memburuk, segera dilakukan pemeriksaan lebih jauh untuk mengetahui apakah telah terjadi cedera kepala yang berat (Alimul, 2009).

Gejala berikut menunjukkan adanya cedera kepala serius yang memerlukan penanganan medis segera yaitu penurunan kesadaran perdarahan dan laju pernafasan menjadi lambat, serta linglung atau kejang, patah tulang tengkorak, memar di wajah atau patah tulang wajah, keluar cairan dari hidung, mulut atau telinga (baik cairan jernih maupun berwarna kemerahan), sakit kepala (hebat) hipotensi (tekanan darah rendah), dan tampak sangat mengantuk, rewel, dan terjadi, penurunan kesadaran serta perubahan perilaku/kepribadian seperti gelisah, bicara ngawur kaku pada saat duduk dan pembengkakan pada daerah yang mengalami cedera, bahkan mengalami gangguan penglihatan menjadi kabur,serta luka pada kulit kepala mengalami perubahan pada bagian hitam mata (Alimul, 2009).

Kontusio (gegar otak) adalah suatu penurunan kesadaran sementara yang terjadi segera setelah mengalami cedera kepala. Meskipun hanya berlangsung kurang dari 1 menit, gegar otak harus

dievaluasi secara seksama. Anak seringkali tidak dapat mengingat cedera yang telah terjadi maupun peristiwa yang terjadi sesaat sebelum terjadinya cedera, tetapi tidak ditemukan gejala kerusakan otak lainnya (Alimul, 2009).

Cedera kepala bisa menyebabkan memar atau robekan pada jaringan otak maupun pembuluh darah di dalam atau di sekitar otak, sehingga terjadi perdarahan dan pembengkakan di dalam otak. Cedera yang menyebar menyebabkan sel-sel otak membengkak sehingga tekanan di dalam tulang tengkorak meningkat. Akibatnya anak kehilangan kekuatan maupun sensasinya, menjadi mengantuk atau pingsan. Gejala-gejala tersebut merupakan pertanda dari cedera otak yang berat, dan kemungkinan akan menyebabkan kerusakan otak yang permanen sehingga anak perlu menjalani rehabilitasi. Jika pembengkakan semakin memburuk, tekanan akan semakin meningkat sehingga jaringan otak yang sehatpun akan tertekan dan menyebabkan kerusakan yang permanen atau kematian. Pembengkakan otak dan akibatnya, biasanya terjadi dalam waktu 48-72 jam setelah terjadinya cedera (Smeltzer & Suzanne 2009).

4. Jenis cedera kepala.

Jenis cedera kepala berdasarkan tingkat keparahannya adalah:

a. Cedera kepala ringan

Cedera kepala ringan merupakan kelompok risiko rendah, yaitu ditandai dengan : skor GCS antara 14 sampai 15, (atentif, sadar

penuh, dan orientatif), tidak ada kehilangan kesadaran (misalnya konkusi), tidak ada tanda intoksikasi alkohol atau obat terlarang, pasien dapat mengeluh nyeri kepala dan pusing, pasien dapat menderita : abrasi, laserasi, atau hematoma kulit kepala, tidak ada kriteria cedera kepala sedang-berat (Satyanegara, 2010).

b. Cedera kepala sedang

Cedera kepala sedang merupakan risiko sedang , yang ditandai dengan: skor GCS antara 9 sampai 13 (konfusi, letargi, atau stupor), konkusi, amnesia paska trauma, muntah, tanda kemungkinan fraktur kranium (tanda Battle, mata rabun hemotimpanum, otorea, atau rinorea cairan serebrospinal), kejang (Satyanegara, 2010).

c. Cedera kepala berat

Cedera kepala berat merupakan risiko berat, ditandai dengan: skor GCS antara 3 sampai 8 (koma), penurunan derajat kesadaran secara progresif, tanda neurologis fokal, cedera kepala penetrasi atau teraba fraktur depresi cranium (Satyanegara, 2010).

5. Komplikasi Cedera Kepala

Suatu komplikasi yang serius tetapi relatif terjadi adalah perdarahan diantara lapisan selaput yang membungkus otak atau perdarahan di dalam otak:

a. *Hematoma Epidural (EDH)*

Hematoma epidural adalah hematoma yang terletak antara durameter dan tulang, biasanya sumber perdarahannya adalah robeknya arteri meningika media (paling sering), vena diploica, (oleh karena adanya fraktur kalvaria), vena emisaria, sinus venosus duralis (Muttaqin, 2008).

Secara klinis ditandai dengan penurunan kesadaran yang disertai lateralisasi (ada ketidaksamaan antara tanda-tanda neurologis sisi kiri dan kanan tubuh) yang dapat berupa hemiparese/hemiplegia, pupil anisokor, adanya refleks patologis satu sisi, adanya lateralisasi dan jejas pada kepala menunjukkan lokasi dari EDH. Nyeri kepala yang hebat tidak hilang dengan pemberian analgetik (Muttaqin, 2008).

b. *Hematoma Subdural (SDH)*

Hematoma subdural adalah terkumpulnya darah antara duramater dan jaringan otak, dapat terjadi akut dan kronik. Terjadi akibat pecahnya pembuluh darah vena yang biasanya terdapat di antara duramater, perdarahan lambat dan sedikit. Pengertian lain hematom subdural adalah hematom yang terletak di bawah lapisan duramater dengan sumber perdarahan dapat berasal dari bridging vein (paling sering), A/V kortikal, dan sinus venosus duralis. Berdasarkan waktu terjadinya perdarahan maka subdural hematoma dibagi tiga, yaitu subdural hematoma akut terjadi kurang dari 3 hari dari kejadian,

subdural hematoma subakut terjadi antara 3 hari sampai 3 minggu, dan subdural hematoma kronis jika perdarahan terjadi lebih dari 3 minggu. Secara klinis subdural hematoma akut ditandai dengan adanya penurunan kesadaran, disertai adanya lateralisasi yang paling sering berupa hemiparese/hemiplegia dan pemeriksaan CT Scan didapatkan gambaran hiperdens yang berupa bulan sabit (Muttaqin, 2008).

c. *Hematoma Intracerebral (ICH)*

Hematoma intracerebral adalah perdarahan yang terjadi pada jaringan otak biasanya akibat robekan pembuluh darah yang ada dalam jaringan otak. Secara klinis ditandai dengan adanya penurunan kesadaran yang kadang-kadang disertai lateralisasi, pemeriksaan CT Scan didapatkan adanya darah hiperdens yang indikasi dilakukan operasi, diameter lebih dari 3 cm, perifer, adanya pergeseran garis tengah, dan secara klinis hematoma tersebut dapat menyebabkan gangguan neurologis/lateralisasi (Muttaqin, 2008).

d. *Hematoma Subarachnoid (SAH)*

Paling sering ditemukan pada cedera kepala, umumnya menyertai lesi lain. Perdarahan terletak di antara arachnoid dan piamater, mengisi ruang subarachnoid (Japardi, 2004).

e. *Hematoma Intraventriculer (IVH)*

Perdarahan intraventriculer, diartikan sebagai adanya darah dalam sistem ventrikel akibat trauma. Sumber perdarahan biasanya sulit

ditentukan, mungkin berasal dari robekan vena pada dinding ventrikel, robekan pada korpus kallosum, septum pellucidum, forniks atau pada pleksus koroid. Pada sepertiga kasus merupakan perluasan hematoma yang ada pada lobus frontal, temporal dan ganglia basalis (Japardi, 2004).

6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang diperlukan pada klien dengan cedera kepala meliputi :

a) *Sken Komputer Tomografi (CT Scan)* dengan/tampa kontras

Mengidentifikasi luasnya lesi, perdarahan, determinan, ventrikuler, dan perubahan jaringan otak.

b) *Magnetik Resonance Imaging (MRI)*

Digunakan sama dengan CT Scan dengan/tanpa kontras radioaktif.

c) *Cerebral Angiography*

Menunjukkan anomali sirkulasi serebral seperti perubahan jaringan otak sekunder menjadi edema, perdarahan, dan trauma (Muttaqin, Arif 2008).

7. Penanganan Cedera Kepala

Penanganan kasus-kasus cedera kepala di unit gawat darurat/emergensi didasarkan atas patokan pemantauan dan penanganan terhadap “6 B”, yakni :

a) *Breathing (Jalan Nafas & Pernapasan)*

Perlu diperhatikan mengenai frekuensi dan jenis pernafasan penderita. Adanya obstruksi jalan nafas perlu segera dibebaskan dengan tindakan-tindakan : *suction*, intubasi, trakheostomi. Oksigenasi yang cukup atau hiperventilasi bila perlu, merupakan tindakan yang berperan penting sehubungan dengan edema serebri yang terjadi.

b) Blood (Sirkulasi Darah)

Mencakup pengukuran tekanan darah dan pemeriksaan laboratorium darah (Hb, leukosit). Peningkatan tekanan darah dan denyut nadi yang menurun mencirikan adanya suatu peninggian tekanan intracranial; sebaliknya tekanan darah yang menurun dan makin cepatnya denyut nadi menandakan adanya syok hipovolemik akibat perdarahan (yang kebanyakan bukan dari kepala/otak) dan memerlukan tindakan transfusi.

c) Brain (Otak)

Langkah awal penilaian keadaan otak ditekankan terhadap respon mata, motorik, dan verbal (GCS). Perubahan respon ini merupakan implikasi perbaikan/perburukan cedera kepala tersebut, dan bila pada pemantauan menunjukkan adanya perburukan kiranya perlu pemeriksaan lebih mendalam mengenai keadaan pupil (ukuran, bentuk, dan reaksi terhadap cahaya) serta gerakan-gerakan bola mata.

d) Bladder (Kandung Kencing)

Kandung kemih perlu selalu dikosongkan (pemasangan kateter) mengingat bahwa kandung kemih yang penuh merupakan suatu

rangsangan untuk mengedan sehingga tekanan intracranial cenderung lebih meningkat.

e) *Bowel (Sistem Pencernaan)*

Seperti halnya di atas, bahwa usus yang penuh juga cenderung untuk meninggikan tekanan intrakranial.

f) *Bone (Tulang)*

Adanya fraktur mengakibatkan nyeri yang juga pada gilirannya akan mengakibatkan kenaikan tekanan intrakranial. Sehingga penanganan kelainan tulang sehubungan dengan trauma yang dialami penderita juga harus juga harus dilakukan secara adekuat (Satyanegara, 2010).

Penatalaksanaan kasus cedera kepala diruang perawatan meliputi :

a) Posisi tidur

Penderita cedera kepala berat dimana TIK (*tekanan intrakranial*) tinggi posisi tidurnya ditinggikan bagian kepala sekitar 20-30⁰, dengan kepala dan dada pada satu bidang, jangan posisi fleksi atau laterofleksi, supaya pembuluh vena daerah leher tidak terjepit sehingga drainase vena otak menjadi lancar (Japardi, 2004)

b) Observasi tanda-tanda vital, GCS dan tingkat kesadaran.

Observasi terutama ditujukan untuk menilai adanya perubahan yang menandakan suatu hematoma intrakranial yang berkembang. Jika terjadi peningkatan tekanan darah yang disertai dengan penurunan frekuensi nadi dan GCS, hati-hati dengan proses intrakranial yang berkembang. Perubahan tersebut bermakna jika perubahan nadi > 20

x/menit dan perubahan tekanan darah > 20 mmHg. Perubahan yang demikian ini harus diwaspadai sebagai cushing's phenomena, yang menandakan adanya *tekanan tinggi intrakranial* (TTIK). Tanda TTIK yaitu sakit kepala dan muntah-muntah (Japardi, 2004).

c) Pemberian obat-obatan

- Dexamethason sebagai pengobatan anti edema serebral.
- Pengobatan anti edema dengan larutan hipertonis, yaitu manitol 20%.
- Antibiotik yang mengandung barrier darah otak (penisillin) atau untuk infeksi anaerob diberikan metronidazole.

d) Makanan atau cairan. Pada trauma ringan bila muntah-muntah tidak dapat diberikan apa-apa, hanya cairan infus aminofusin, aminofel (18 jam pertama dari terjadinya kecelakaan), 2-3 hari kemudiandiberikan makanan lunak (Muttaqin, 2008).

e) Pada trauma berat, bila kesadaran rendah maka makanan diberikan melalui nasogastric tube 2500-3000 TKTP (Muttaqin, 2008).

E. Tinjauan Umum Tentang Penilaian *Glasgow Coma Scale* (GCS)

Untuk mengikuti perkembangan tingkat kesadaran dapat digunakan skala coma Glasgow yang memperhatikan tanggapan (respons) penderita terhadap rangsang dan memberikan nilai pada respons tersebut. Evaluasi ini tidak dapat digunakan dalam pengkajian neurologik yang lebih dalam, cukup hanya mengevaluasi motorik pasien, verbal dan respons membuka mata (Smeltzer & Suzanne 2009).

Tanggapan/respons penderita yang perlu diperhatikan adalah :

1. Tanggapan verbal

Seorang yang berada dalam koma dinyatakan pada suatu saat bahwa ia sadar kembali pada panggilan atau pernyataan. Tanggapan verbal yang pulih kembali menunjuk pada perbaikan mekanisme fungsi luhur. Tetapi lenyapnya tanggapan verbal dapat disebabkan juga afasia.

Tanggapan verbal, bila afasia dapat dikesampingkan. Yang dapat dikorelasikan dengan derajat kesadaran adalah:

- a. Tanggapan verbal yang berorientasi, yaitu kesadaran akan diri sendiri dan sekelilingnya.
- b. Percakapan yang kacau, yaitu orang sakit masih dapat diajak bicara, tetapi apa yang dibicarakannya menunjukkan disorientasi.
- c. Ucapan yang tidak senonoh, yaitu orang yang sakit masih dapat mengucapkan kata-kata secara jelas, tetapi apa yang diucapkan tidak tepat dengan konteks pembicaraan bahkan tidak pantas.
- d. Ucapan yang tidak dimengerti, yaitu suara yang dikeluarkan mulut orang sakit tidak dapat dimengerti dan bersifat menggeram atau merintih (Alimul, 2009).

2. Tanggapan motorik

Dengan menilai tanggapan motorik seseorang, derajat kesadaran yang lebih rendah dapat ditetapkan :

- a. Gerakan atas perintah, setiap orang yang waspada dan tidak tuli dapat menggerakkan tangan atau kakinya sesuai dengan suatu perintah.
- b. Gerakan setempat, bila tangan atau kaki diserang, timbulah gerakan seolah-olah hendak menjauhi perangsangan. Dalam hal itu anggota gerak yang dirangsang melalui gerakan, maka dari itu tanggapan motorik yang bersifat menghindar itu dapat disingkatkan dengan gerakan setempat. Gerakan ini bersifat fleksi pada sendi yang bersangkutan. Jadi jika tangan dirangsang, tangan berfleksi di sendi pergelangan setempat. Tetapi jika kesadaran menurun, gerakan fleksi sebagai tanggapan terhadap suatu perangsangan setempat bersifat multiartikular.
- c. Tanggapan motorik fleksor, bilamana tangan dirangsang dan fleksi lengan dan sendi bahu, sendi siku dan sendi pergelangan tangan bangkit secara serempak, maka tanggapan motorik ini bersifat tanggapan motorik fleksor yang mencerminkan kemunduran derajat kesadaran yang lebih rendah.
- d. Tanggapan motorik ekstensor, perangsangan terhadap suatu daerah tubuh dapat membangkitkan seluruh tubuh bersikap ekstensor, jika kesadaran memburuk dan sampai ketinggian stupor. Sikap ekstensor ini dilihat pada reaksi lengan : lengan dalam keadaan lurus diaduksikan, sambil berotasi ke dalam pada sendi bahu dan lengan bawah berpronasi berlebihan.

e. Lenyapnya respon motorik, dalam koma tidak didapati tanggapan motorik apapun, bilamana tubuh dirangsang dengan rangsang kasar apapun (Alimul, 2008).

3. Tanggapan/respon membuka mata

Mata dapat membuka secara spontan dalam masa tidur. Membuka mata sebagai tanggapan terhadap panggilan atau suara yang bunyi mencerminkan derajat kesadaran yang awas-waspada. Seseorang yang sakit sering berbaring dengan mata tertutup. Tanggapan dalam bentuk membuka mata mencerminkan tahap-tahap kemunduran/perbaikan derajat kesadaran :

- a. Membuka mata spontan, mencerminkan kesadaran yang normal
- b. Membuka mata sebagai tanggapan terhadap panggilan atau pendekatan, yang dilakukan seorang sakit yang selalu menutup matanya saja, menandakan bahwa kesadarannya masih cukup baik, walaupun perhatian untuk sekelilingnya sudah menurun
- c. Membuka mata sebagai tanggapan terhadap rangsangan nyeri, bilamana rangsangan nyeri digunakan pada orang sakit yang selalu menutup matanya, ia akan membuka matanya atau meringis dan justru memejamkan matanya (Alimul, 2009).

Tabel 2.1
Tabel Penilaian GCS (*Glasgow Coma Scale*) Respon Eye

Tanggapan/respon pasien cedera kepala	Nilai
Membuka mata (<i>Repon eye</i>)	
❖ Spontan	4
❖ Terhadap bicara (suru pasien membuka mata)	3
❖ Dengan rangsang nyeri (tekan pada saraf supraorbita atau kuku jari)	2
❖ Tidak ada reaksi p(dengan rangsang nyeri pasien tidak membuka mata)	1

(*Lumbantobing, 2008*)

Tabel 2.2
Tabel Penilaian GCS (*Glasgow Coma Scale*) Respon Verbal

Tanggapan Respon/ pasien trauma kepala	Nilai
Respon Bicara (<i>Respon Verbal</i>)	
❖ Baik dan tidak ada disorientasi (dapat menjawab dengan kalimat yang baik dan tahu dimana dia berada, tahu waktu hari dan bulan).	5
❖ Kacau (<i>confused</i>) (dapat bicara dengan kalimat, namun disorientasi waktu dan tempat)	4
❖ Tidak tepat (dapat mengucapkan kata-kata,, namun tidak berupa kalimat dan tidak tepat).	3
❖ Mengerang/suara tidak dapat dimengerti (tidak mengucapkan kata, hanya suara mengerang)	2
❖ Tidak ada jawaban.	1

(*Lumbantobing, 2008*)

Tabel 2.3
Tabel Penilaian GCS (*Glasgow Coma Scale*) Respon Motorik

Tanggapan/respon pasien cedera kepala	Nilai
Respon Gerakan (<i>Respons motoric</i>)	
❖ Menurut perintah (misalnya,suruh : “ angkat tangan !”)	6
❖ Mengetahui/melokalisasi lokasi nyeri. (berikan rangsangan nyeri, misalnya menekan dengan dengan jari pada supra orbital.Bila oleh rasa nyeri pasien mengangkat tangannya sampai melewati dagu untuk maksud menapis rangsang tersebut berarti ia dapat mengetahui nyeri)	5
❖ Reaksi menghindar/menarik area nyeri.	4
❖ Reaksi fleksi abnormal (dekortikasi). (berikan rangsangan nyeri, misalnya menekan dengan objek keras, seperti ballpoint, pada jari kuku. Bila sebagai jawaban siku menfleksi, terdapat reaksi fleksi terhadap nyeri (fleksi pada pergelangan tangan mungkin ada atau tidak ada).	3
❖ Reaksi ekstensi. (dengan rangsang nyeri tersebut diatas terjadi ekstensi pada siku.ini selalu disertai fleksi spastic pada pergelangan tangan).	2
❖ Tidak ada reaksi. (sebelum memutuskan bahwa tidak ada reaksi,harus diyakinkan bahwa rangsangan nyeri memang cukup adekuat diberikan).	1

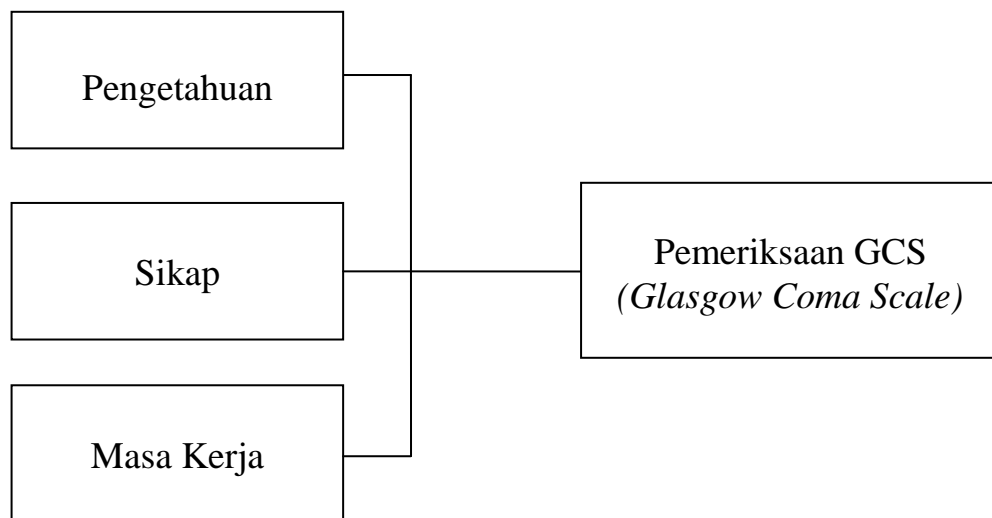
(*Lumbantobing, 2008*)

BAB III

KERANGKA KERJA PENELITIAN

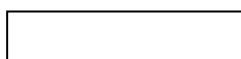
Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variable yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2010)



Gambar 3.1. Kerangka konsep

Keterangan :



: Variabel yang diteliti

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif yang menggunakan desain penelitian *Deskriptif* dimana penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran mengenai pengetahuan, sikap dan masa kerja perawat tentang pemeriksaan *Glasgow Coma Scale* (GCS).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Perawatan Lontara 3 Bedah Saraf, IGD bedah dan ICU RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2. Waktu

Penelitian ini dilaksanakan dari bulan Desember 2012 sampai Februari 2013. Pengambilan data dari tanggal 04 Februari sampai 09 Februari 2013.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah semua perawat pelaksana termasuk katim yang bertugas di lontara 3 Bedah Saraf, IGD bedah dan ICU Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar sebanyak 60 orang.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah para perawat yang bekerja di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yaitu ruang perawatan Bedah Saraf, IGD bedah dan ICU dengan pertimbangan bahwa perawat yang bekerja di tiga unit tersebut memiliki pengetahuan dan sikap dalam melakukan pengkajian terutama pengkajian khusus dalam hal pemeriksaan GCS.

2.1 Tehnik sampling

Dalam penelitian ini sampel diambil dengan menggunakan tehnik *purposive sampling* yaitu semua perawat di ruang lontara 3 Bedah Saraf ditambah perawat IGD bedah dan ICU RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Pemilihan sampel dilakukan dengan cara *purposive sampling* dengan kriteria sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik sampel yang layak untuk diteliti :

- 1) Perawat lontara 3 Bedah saraf, IGD bedah dan ICU Rumah Sakit Umum Pusat Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar yang bersedia diteliti.

b. Kriteria Eksklusi

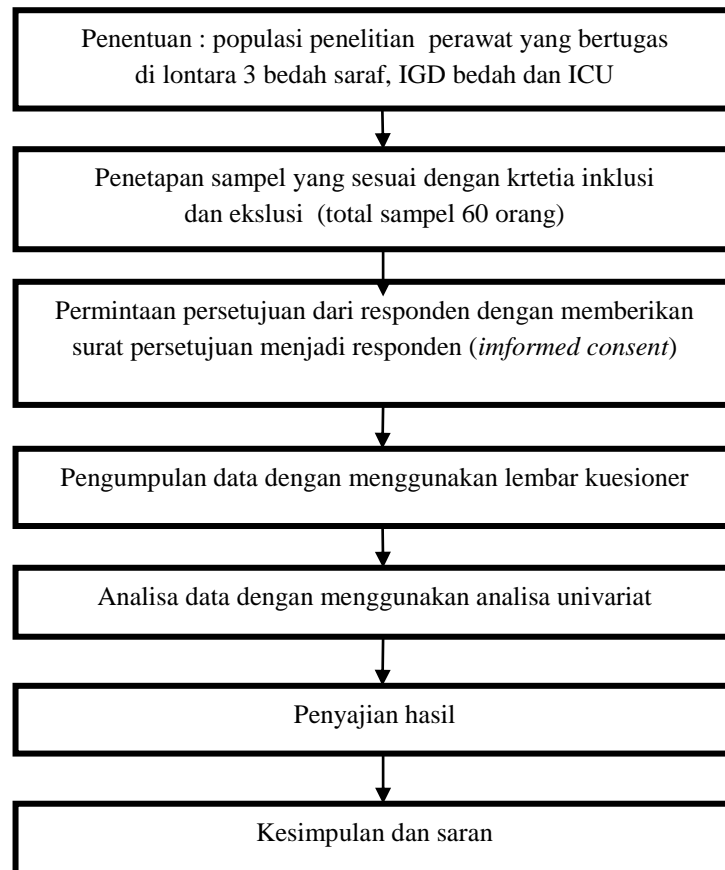
- 1) Perawat lontara 3 Bedah Saraf , IGD bedah dan ICU yang tidak bersedia diteliti.

- 2) Perawat yang pada saat penelitian sedang menjalani cuti atau sakit.

2.2 Besar sampel

Berdasarkan tehnik yang digunakan yaitu total sampling maka jumlah sampel adalah 60 orang.

D. Alur Penelitian



Gambar 4.1. Alur penelitian

E. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional

1. Variabel Penelitian
 - a. Pengetahuan
 - b. Sikap
 - c. Masa kerja
2. Defenisi operasional dan Keriteria objektif

- a. Pengetahuan

Pengetahuan perawat adalah segala sesuatu yang diketahui oleh perawat tentang pemeriksaan GCS yang meliputi respon membuka mata, respon verbal dan respon motorik. Untuk mengukur pengetahuan perawat digunakan kuesioner multiple choice, dengan pemberian nilai untuk jawaban yang benar saja dengan jumlah pertanyaan 10 nomor.

Kriteria Objektif :

- 1) Baik : Bila skor jawaban responden \geq dari nilai median berdasarkan jawaban dari keseluruhan yaitu mampu menjawab ≥ 15 pertanyaan dengan benar.
- 2) Kurang : Bila skor responden $<$ dari nilai median berdasarkan jawaban dari keseluruhan yaitu mampu menjawab < 15 pertanyaan yang benar.

Dimana bila jawaban benar diberi skor 2 dan jawaban salah diberi skor 1 dari setiap pertanyaan pengetahuan tersebut.

Dimana skor diperoleh dari :

$$\begin{aligned} & \frac{(\text{Jumlah kuesioner} \times \text{skor tertinggi}) + (\text{Jumlah kuesioner} \times \text{skor terendah})}{2} \\ &= \frac{(10 \times 2) + (10 \times 1)}{2} \\ &= \frac{20 + 10}{2} \\ &= 15 \end{aligned}$$

b. Sikap

Yang dimaksud dengan sikap pada penelitian ini adalah tanggapan perawat dalam menerima, merespons, menghargai, dan bertanggung jawab terhadap pemeriksaan GCS. Dengan Mengisi kuesioner, yang terdiri dari 15 pertanyaan dengan alternatif jawaban sangat setuju : 4, setuju : 3, tidak setuju : 2, sangat tidak setuju : 1 (skala likert) terhadap pendapat yang terdapat dalam kuesioner.

Kriteria Objektif :

- 1) Baik : Bila responden menjawab \geq median dari skor ($\geq 37,5$).
- 2) Kurang : Bila responden menjawab $<$ median dari skor ($< 37,5$).

Dimana skor diperoleh dari :

$$\begin{aligned} & \frac{(\text{Jumlah kuesioner x skor tertinggi}) + (\text{Jumlah kuesioner x skor terendah})}{2} \\ &= \frac{(15 \times 4) + (15 \times 1)}{2} \\ &= \frac{60 + 15}{2} \\ &= 37,5 \end{aligned}$$

Skala pengukuran yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah skala Likert, dimana setiap item instrumen pilihan di beri skor.

Untuk pernyataan positif :

- Sangat setuju (SS) : skor 4
- Setuju (S) : skor 3
- Tidak setuju (TS) : skor 2
- Sangat tidak setuju (STS) : skor 1

Untuk pernyataan negatif :

- Sangat setuju (SS) : skor 1
- Setuju (S) : skor 2
- Tidak setuju (TS) : skor 3
- Sangat tidak setuju (STS) : skor 4

c. Masa kerja

Masa kerja dalam penelitian ini adalah lamanya perawat bekerja terhitung sejak pertama kali bekerja di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Kriteria Obyektif :

Lama : apabila masa kerja responden ≥ 5 tahun

Baru : apabila masa kerja responden < 5 tahun

F. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan data

a. Editing

Setelah data terkumpul maka dilakukan pemeriksaan kelengkapan data, kesinambungan data dan keseragaman data.

b. Coding

Dilakukan untuk memudahkan pengolahan data yaitu memberikan simbol-simbol dari setiap jawaban responden.

c. Tabulating

Mengelompokkan data dalam bentuk tabel yaitu komparatif antara variabel-variabel yang diteliti dan hubungannya dengan variabel dependen.

2. Analisa data

Analisis univariat

Analisa univariat dilakukan untuk mengetahui dan memperlihatkan distribusi frekuensi serta persentase dari tiap variabel yang di teliti.

Dalam penelitian ini yang akan dianalisa secara univariat adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, tingkat pengetahuan dan sikap perawat.

G. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen penelitian ini dapat berupa: kuesioner (daftar pertanyaan), formulir observasi, formulir-formulir lain yang berkaitan dengan pencatatan data dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010).

Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner (daftar pertanyaan) yang dibuat oleh peneliti berdasarkan buku sumber tentang pemeriksaan penilaian GCS pada pasien cedera kepala, yang referensinya bersumber dari Satyanegara, Smeltzer & Suzanne, Asis Alimul, Lumbantobing, Iskandar Japardi dan Arif Muttaqin.

Agar instrumen "*valid*" dan "*reliable*" maka sebelum digunakan perlu diuji coba (*pretest*) terlebih dahulu. Yang dimaksud "*valid*" disini adalah bahwa instrumen sebagai alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Sedangkan "*reliable*" artinya instrumen sebagai alat ukur dapat memperoleh "hasil ukur" yang *ajeg* (*consistent*) atau tetap asas (Notoatmodjo, 2010).

H. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji validitas

Uji validitas dilakukan untuk mengetahui sejauh mana alat pengukuran yang digunakan dalam mengukur apa yang ingin diukur, atau sejauh mana alat pengukuran yang digunakan tersebut mengenai sasaran pengukuran (Sugiyono, 2007). Apabila hasil ujinya bermakna valid, maka hasil perhitungan dan analisa data juga akan dimaknai valid atau dapat diakui dan diterima. Validitas alat ukur menggunakan taraf kesesuaian dan ketepatan dalam melakukan penilaian.

Uji instrumen dilakukan dengan mengambil responden di .Ruang Palem Atas dengan pertimbangan memiliki karakteristik yang sama dengan tempat penelitian dengan jumlah reponden 10. Uji instrumen dilakukan di tempat tersebut karena responden pada saat uji instrumen memiliki karakteristik yang sama dengan responden yang akan diteliti.

Uji instrumen kuesioner pengetahuan yang terdiri dari 10 pertanyaan untuk 10 responden pada corrected item total correlation nilai r hitung yakni sebesar 0,872 tertinggi dan terendah 0,672 maka nilai r hitung dari 10 item pertanyaan lebih tinggi dari r tabel/nilai standar yakni lebih besar dari 0,632, mengindikasikan item tersebut memiliki validitas yang memadai.

Uji instrumen kuesioner sikap yang terdiri dari 15 pertanyaan untuk 10 responden pada corrected item total correlation nilai r hitung yakni sebesar 0,985 tertinggi dan terendah 0,672 maka nilai r hitung dari 15 item

pertanyaan lebih tinggi dari r tabel/nilai standar yakni lebih besar dari 0,632, mengindikasikan item tersebut memiliki validitas yang memadai.

2. Uji reliabilitas

Setelah diperoleh item-item pertanyaan yang valid maka dilakukan uji reliabilitas terhadap instrumen. Untuk mencari reliabilitas instrumen yang skornya bukan 0 dan 1 tapi digunakan untuk tes yang berbentuk uraian atau angket dan skala bertingkat (*rating scale*) maka digunakan rumus *Alpha Cronbach* yang diuji dengan menggunakan program komputer dengan batas nilai dikatakan reliabel apabila nilai koefisien reliabilitasnya $> 0,6$ (Sugiyono, 2007).

Dari hasil uji reliabilitas dengan tehnik komputerisasi maka diperoleh nilai reliabilitas untuk instrumen pengetahuan 0,948 dan untuk instrumen sikap 0,977, maka dapat dikatakan bahwa instrumen dalam penelitian ini reliabel, karena nilai standar reabilitas diatas 0,6.

I. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti memandang perlu adanya rekomendasi dan pihak institusi dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian, dalam hal ini RS. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Setelah mendapat persetujuan, barulah dilakukan dengan menekankan masalah etika penelitian yang meliputi :

1. *Informed consent* (persetujuan)

Sebelum melakukan penelitian maka akan diedarkan lembar persetujuan untuk menjadi responden yang memenuhi kriteria inklusi

dengan tujuan agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya, jika subyek bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak responden.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Menjelaskan bentuk alat ukur dengan tidak perlu mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data, hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian

Penelitian ini di mulai dari penyusunan proposal hingga penyusunan skripsi dari bulan Juni 2012 s.d bulan Februari 2013 didapatkan data primer responden sebanyak 60 orang. Data primer diambil di ruang perawatan lontara 3 bedah saraf, IGD bedah dan ICU RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar sejak tanggal 24 Desember 2012 s.d 09 Februari 2013 menggunakan tehnik *Purposive Sampling* yang memenuhi kriteria.

Setiap sampel yang didapatkan dinilai langsung dengan menggunakan instrumen kuesioner yang berisi pertanyaan tentang GCS, bagaimana sikap perawat terhadap pemeriksaan GCS terkait Jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan terhadap pemeriksaan GCS, sikap perawat terhadap pemeriksaan GCS dan masa kerja perawat.

Hasil penelitian yang telah dilakukan, data selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel karakteristik responden dan tabel univariat sebagai berikut :

1. Karakteristik Responden

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Jenis Kelamin Dan Tingkat Pendidikan Di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar

Karakteristik	n	(%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	18	30
Perempuan	42	70
Tingkat pendidikan		
Ners	10	16,7
S1 Keperawatan	5	8,3
D IV Keperawatan	1	1,7
D III Keperawatan	44	73,3
Ruangan responden		
IGD	20	
ICU	20	
Lontara 3 bedah saraf	20	
Total	60	100

Sumber : Data Primer 2013

Dari data tabel 5.1 Menunjukkan bahwa lebih banyak responden berjenis kelamin perempuan yaitu 42 orang (70%). Sedangkan tingkat pendidikan responden yang paling banyak adalah D III Keperawatan 44 orang (73,3%).

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Di RSUP Dr Wahidinsudirohusodo Makassar (N = 60)

Variabel	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Umur	30,68	7, 892	22	54

Sumber : Data Primer 2013

Dari tabel 5.2 Menunjukkan bahwa umur responden memiliki mean 30,68 dengan standar deviasi 7,892.

2. Pengetahuan perawat tentang pemeriksaan GCS

Tabel 5.3
Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan
Perawat Dalam Pemeriksaan GCS Di RSUP
Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar

Kategori	n	(%)
Baik	32	53,3
Kurang	28	46,7
Total	60	100,0

Sumber : Data primer 2013

Tabel 5.3 Menunjukkan dari 60 responden, ada 32 orang (53,3%) yang memiliki pengetahuan baik.

3. Sikap perawat terhadap pemeriksaan GCS

Tabel 5.4
Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Perawat Terhadap
Pemeriksaan GCS Di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar

Kategori	n	(%)
Baik	53	88,3
Kurang	7	11,7
Total	60	100,0

Sumber : Data primer 2013

Tabel 5.4 Menunjukkan bahwa dari 60 responden, ada 53 orang (88,3%) yang memiliki sikap baik.

4. Karakteristik responden berdasarkan masa kerja perawat

Tabel 5.5
Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja Perawat Di RSUP
Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar

Kategori	n	(%)
Lama	33	55
Baru	27	45
Total	60	100,0

Sumber : Data primer 2013

Tabel 5.5 Menunjukkan dari 60 responden, ada 33 orang (55%) yang memiliki masa kerja yang dikategorikan lama (≥ 5 tahun).

5. Distribusi responden berdasarkan masa kerja terhadap sikap perawat tentang pemeriksaan GCS

Tabel 5.6
Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja Terhadap Sikap
Perawat Tentang Pemeriksaan GCS Di RSUP
Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar

Masa Kerja	Sikap Perawat Tentang Pemeriksaan GCS				Total	
	Baik		Kurang		n	%
	n	%	n	%		
Lama	27	81,8	6	18,2	33	100
Baru	26	96,3	1	3,7	27	100
Total	53	88,3	7	11,7	60	100

Tabel 5.6 Menunjukkan dari 33 responden yang memiliki masa kerja lama, terdapat sebagian besar responden memiliki sikap baik yaitu 27 responden (81,8%), sedangkan dari 27 responden yang memiliki masa kerja baru terdapat sebagian besar responden memiliki sikap baik yaitu 26 responden (96,3%).

6. Distribusi responden berdasarkan masa kerja terhadap pengetahuan perawat tentang pemeriksaan GCS

Tabel 5.7
Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja Terhadap Pengetahuan Perawat Tentang Pemeriksaan GCS Di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar

Masa Kerja	Pengetahuan Perawat Tentang Pemeriksaan GCS				Total	
	Baik		Kurang		n	%
	n	%	n	%		
Lama	21	63,6	12	36,4	33	100
Baru	11	40,7	16	59,3	27	100
Total	32	53,3	28	46,7	60	100

Tabel 5.7 Menunjukkan bahwa dari 33 responden yang memiliki masa kerja lama, terdapat sebagian besar responden memiliki pengetahuan baik yaitu 21 responden (63,6%), sedangkan dari 27 responden yang memiliki masa kerja baru, terdapat sebagian besar responden memiliki pengetahuan kurang yaitu 16 responden (59,3%).

7. Distribusi responden berdasarkan pengetahuan terhadap sikap perawat tentang pemeriksaan GCS.

Tabel 5.8
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Terhadap Sikap Perawat Tentang Pemeriksaan GCS Di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar

Pengetahuan	Sikap Perawat Tentang Pemeriksaan GCS				Total	
	Baik		Kurang		n	%
	n	%	n	%		
Baik	32	100	0	0	32	100
Kurang	21	75	7	25	28	100
Total	53	88,3	7	11,7	60	100

Tabel 5.8 Menunjukkan bahwa dari 32 responden yang memiliki pengetahuan baik, terdapat 32 responden (100%) memiliki sikap baik, sedangkan dari 28 responden yang memiliki pengetahuan kurang, terdapat sebagian responden memiliki sikap baik yaitu 21 responden (75%).

B. Pembahasan

1. Gambaran pengetahuan perawat tentang pemeriksaan GCS

Dari hasil penelitian yang dilakukan di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar menunjukkan bahwa dari 60 responden sebanyak 32 orang (53,3 %) responden yang memiliki pengetahuan baik tentang pemeriksaan GCS dan 28 orang (46,7%) responden yang memiliki pengetahuan kurang. Dikatakan memiliki pengetahuan baik karena perawat mampu menjawab pertanyaan dalam bentuk kuesioner dengan jumlah pertanyaan 10. Dari 10 pertanyaan tersebut sudah mewakili materi tentang pemeriksaan GCS yang terdiri dari *respon eye*, *respon verbal* dan *respon motoric*.

Dari 32 orang, terdapat 29 responden yang menjawab pertanyaan nomor 2 dengan benar tentang klasifikasi cedera kepala. Dari 28 orang yang pengetahuannya kurang tentang pemeriksaan GCS, ada 28 responden yang menjawab salah tentang pertanyaan nomor 6 yaitu mengenai analisa kasus dalam pemeriksaan GCS.

Dari hasil penelitian distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan di dapatkan data pendidikan D III Keperawatan dengan

jumlah terbanyak yaitu 44 orang (73,3%) dari 60 orang responden, yang mempunyai pengetahuan baik ada 18 orang (40,9%) sedangkan yang mempunyai pengetahuan kurang ada 26 orang (59%). Adapun perawat dengan tingkat pendidikan S1 Ners berjumlah 10 orang (16,7%) yang mempunyai pengetahuan baik ada 9 orang (90%) sedangkan yang mempunyai pengetahuan kurang hanya 1 orang (10%).

Berdasarkan data tabel 5.2 bahwa ada 32 orang (53,3%) yang memiliki pengetahuan baik tentang pemeriksaan GCS. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Titi (2005), yang mengatakan kenyataan di lapangan dari sumber daya keperawatan yang ada sebetulnya 95 % adalah perawat dengan pendidikan D III keperawatan yang secara teori sudah mendapat konsep / pengetahuan tentang cara pemeriksaan GCS.

Adapun responden yang memiliki pengetahuan kurang tentang pemeriksaan GCS adalah sebanyak 28 orang (46,7%). Hal ini disebabkan karena kurangnya pelatihan yang dilakukan oleh perawat tentang pemeriksaan GCS. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fransiska Tahun 2006, di rumah sakit Stella Maris Makassar bahwa ada pengaruh pelatihan pemeriksaan GCS yang positif dan signifikan kepada perawat terhadap kemampuan perawat dalam menilai GCS.

2. Gambaran sikap perawat tentang pemeriksaan GCS

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki sikap baik mengenai pemeriksaan GCS adalah 53 orang

(88,3%). Sedangkan yang memiliki sikap kurang adalah 7 orang (11,7%). Dari hasil penelitian distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan didapatkan data D III Keperawatan dengan jumlah 44 orang (73,3%), sedangkan S1 Ners berjumlah 10 orang (16,7%). Dari 44 orang perawat dengan pendidikan D III Keperawatan yang mempunyai sikap baik ada 37 orang (84,1%) sedangkan yang mempunyai sikap kurang ada 7 orang (15,9%). Dari 10 perawat dengan tingkat pendidikan S1 Ners yang mempunyai sikap baik ada 10 orang (100%). Hal ini disebabkan karena sebagian besar perawat sudah mendapatkan pengetahuan tentang pemeriksaan GCS, baik dibangku kuliah maupun melalui pengalaman setelah bekerja di rumah sakit seperti yang telah diungkapkan oleh Allport bahwa pengalaman yang didapat akan mempengaruhi pengetahuan, berfikir, keyakinan dan emosi yang sangat berperan dalam menentukan sikap, karena sikap dipengaruhi oleh pengalaman yang didupatkannya (Notoatmodjo, 2010).

3. Identifikasi masa kerja perawat dalam melakukan pemeriksaan GCS

Masa kerja adalah jangka waktu dimana seseorang sudah bekerja di suatu instansi, kantor atau organisasi yang dihitung sejak pertama kali ia bekerja. Masa kerja seseorang perlu diketahui karena masa kerja merupakan salah satu indikator tentang kecenderungan para pekerja dikaitkan dengan produktifitas kerja. Semakin lama seseorang bekerja, semakin tinggi pula produktifitas yang diharapkan darinya karena ia semakin berpengalaman dan mempunyai keterampilan yang baik dalam

menyelesaikan tugas yang dipercayakan kepadanya (Siagian, 2008). Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 60 responden masa kerja perawat yang dikategorikan lama yaitu sebanyak 33 orang (55%), sedangkan perawat dengan masa kerja baru sebanyak 27 orang (45%). Dari 33 orang dengan masa kerja lama ada 21 orang (63,6%) yang mempunyai pengetahuan baik sedangkan yang mempunyai pengetahuan kurang ada 12 orang (36,4%). Dari 33 orang dengan masa kerja lama ada 27 orang (81,8%) yang mempunyai sikap baik sedangkan yang mempunyai sikap dikategorikan kurang ada 6 orang (18,2%). Dari 27 orang dengan masa kerja yang baru yang mempunyai pengetahuan baik ada 11 orang (40,7%) sedangkan yang mempunyai pengetahuan kurang ada 16 orang (59,3%).

Dari 27 orang dengan masa kerja yang baru yang mempunyai sikap baik ada 26 orang (96,3%) sedangkan yang mempunyai sikap dikategorikan kurang ada 1 orang (3,7%). Hal ini disebabkan karena perawat dengan masa kerja yang lama biasanya sudah mempunyai pengalaman.

Lama masa kerja biasanya berkorelasi dengan pengalaman, masa kerja yang lama otomatis membuat pengalaman semakin bertambah. Seseorang harus belajar banyak dari pengalaman, tanpa proses ini, seseorang harus mempelajari kembali prosedur setiap kali akan melakukan sesuatu hal. Pengalaman adalah praktek yang mengarah pada perkembangan rutinitas yang membantu membangun

kemampuan. Meskipun pengalaman adalah cara yang penting untuk mendapatkan pengetahuan, tetapi juga memiliki batas. Jika pengalaman menyebabkan seseorang mempelajari sesuatu dengan benar, maka orang tersebut dapat menggunakan pengetahuan yang tepat (Potter & Perry, 2005). Hal ini sejalan dengan penelitian Novi Astria yang menyatakan bahwa lama kerja memberi pengaruh signifikan terhadap kinerja perawat.

4. Gambaran masa kerja terhadap sikap

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa lebih banyak yang masa kerja lama dengan sikap perawat yang baik. Ini dikarenakan masa kerja sangat mempengaruhi sikap seorang perawat dalam bekerja. Sikap terbentuk dari masa kerja yang cukup lama sehingga perawat mampu merubah apa yang dirasakannya. Sebagai gambaran masa kerja yang lama mampu merubah sikap perawat secara perlahan-lahan dan penelitian ini menunjukkan hal tersebut. Penelitian ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa sikap dapat dipengaruhi oleh pengalaman seseorang termasuk pengalaman masa kerja (Wawan & Dewi, 2011). Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Hartini (2011) dimana hasilnya menyatakan bahwa perawat yang bekerja lebih dari lima tahun, memiliki sikap yang baik dalam melakukan komunikasi terapeutik.

Penelitian ini juga memperlihatkan adanya sikap yang kurang pada masa kerja perawat yang lama, dimana sikap yang kurang ditunjukkan karena perawat merasa dirinya senior sehingga acuh tak

acuh terhadap pekerjaannya. Sikap yang kurang ini didukung oleh teori Notoadmojo (2010) yang menyatakan sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek.

5. Gambaran masa kerja terhadap pengetahuan

Masa kerja dan pengetahuan yang ditunjukkan dalam tabel 5.7, memberikan hasil bahwa dengan masa kerja yang lama mampu memberikan pengetahuan yang baik pada perawat. Ini kebanyakan digambarkan dalam masa kerja yang dimiliki perawat ternyata mampu menambah pengetahuan mereka sehingga perawat yang sudah lama bekerja akan paham dan cepat dalam menilai GCS seorang pasien. Penilaian GCS tidak segampang yang diperkirakan, karena dalam menilai GCS perlu pengetahuan yang tidak didapat dalam waktu sekejap saja. Penilaian GCS seseorang perlu juga dibekali pengalaman atau masa kerja yang cukup lama sehingga perawat dalam penelitian ini lebih banyak yang mampu menilai GCS secara baik. Andi Mapire (dikutip dalam Ahmad & Winarsih, 2008) mengatakan bahwa lama bekerja merupakan pengalaman individu yang menentukan pertumbuhan dalam pekerjaan dan jabatan, pertumbuhan dalam pekerjaan dapat dialami seseorang hanya apabila dijalani proses belajar dan pengalaman, pengamatan. Budi (Dikutip dalam Dewi Sartika, 2010), juga mengatakan bahwa masa kerja merupakan hasil penyerapan dari berbagai aktivitas manusia, sehingga mampu

menumbuhkan pengetahuan yang muncul secara otomatis dalam menyelesaikan pekerjaannya. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rakhmat (dikutip dalam Sarwono, 2011) menunjukkan hasil bahwa semakin lama kerja yang dimiliki perawat maka semakin banyak juga pengalaman dan pengetahuan yang didapat.

6. Gambaran pengetahuan terhadap sikap

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.8 menunjukkan bahwa perawat yang berpengetahuan baik mempunyai sikap yang lebih baik dibandingkan dengan pengetahuan yang kurang. Hal ini bisa dilihat berdasarkan analisa yang ada, kebanyakan perawat selalu menunjukkan sikap yang baik atas dasar pengetahuan yang dimilikinya. Perawat yang mempunyai pengetahuan tentang pemeriksaan (penilaian) GCS yang baik akan menimbulkan kesadaran perawat untuk berperilaku atau bersikap baik terhadap pelaksanaan suatu tindakan. Ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Notoadmojo (2010), perubahan sikap atau perilaku dapat diperoleh melalui pendidikan yang diawali dengan penerimaan informasi-informasi dan selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran perawat untuk berperilaku atau bersikap sesuai dengan pengetahuannya. Penelitian ini juga sejalan dengan teori yang diungkapkan oleh Wawan & Dewi (2010), mereka mengatakan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya sikap seseorang. Penelitian yang dilakukan oleh Damianus yang dikutip

dalam Hartini (2011) juga menunjukkan hasil yang sejalan dengan penelitian ini di mana penelitian ini menggambarkan bahwa faktor pengetahuan dan sikap erat hubungannya, rendahnya pengetahuan menyebabkan rendahnya sikap perawat.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil penelitian tentang analisis gambaran pengetahuan, sikap dan masa kerja perawat tentang pemeriksaan *Glasgow Coma Scale* (GCS) pada pasien cedera kepala di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2013 maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengetahuan perawat tentang pemeriksaan GCS pada pasien cedera kepala di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar dikategorikan baik yaitu sebanyak 53,3%, tetapi hampir setengah (46,7%) yang memiliki pengetahuan kurang.
2. Sikap perawat tentang pemeriksaan GCS pada pasien cedera kepala di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar dikategorikan baik yaitu sebanyak 88,3% dan 11,7% yang memiliki sikap kurang.
3. Sebagian besar perawat di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar memiliki masa kerja lama (> 5 tahun) sebanyak 55% dan yang baru (< 5 tahun) sebanyak 45%.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka peneliti memberikan saran sebagai berikut :

1. Diharapkan agar pihak rumah sakit mengadakan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan perawat dalam hal pemeriksaan GCS.
2. Diharapkan kepada perawat pelaksana khususnya yang bertugas di perawatan bedah saraf, IGD bedah dan ICU agar lebih menekankan pentingnya melakukan pengkajian pemeriksaan GCS secara lengkap dan tepat untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.
3. Diharapkan bagi perawat yang masa kerja dikategorikan baru agar selalu mengembangkan kemampuan, yaitu pengetahuan dan keterampilan khususnya dalam melakukan pemeriksaan GCS.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmad & Winarsih, (2008). *Hubungan Tingkat Pendidikan dan Lama Kerja Perawat Dengan Kinerja Perawat di RSUD Pandang Arang Kabupaten Boyolali*, Boyolali: STIK Boyolali.
- Alimul, A. (2009). *Keperawatan bedah dan tehnik pemeriksaan neurologis*, Salemba Medika: Jakarta.
- Amrizal, (2009). *Buku ajar neurologi dan keperawatan bedah*, EGC: Jakarta.
- Astria, N. (2012). *Pengaruh usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status karyawan dan lama kerja terhadap kinerja perawat di instalasi rawat inap RSUD PKU Muhammadiyah Temanggung* < publikasi.umy.ac.id/idenx.php/mm/artickle/view/4514> di akses tanggal 11 februari 2013.
- Basford, L. (2006). *Teori dan praktik keperawatan: pendekatan integral pada asuhan pasien*, EGC: Jakarta.
- Danim, S. (2010). *Riset keperawatan sejarah dan metodologi*, EGC: Jakarta.
- Dewi Sartika, (2010). *Study Kualitatif Pengetahuan, Keterampilan dan Interpretasi perawat dalam pemeriksaan EKG di Ruang ICU RSUD Ampara Sulawesi Tengah 2010*, Makassar: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNHAS Makassar.
- Fransiska, (2006). *Pengaruh Pelatihan Penilaian Glasgow Coma Scale (GCS) Pada Perawat Terhadap Kemampuan Perawat Dalam Menilai GCS di Rumah Sakit Stella Mari*, Makassar: Program Studi Ilmu Keperawatan UNHAS Makassar.
- Hartini, (2011). *Hubungan Pengetahuan Dengan Sikap Perawat Dalam Melaksanakan Komunikasi Terapeutik di Ruang Perawatan Interna Dan Bedah di Rs.Tk II Pelamonia Kota Makassar*. Makassar: Program Studi Ilmu Keperawatan UNHAS Makassar.
- Ismani, N. (2006). *Etika keperawatan*, Widya Medika: Jakarta.
- Japardi, I. (2004). *Cedera Kepala*, PT Buana Ilmu Populer: Jakarta.
- Luhulima, (2006). *Pendidikan dalam keperawatan*, FK-UH, Makassar.

- Lumbantobing, (2008). *Neurologi klinik pemeriksaan fisik dan mental*, Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta.
- Mardjono, M. (2008). *Neurologi klinis dasar*, Penerbit Dian Rakyat: Jakarta.
- Mulyana, A. (2011). *Saatnya bertransportasi dengan aman*,
< [http://www.jasaraharja.co.id/files/2011/10/Ketika Media Bicara.pdf](http://www.jasaraharja.co.id/files/2011/10/Ketika_Media_Bicara.pdf) >
di akses tanggal 22 juli 2012.
- Muttaqin, A. (2008). *Pengantar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan*, Salemba Medika: Jakarta.
- Nasir. S. (2012), *Gambaran Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Peserta Didik Sekolah Dasar Negeri Percontohan Tentang Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Pada Kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah Kabupaten Toli Toli*, Makassar: Program Studi Ilmu Keperawatan UNHAS Makassar.
- Nursalam, (2010). *Proses & dokumentasi keperawatan bedah*, Salemba Medika: Jakarta.
- Nursalam & Priana. (2007). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*, Salemba Medika: Jakarta.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Promosi kesehatan teori dan aplikasi*, Rinika Cipta: Jakarta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*, Rinika Cipta: Jakarta.
- Notoadmodjo, S. (2012). *Ilmu perilaku kesehatan*, Rinika Cipta: jakarta.
- Pantulu, (2010). *Gambaran Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Perawat Tentang Atraumatic Care Pada Anak Di RSUD. Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo*. Makassar: Progam Studi Ilmu Keperawatan UNHAS Makassar.
- Potter & Perry. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan " konsep proses dan praktek", edisi 4*, EGC: Jakarta.
- Rahayu, U. (2010). *Pengaruh guide imagery relaxation terhadap nyeri kepala pada pasien cedera kepala ringan*,
<[http://pustaka.unpad.ac.id/wpcontent/uploads/2011/05/pengaruh _guide_imagery_relaxation.pdf](http://pustaka.unpad.ac.id/wpcontent/uploads/2011/05/pengaruh_guide_imagery_relaxation.pdf)> di akses tanggal 22 Juli 2012.
- RS Dr Wahidin Sudirohusodo, (2012) , *Data medical record pasien cedera kepala, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta*

- Sarwono, (2011). Hubungan lama kerja perawat dengan kepuasan pasien pasca bedah di ruang perawatan bedah RS PKU Muhammadiyah Gombong, *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, vol. 7(2) p. 110-116.s
- Satyanegara, (2010). *Ilmu bedah saraf edisi 4*. Gramedia Pustaka Utama: Jakarta.
- Shidarta & Priguna, (2009). *Tata pemeriksaan klinis dalam neurologi, edisi 2* , Penerbit Dian Rakyat: Jakarta.
- Siagian, S.P. (2008), *Manajemen sumber daya manusia*, Bumi Aksara : Jakarta.
- Smeltzer & Suzanne, (2009). *Keperawatan medikal bedah, edisi 8*, Penerbit EGC: Jakarta.
- Stancope, M. (2007) *Community health nursing, edisi 4*, Mosby Year Book: Missouri USA.
- Sugiyono, (2007). *Statistika untuk penelitian*, Alfabeta : Bandung.
- Tahir, (2011). *Gambaran Pengetahuan Perawat Dengan Pelaksanaan Keselamatan Pasien (Patien Safety) Dan Keselamatan Kerja Di Instalasi Bedah Sentral/Kamar Operasi RSUD UNDATA Palu Propinsi Sulawesi Tengah*, Makassar: Program studi ilmu keperawatan UNHAS Makassar.
- Tambunan & Karmel, (2009), *Penatalaksanaan gawat darurat*, Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta.
- Titi, (2005). *Hubungan tingkat pengetahuan, sikap perawat tentang cara pemeriksaan GCS pada pasien cedera kepala di BP RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan*, < <http://askep.ciluk-ba.com/askep-cidera-kepala-40553/>> di akses tanggal 22 juli 2012.
- Wawan & Dewi, (2010). *Teori dan pengukuran pengetahuan, sikap dan perilaku manusia*. Nusa Medika: Yokyakarta.

Lampiran 1

PEJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth

Bapak / Ibu Calon responden

Di

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar,

Nama : Masdar

Nim : C121 11 713

Alamat : Nusa Harapan Permai Blok A6/12 Makassar

Akan mengadakan penelitian dengan judul “ **Analisis Pengetahuan, Sikap dan Masa Kerja Perawat Tentang Pemeriksaan *Glasgow Coma Scale* (GCS) pada Pasien Cedera Kepala di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar** ”

Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian bagi Bapak / Ibu sebagai responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Bapak/ Ibu tidak bersedia menjadi responden dan terjadi hal-hal yang merugikan maka Bapak/ Ibu diperbolehkan mengundurkan diri untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Apabila Bapak / Ibu menyetujui maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan pada surat ini. Atas perhatian dan kesediaan Bapak /Ibu sebagai responden saya ucapkan terima kasih.

Peneliti,

Masdar

(C 121 11 713)

Lampiran 2

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia dan tidak keberatan menjadi responden di dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, atas nama Masdar, dengan judul “ **Analisis Pengetahuan, Sikap dan Masa Kerja Perawat Tentang Pemeriksaan *Glasgow Coma Scale* (GCS) pada Pasien Cedera Kepala di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar** ”

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sukarela tanpa paksaan dari pihak lain dan kirannya dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar , Desember 2012

Responden

KUESIONER PENELITIAN

Analisis Pengetahuan, Sikap dan masa Kerja Perawat Tentang Pemeriksaan *Glasgow Coma Scale* (GCS) Pada Pasien Cedera Kepala di Rumah Sakit Umum Pusat Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar

A. Data Demografi

1. Nama (ID) :
2. Umur :.....Thn
3. Jenis Kelamin :
4. Unit Kerja :
5. Masa Kerja :.....Thn
6. Pendidikan Terakhir :
 - SPK
 - D III Keperawatan
 - D IV Keperawatan
 - S1 Keperawatan
 - S1 Ners
 -

A. FORMAT KUESIONER PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PEMERIKSAAN GCS

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan pada angket
 2. Berilah tanda silang (×) pada pilihan yang disediakan.
 3. Mohon diteliti ulang agar jangan sampai ada jawaban yang terlewatkan
-

1. Seorang wanita berumur 20 tahun dibawa ke IGD dengan kesadaran menurun akibat KLL tiga jam yang lalu. Tampak luka lecet di wajah, dan nyeri tekan, pupil isokor, TD 110/70 mmHg, N 80 x/menit, P 24 x/menit, S 36,6^oc. Klien membuka mata pada saat diajak bicara dan tidak tahu ia berada dimana, tangannya mampu menepis pada saat diberi rangsang nyeri. Berapakah GCS wanita tersebut :
 - a. GCS 11
 - b. GCS 12
 - c. GCS 13
 - d. GCS 10
2. Tn J, 19 tahun dibawa ke IGD dengan kesadaran menurun, dialami satu jam sebelum masuk RS akibat jatuh dari pohon, riwayat pingsan, tampak edema dan nyeri tekan pada temporo-parietal sinistra. Pada pemeriksaan tingkat kesadaran didapatkan GCS 12, maka dapat dikategorikan :
 - a. Cedera kepala ringan
 - b. Cedera kepala sedang
 - c. Cedera kepala berat
 - d. Cedera kepala terbuka
3. Seorang laki-laki umur 25 tahun masuk ke RS akibat KLL. Pada pemeriksaan kesadaran didapatkan pasien dapat membuka mata saat diajak bicara namun perkataannya agak kacau tapi saat diberi rangsang nyeri dia mengangkat tangannya. Berapa GCS pasien tersebut
 - a. GCS 15
 - b. GCS 13
 - c. GCS 12
 - d. GCS 11

4. Tn. A, 30 tahun masuk RS dengan kesadaran menurun akibat tertimpa pohon, pada saat masuk mata dalam keadaan tertutup namun ketika diberi rangsangan dia membuka mata sambil menarik tangannya dan mengeluarkan kalimat yang tidak beraturan. Menurut anda GCS berapakah pasien tersebut:
- GCS 10
 - GCS 9
 - GCS 8
 - GCS 11
5. Ny. C, 40 tahun mengalami KLL, pada pemeriksaan didapatkan midriasis total pada mata kanan dan pada saat dirangsang nyeri mata tidak terbuka tangan dalam keadaan ekstensi dan hanya mengeluarkan suara mengerang, menurut anda berapa GCS Ny. C :
- GCS 6
 - GCS 5
 - GCS 4
 - GCS 3
6. Seorang remaja "R" usia 17 tahun masuk IGD dengan kesadaran menurun akibat tawuran, dengan keluhan sakit kepala, tampak hematoma pada kulit kepala, hasil pemeriksaan fisik menunjukkan TD 100/70 mmHg, N 76 x/menit, S 36,8 °C, P 20 x/menit. Pada pemeriksaan kesadaran penderita mampu membuka matanya dan tahu dimana ia berada, serta mampu mengangkat tangannya sesuai perintah. Berapa GCS penderita tersebut :
- GCS 15
 - GCS 14
 - GCS 13
 - GCS 12
7. Tn. X, 38 tahun di rawat di ruang perawatn HCU bedah saraf post op craniotomy beberapa hari yang lalu, tampak terpasang canule tracheostomy, NGT, cateter urine, infus dengan cairan RL 28 tetes/menit. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan TD 110/70 mmHg, N 80 x/menit, P 20 x/menit S 37 °C. Setelah dilakukan pemeriksaan kesadaran klien mampu membuka mata dan menepis area nyeri, namun tidak mampu mengeluarkan kata-kata. Penilaian tingkat kesadaran pada Tn X adalah :
- GCS 10_x
 - GCS 9_x
 - GCS 8_x
 - GCS 7_x

8. Tn. N, umur 16 tahun masuk IGD dengan kesadaran menurun, dialami 4 jam sebelum masuk RS akibat KKL, tampak orbita sinistra edema, hematoma dan nyeri tekan. Hasil pemeriksaan fisik TD 100/60, N 70x/menit, P 20x/menit, S 36,7, membuka mata pada saat diajak bicara dan masih kacau, siku mengfleksi pada saat diberi rangsang nyeri. Maka GCS Tn. N yaitu :
- GCS 13
 - GCS 12
 - GCS 11
 - GCS 10
9. Seorang laki-laki bermur 23 tahun masuk rumah sakit dengan kesadaran menurun dialami sejak 4 jam yang lalu akibat KKL, riwayat pingsan, muntah, pupil isokor, regio orbita sinistra udem dan hematoma, TD 130/70 mmHg, N 62 x/menit, P 24 x/menit, S 36,5 °c, membuka mata seteh diberi rangsang nyeri dan menepis area nyeri sambil mengerang, maka tingkat kesadaran penderita tersebut adalah :
- GCS 8x
 - GCS 9x
 - GCS 9
 - GCS 10
10. Ny. D, 60 tahun dibawa ke RS dengan kesadaran menurun setelah megalami KLL dua jam yang lalu, dengan keluahan mual, muntah, tampak luka dikepala. Klien membuka mata dan menarik tangannya setelah diberi rangsang nyeri dan mengucapkan kata-kata tidak tepat. TD 130/70 mmHg, N 80 x/menit, P 24 x/menit, S 36,5°c. Maka GCS Ny. D yakni :
- GCS 11
 - GCS 12
 - GCS 10
 - GCS 9

B. FORMAT KUESIONER SIKAP PERAWAT TENTANG PEMERIKSAAN GCS

Petunjuk pengisian

Isilah daftar pertanyaan di bawah ini secara jujur menurut pendapat saudara, dan membubuhkan tanda cek (√) pada baris dan kolom yang saudara pilih.

Keterangan :

- SS : Sangat Setuju
- S : Setuju
- TS : Tidak Setuju
- STS : Sangat Tidak Setuju

No.	Daftar Pertanyaan	Alternatif Jawaban			
		SS	S	TS	STS
1.	Pemeriksaan tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS merupakan cara praktis untuk perawat karena memiliki kriteria yang lebih jelas dan sistimatis.				
2.	Perawat harus melakukan pemeriksaan GCS pada setiap klien baru masuk atau setiap pergantian shift.				
3.	Pemeriksaan GCS meliputi respon tentang tanggapan verbal, motorik dan membuka mata.				
4.	Pada pemeriksaan GCS respon motorik reaksi fleksi abnormal, seorang perawat dapat mengkaji dengan cara hanya melihat dari hasil pemeriksaan GCS yang dilakukan oleh tim medis.				
5.	Apabila perawat menyuruh klien untuk membuka mata dan dapat melakukannya maka nilai GCSnya adalah 3.				
6.	Cedera kepala atau trauma kapitis dibagi atas ringan, sedang dan berat.				
7.	Pada respon verbal perawat perlu melakukan komunikasi dengan memberikan pertanyaan klien terkait dimana ia berada, waktu, hari dan bulan.				
8.	Pada pemeriksaan tingkat kesadaran terhadap seorang klien dikategorikan normal bila nilai GCS 15.				
9.	Memberikan rangsang nyeri misalnya dengan menekan jari pada supra orbita dan klien menepis area nyeri, berarti klien dapat mengenali lokasi nyeri. Hal ini dilakukan pada saat mengkaji respon verbal.				
10.	Pemeriksaan terhadap respon verbal perawat dapat memberi nilai 5 apabila klien menyebutkan kata-kata yang tidak tepat.				
11.	Kasus trauma kapitis adalah kasus yang paling sering terjadi dan membutuhkan penanganan terutama penilaian GCS oleh perawat.				

NO	Daftar Pertanyaan	SS	S	TS	STS
12	Pada respon motorik seorang perawat melakukan pemeriksaan GCS dengan cara menyuruh klien mengangkat tangannya.				
13	Seorang perawat bila mengkaji respon verbal klien dan mendapatkan bicara yang kacau maka nilai GCSnya 3				
14	Pemeriksaan GCS sebaiknya dilakukan oleh tim medis saja.				
15	Sebagai seorang perawat tidak perlu memahami bagaimana respon motorik, verbal dan membuka mata yang dilakukan dalam pemeriksaan GCS.				

MASTER TABEL HASIL PENELITIAN
 ANALISIS PENGETAHUAN, SIKAP DAN MASA KERJA PERAWAT TENTANG PEMERIKSAAN *GLASGOW COMA SICLE*
 (GCS) PADA PASIEN CEDERA KEPALA DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
 OLEH: MASDAR

No	Inisial	Umur (Thn)	JK	Pendidikan	Masa Kerja	Kriteria	Pengetahuan										Σ	Kriteria	Sikap															Σ	Kriteria
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
1	N	47	L	D3 Kep	22	Lama	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	12	Kurang	3	3	3	1	3	3	3	4	1	1	3	3	1	4	1	37	Kurang
2	Y	24	P	D3 Kep	1	Baru	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	13	Kurang	3	4	4	1	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	1	43	Baik
3	N	22	P	D3 Kep	1	Baru	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	12	Kurang	3	4	4	2	4	4	3	3	2	2	3	3	1	1	3	42	Baik
4	S	33	P	D3 Kep	13	Lama	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	15	Baik	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1	4	4	1	4	4	53	Baik
5	L	33	L	D3 Kep	15	Lama	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	15	Baik	4	3	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	4	50	Baik
6	R	25	P	D3 Kep	1	Baru	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	13	Kurang	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	41	Baik
7	S	22	P	D3 Kep	1	Baru	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	11	Kurang	3	3	3	3	1	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	39	Baik
8	S	25	L	D3 Kep	1	Baru	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	15	Baik	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	4	4	55	Baik
9	A	33	P	S1 Ners	4	Baru	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	18	Baik	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	45	Baik
10	N	50	P	D3 Kep	25	Lama	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	16	Baik	3	4	4	2	4	3	3	3	3	3	4	3	2	2	1	44	Baik
11	K	39	P	D3 Kep	15	Lama	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	15	Baik	3	4	4	2	4	3	3	3	3	3	4	3	2	2	1	44	Baik
12	H	36	P	D3 Kep	13	Lama	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	15	Baik	4	3	3	4	4	4	3	3	2	2	3	3	2	3	3	46	Baik
13	H	54	P	D3 Kep	31	Lama	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	12	Kurang	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	1	2	37	Kurang
14	N	28	P	D3 Kep	1	Baru	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	13	Kurang	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	43	Baik
15	N	30	P	S1 Kep	10	Lama	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	17	Baik	3	4	4	3	3	4	3	4	3	3	3	3	1	3	3	47	Baik
16	S	27	P	D3 Kep	5	Lama	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	12	Kurang	3	3	3	2	2	3	3	3	3	1	3	3	2	2	1	37	Kurang
17	H	54	P	D3 Kep	33	Lama	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	13	Kurang	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	2	1	2	2	3	36	Kurang
18	E	30	P	S1 Kep	7	Lama	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	15	Baik	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	56	Baik
19	H	23	P	S1 Ners	1	Baru	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	14	Kurang	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	57	Baik
20	M	43	L	D3 Kep	13	Lama	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	17	Baik	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	4	57	Baik
21	R	30	L	D3 Kep	7	Lama	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	14	Kurang	3	3	3	3	3	4	3	3	2	2	3	2	3	3	3	43	Baik
22	M	26	L	S1 Ners	6	Lama	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	15	Baik	4	4	2	2	4	4	2	4	4	3	4	4	3	3	3	50	Baik
23	S	24	L	D3 Kep	1	Baru	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	12	Kurang	4	4	3	2	4	4	4	2	4	2	4	3	3	3	3	49	Baik
24	S	23	P	D3 Kep	10	Lama	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	16	Baik	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	4	50	Baik
25	N	33	P	D3 Kep	12	Lama	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	15	Baik	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	4	4	54	Baik
26	H	24	P	S1 Ners	1	Baru	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	15	Baik	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	1	4	4	53	Baik
27	E	23	P	D3 Kep	1	Baru	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	12	Kurang	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	37	Kurang

Keterangan :

JK : Jenis Kelamin

Pengetahuan , Nilai 2 Jika jawaban benar

Nilai 1 Jika jawaban salah

Sikap, 1. Pernyataan Positif : Nilai 4 : Sangat Setuju (SS)

3 : Setuju (S)

2 : Tidak Setuju (TS)

1 : Sangat Tidak Setuju (STS)

2. Pernyataan Negatif : Nilai 4 : Sangat Tidak Setuju (STS)

3 : Tidak Setuju (TS)

2 : Setuju (S)

1 : Sangat Setuju (SS)

Frequencies

Statistics

Umur

N	Valid	60
	Missing	0
Mean		30,68
Median		28,00
Mode		24 ^a
Std. Deviation		7,892
Minimum		22
Maximum		54

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequencies

Statistics

		Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Masa Kerja	Pengetahuan	Sikap
N	Valid	60	60	60	60	60	60
	Missing	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21-25 Tahun	20	33,3	33,3	33,3
	26-30 Tahun	17	28,3	28,3	61,7
	31-35 Tahun	9	15,0	15,0	76,7
	36-40 Tahun	8	13,3	13,3	90,0
	41-45 Tahun	1	1,7	1,7	91,7
	46-50 Tahun	3	5,0	5,0	96,7
	>=51 Tahun	2	3,3	3,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	18	30,0	30,0	30,0
	Perempuan	42	70,0	70,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ners	10	16,7	16,7	16,7
	S1 Keperawatan	5	8,3	8,3	25,0
	DIV Keperawatan	1	1,7	1,7	26,7
	DIII Keperawatan	44	73,3	73,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Masa Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lama	33	55,0	55,0	55,0
	Baru	27	45,0	45,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	32	53,3	53,3	53,3
	Kurang	28	46,7	46,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	53	88,3	88,3	88,3
	Kurang	7	11,7	11,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Masa Kerja * Sikap	60	100.0%	0	.0%	60	100.0%

Masa Kerja * Sikap Crosstabulation

			Sikap		Total
			Baik	Kurang	
Masa Kerja	Lama	Count	27	6	33
		Expected Count	29.2	3.9	33.0
		% within Masa Kerja	81.8%	18.2%	100.0%
	Baru	Count	26	1	27
		Expected Count	23.9	3.2	27.0
		% within Masa Kerja	96.3%	3.7%	100.0%
Total	Count	53	7	60	
	Expected Count	53.0	7.0	60.0	
	% within Masa Kerja	88.3%	11.7%	100.0%	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Masa Kerja * Pengetahuan	60	100.0%	0	.0%	60	100.0%

Masa Kerja * Pengetahuan Crosstabulation

			Pengetahuan		Total
			Baik	Kurang	
Masa Kerja	Lama	Count	21	12	33
		Expected Count	17.6	15.4	33.0
		% within Masa Kerja	63.6%	36.4%	100.0%
	Baru	Count	11	16	27
		Expected Count	14.4	12.6	27.0
		% within Masa Kerja	40.7%	59.3%	100.0%
Total	Count	32	28	60	
	Expected Count	32.0	28.0	60.0	
	% within Masa Kerja	53.3%	46.7%	100.0%	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Sikap	60	100.0%	0	.0%	60	100.0%

Pengetahuan * Sikap Crosstabulation

			Sikap		Total
			Baik	Kurang	
Pengetahuan	Baik	Count	32	0	32
		Expected Count	28.3	3.7	32.0
		% within Pengetahuan	100.0%	.0%	100.0%
	Kurang	Count	21	7	28
		Expected Count	24.7	3.3	28.0
		% within Pengetahuan	75.0%	25.0%	100.0%
Total	Count	53	7	60	
	Expected Count	53.0	7.0	60.0	
	% within Pengetahuan	88.3%	11.7%	100.0%	

Lampiran Hasil Uji Instrumen Kuesioner Pengetahuan

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.948	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
tahu1	14.50	14.500	.678	.947
tahu2	14.40	14.711	.672	.947
tahu3	14.60	13.822	.851	.939
tahu4	14.50	14.056	.803	.941
tahu5	14.60	14.267	.726	.945
tahu6	14.40	14.044	.872	.938
tahu7	14.60	13.822	.851	.939
tahu8	14.40	14.711	.672	.947
tahu9	14.40	14.044	.872	.938
tahu10	14.50	14.056	.803	.941

Lampiran Hasil Uji Instrumen Kuesioner Sikap

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.977	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
sikap1	39.00	119.778	.851	.976
sikap2	39.20	117.733	.985	.973
sikap3	39.20	119.956	.866	.975
sikap4	39.40	116.267	.897	.975
sikap5	39.30	118.011	.937	.974
sikap6	39.20	122.178	.748	.977
sikap7	39.50	125.833	.749	.977
sikap8	39.20	117.733	.985	.973
sikap9	39.30	128.011	.639	.978
sikap10	39.10	124.100	.685	.978
sikap11	39.20	120.178	.854	.976
sikap12	39.10	122.100	.794	.976
sikap13	39.10	119.656	.929	.974
sikap14	39.00	119.778	.851	.976
sikap15	39.20	117.733	.985	.973