



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
NOTOKUSUMO
YOGYAKARTA

PEMERIKSAAN KESADARAN



www.stikes-notokusumo.ac.id



Jl. Bener No. 26 Tegalrejo Yogyakarta

STIKES NOTOKUSUMO

BAHAN KAJIAN PRAKTIKUM KLASIKAL

PEMERIKSAAN KESADARAN /
PEMERIKSAAN TANDA PENURUNAN KESADARAN





PEMERIKSAAN TANDA PENURUNAN KESADARAN

- Kesadaran adalah kondisi **sadar terhadap diri sendiri dan lingkungan**. Kesadaran terdiri dari dua aspek yaitu bangun (wakefulness) dan ketanggapan (awareness). (Avner,2006)
- Ketidaksadaran adalah keadaan **tidak sadar terhadap diri sendiri dan lingkungan dan dapat bersifat fisiologis (tidur) ataupun patologis (koma atau keadaan vegetatif)**. (Avner,2006)
- Perubahan fisiologis yang terjadi pada pasien dengan gangguan kesadaran antara lain pada pemenuhan kebutuhan dasar yaitu gangguan pernafasan, kerusakan mobilitas fisik, gangguan hidrasi, gangguan aktifitas menelan, kemampuan berkomunikasi, gangguan eliminasi



- Penilaian kesadaran secara kuantitatif dapat menggunakan Tabel penilaian Glasgow Coma Scale (GCS) atau Four Score
- Tingkat kesadaran secara kualitatif dapat dibagi menjadi kompos mentis, apatis, somnolen, stupor, dan koma. (Singhal, 2014)

GLASGOW COMA SCALE (GCS)

Tabel 3. *Glasgow Coma Scale (GCS)*

	Nilai
Respons Membuka Mata	
Spontan	4
Terhadap perintah/pembicaraan	3
Terhadap rangsang nyeri	2
Tidak membuka mata	1

Respons Motorik	
Sesuai perintah	6
Mengetahui lokalisasi nyeri	5
Reaksi menghindar	4
Reaksi fleksi-dekortikasi	3
Reaksi ekstensi-deserebrasi	2
Tidak berespons	1
Respons Verbal	
Dapat berbicara dan memiliki orientasi baik	5
Dapat berbicara, namun disorientasi	4
Berkata-kata tidak tepat dan tidak jelas (<i>nappropriate words</i>)	3
Mengeluarkan suara tidak jelas (<i>incomprehensive sounds</i>)	2
Tidak bersuara	1

Penilaian Kesadaran menurut Skala Glasgow : Lakukanlah menurut cara ini



Institute Ilmu Saraf NHS Greater Glasgow dan Clyde



PERHATIKAN

Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi, kemampuan memberi respon dan cedera penyerta lain



OBSERVASI

Membuka mata, kualitas isi pembicaraan dan kemampuan menggerakkan sisi kiri dan kanan



STIMULASI

Kemampuan mengeluarkan Suara: diminta dengan suara biasa atau dengan suara yang keras
Perangsangan nyeri: penekanan pada ujung jari , otot trapezius atau lekukan keluarnya nervus supraorbital



BERIKAN PENILAIAN

Ditentukan setelah pengamatan respon yang tertinggi

Membuka Mata

Kriteria	Observasi	Tingkatan	Skor
Membuka tanpa stimulus	✓	Spontan	4
Setelah rangsangan suara atau perintah	✓	Respon terhadap suara	3
Setelah rangsangan pada ujung jari	✓	Rangsangan terhadap tekanan	2
Tidak membuka mata sama sekali, tanpa faktor penghalang	✓	Tidak ada	1
Tertutup oleh faktor lokalis	✓	Tidak dapat dinilai	NT

Respon Verbal

Kriteria	Observasi	Tingkatan	Skor
Menyebutkan nama, tempat dan tanggal	✓	Orientasi baik	5
Orientasi tidak baik tapi komunikasi jelas	✓	Bingung	4
Kata-kata jelas	✓	Kalimat	3
Mengerang	✓	Suara	2
Tidak ada suara jelas, tanpa faktor pengganggu	✓	Tidak ada	1
Faktor penghalang komunikasi	✓	Tidak dapat dinilai	NT

Respon Motorik

Kriteria	Observasi	Tingkatan	Skor
Mematuhi dua perintah berbeda	✓	Menuruti perintah	6
Mengangkat tangan diatas clavícula pada ragsangan kepala dan leher	✓	Melokalisir	5
Gerakan melipat siku lengan dengan cepat namun gerakan kurang normal	✓	Fleksi normal	4
Gerakan melipat siku lengan, namun gerakan tidak normal	✓	Fleksi tidak normal	3
Ekstensi siku lengan	✓	Ekstensi	2
Tidak ada gerakan lengan / tungkai, tanpa faktor gangguan	✓	Tidak ada	1
Paralisis atau faktor penghambat lain	✓	Tidak dapat dinilai	NT

Lokasi untuk stimulasi secara fisik

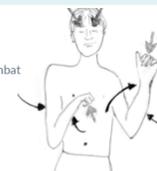


Gambaran respon fleksi

Modified with permission from Van Der Naalt 2004
Ned Tijdschr Geneesk

Fleksi abnormal

Gerakan stereotype yang lambat
Lengan melipat ke dada
Rotasi lengan bawah
Ibu jari mengempal
Ekstensi kaki



Berulang

Berulang
Bervariasi
Menjauhkan lengan dari tubuh

Untuk informasi lebih lanjut dan demonstrasi video, kunjungi www.glasgowcomascale.org

Tabel 4. *Four Score*

	Nilai
Respons Mata	
Buka mata, bola mata bergerak, dan berkedip sesuai instruksi	4
Buka mata, namun bola mata tidak mengikuti arah gerakan jari	3
Mata tertutup, namun membuka saat terdengar suara keras	2
Mata tertutup, namun membuka saat ada rangsangan nyeri	1
Mata tetap tertutup walaupun ada rangsangan nyeri	0
Respons Motorik	
Ibu jari tangan naik, tangan menggenggam dan <i>peace sign</i> sesuai instruksi	4
Melokalisasi nyeri	3
Reaksi fleksi terhadap nyeri	2
<i>Extensor posturing</i>	1
Tidak ada respons terhadap nyeri atau <i>generalized myoclonus status epilepticus</i>	0
Refleks Batang Otak	
Terdapat refleks pupil dan kornea	4
Satu pupil lebar dan fixed	3
Tidak ada refleks pupil atau refleks kornea	2
Tidak ada refleks pupil dan refleks kornea	1
Tidak ada refleks pupil, kornea, dan batuk	0

Pernapasan

Tidak diintubasi dan pola pernapasan teratur	4
Tidak diintubasi dan pola pernapasan <i>Cheyne-Stokes</i>	3
Tidak diintubasi dan pola pernapasan tidak teratur	2
Bernapas di atas <i>ventilator rate</i>	1
Bernapas setara <i>ventilator rate</i> atau <i>apnea</i>	0

- **Kompos mentis** berarti keadaan seseorang sadar penuh dan dapat menjawab pertanyaan tentang dirinya dan lingkungannya.
- **Apatis** berarti keadaan seseorang tidak peduli, acuh tak acuh dan segan berhubungan dengan orang lain dan lingkungannya.
- **Somnolen** berarti seseorang dalam keadaan mengantuk dan cenderung tertidur, masih dapat dibangunkan dengan rangsangan dan mampu memberikan jawaban secara verbal, namun mudah tertidur kembali.
- **Sopor/stupor** berarti kesadaran hilang, hanya berbaring dengan mata tertutup. Pasien dalam keadaan tidur yang dalam atau tidak memberikan respon dengan pergerakan spontan yang sedikit atau tidak ada dan hanya bisa dibangunkan dengan rangsangan kuat yang berulang (rangsang nyeri).
- **Koma** berarti kesadaran hilang, tidak memberikan reaksi walaupun dengan semua rangsangan (verbal, taktil, dan nyeri) dari luar. Pasien dalam keadaan tidak sadar yang dalam, yang tidak dapat dibangunkan akibat disfungsi ARAS di batang otak atau kedua hemisfer serebri. Karakteristik koma adalah tidak adanya arousal dan awareness terhadap diri sendiri dan lingkungannya.



Gunakan skala AVPU untuk menentukan tingkat kesadaran pasien

Pemantauan AVPU dan tanda-tanda vital lainnya akan membantu menentukan apakah pasien membaik, memburuk, atau merespons pengobatan

A wake	Patient is awake
V erbal	Patient responds to a verbal stimulus
P ain	Patient responds to a pain stimulus
U nresponsive	Patient is unresponsive to stimulus



- AVPU (diucapkan ave poo) atau skala AVPU – alat yang digunakan untuk menilai perfusi dan fungsi otak pasien – menggambarkan tingkat kesadaran pasien.
- Semua penyedia layanan kesehatan, termasuk EMT, dokter, perawat, dan paramedis, menggunakan AVPU untuk menilai dan memantau fungsi otak pasien.

➤ Video pemeriksaan GCS:

<https://www.youtube.com/watch?v=v6qpEQxJQ04>





DERAJAT KESADARAN

1. Compos Mentis. (GCS 14-15)
2. Apatis (GCS 12-13)
3. Somnolen (GCS 10-11)
4. Delirium (GCS 9-7)
5. Stupor (Soporos Coma) (GCS 4-6)
6. Koma (GCS 3)



MAKNA KEMAJUAN

MATUR NUWUN

