
GAMBARAN STATUS FISIOLOGIS PASIEN CEDERA KEPALA DI IGD RSUD ULIN BANJARMASIN TAHUN 2016

Hanura Aprilia¹

¹Fak. Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Univ. Muhammadiyah Banjarmasin

*Korespondensi Penulis. hanura.ns@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Cedera kepala merupakan masalah yang sering ditemukan di masyarakat dengan tingkat disabilitas tinggi. Instalasi gawat darurat merupakan gerbang utama yang berperan penting sebagai pintu pertama dalam menyelamatkan kondisi pasien. Kondisi spesifik di IGD yaitu harus cepat dalam memberikan pelayanan, cepat dalam mengambil keputusan untuk bisa memberika tindakan medis dan keperawatan secara tepat, cepat, aman dan efektif. Untuk mengetahui kondisi status fisiologis pasien cedera kepala dilakukan dengan penilaian status fisiologis yaitu dengan menggunakan (Revised Trauma Score).

Tujuan : Mengetahui gambaran status fisiologis pasien cedera kepala di IGD RSUD Ulin Banjarmasin.

Metode : Rancangan Deskriptif. Jumlah populasi 559 orang dan 80 sampel menggunakan nonprobability sampling jenis purposive sampling.

Hasil : Karakteristik berdasarkan cedera kepala di IGD RSUD Ulin Banjarmasin sebagian besar adalah ringan yaitu 62 responden (77,5%). Gambaran status fisiologis pada pasien cedera kepala di IGD RSUD Ulin Banjarmasin sebagian besar adalah Ringan yaitu 65 orang responden sebanyak (81,2%).

Saran : Untuk penelitian lebih lanjut terkait dengan status fisiologis cedera kepala dihubungkan dengan variabel lain seperti angka mortalitas pasien cedera kepala.

Kata Kunci : Status Fisiologis, cedera kepala.

PENDAHULUAN

Kecelakaan lalu lintas merupakan salah satu penyebab terbanyak terjadinya cedera kepala. Korban umumnya berusia muda atau dalam usia produktif dan merupakan masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia, khususnya di negara berkembang. Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2006 kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab kematian urutan kesebelas di seluruh dunia, menelan korban jiwa sekitar 1,2 juta manusia setiap tahun (Depkes RI, 2007).

Silent disaster istilah yang merujuk kepada tingginya angka kecelakaan lalu lintas sebagai “mesin pembunuh” nomor satu di Indonesia. Kecelakaan lalu lintas di jalan raya tidak didahului dengan gejala atau pertanda apapun, setiap saat, setiap waktu, kecacatan maupun terenggutnya nyawa akibat kecelakaan lalu lintas ini bisa terjadi. Kecelakaan dapat saja terjadi pada setiap saat dan di mana saja. Namun kecelakaan itu lebih sering terjadi pada keadaan manusia bergerak atau berlalu lintas. Dan lalu lintas itu terjadi hampir pada setiap detik kehidupan manusia dan terjadi dimana-mana (Bustan, M.N, 2007).

Menurut World Health Organization tahun (WHO) tahun 2004, Case Rate (CFR) cedera akibat kecelakaan lalu lintas tertinggi di jumpai di beberapa Negara Amerika Latin (41,7%), Korea Selatan (21,9%). Dari seluruh kecelakaan yang ada WHO mencatat bahwa, 90% kecelakaan lalu lintas dengan cedera kepala banyak terjadi di negara berkembang seperti Indonesia. Kecelakaan lalu lintas dengan cedera kepala penting diketahui, karena

kecelakaan lalu lintas dapat mengakibatkan kematian serta kerugian lainnya. Tercatat di data kepolisian Republik Indonesia tahun 2011 mencapai 108.696 jumlah kecelakaan dengan 31.195 korban meninggal dan 35.285 mengalami luka berat, dan 55,1% dari data tersebut mengalami cedera kepala.

Cedera kepala merupakan masalah yang sering ditemukan dimasyarakat dengan tingkat disabilitas tinggi. Cedera kepala merupakan salah satu masalah kesehatan yang dapat menyebabkan gangguan fisik dan mental yang kompleks. Gangguan yang ditimbulkan bersifat sementara maupun menetap, seperti defisit kognitif, psikis, intelektual, serta gangguan fisiologis lainnya (Kadek, 2014).

Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai adanya perdarahan interstisial dalam substansi otak, sedangkan trauma serebral adalah suatu bentuk trauma yang dapat mengubah kemampuan otak dalam menghasilkan keseimbangan aktivitas fisik, intelektual, emosional, sosial dan pekerjaan (Krisanty, 2009).

Diperkirakan 100.000 orang meninggal setiap tahunnya akibat cedera kepala, dan lebih dari 700.000 mengalami cedera cukup berat yang memerlukan perawatan di rumah sakit. Dua per tiga dari kasus ini berusia di bawah 30 tahun dengan jumlah laki-laki lebih banyak dari wanita. Lebih dari setengah dari semua pasien cedera kepala berat mempunyai signifikansi terhadap cedera bagian tubuh lainnya (Smeltzer, 2002).

Berdasarkan berat-ringannya cedera kepala dibagi menjadi tiga bagian yaitu cedera

kepala ringan adalah Glasgow Coma Scale 13-15, amnesia kurang dari 30 menit, Cedera kepala sedang adalah Glasgow Coma Scale 9-12, penurunan kesadaran 30 menit - 24 jam, dan cedera kepala berat adalah Glasgow Coma Scale 3-8, penurunan kesadaran lebih dari 24 jam sampai berhari-hari. (Krisanty, 2009).

Cedera kepala ini menimbulkan resiko yang tidak ringan. Resiko utama pasien yang mengalami cedera kepala adalah kerusakan otak akibat perdarahan atau pembengkakan otak sebagai respon terhadap cedera dan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial. Peningkatan tekanan intrakranial akan mempengaruhi perfusi serebral dan menimbulkan distorsi dan herniasi otak.

Manifestasi klinis cedera kepala meliputi gangguan kesadaran, konfusi, abnormalitas pupil, awitan tiba-tiba defisit neurologik, dan perubahan tanda - tanda vital. Gangguan penglihatan dan pendengaran, disfungsi sensori, kejang otot, sakit kepala, vertigo, gangguan pergerakan, kejang dan banyak efek lainnya juga mungkin terjadi pada pasien cedera kepala (Smeltzer & Bare, 2006).

Berdasarkan laporan sensus harian penyakit di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum daerah Ulin Banjarmasin dalam periode 3 tahun terakhir data tahun 2014 kasus terbanyak cedera kepala menempati peringkat pertama dengan jumlah pasien 1.188 orang. Data tahun 2015 masih menempati urutan 10 besar penyakit, cedera kepala jumlah pasien 1.012 orang dan data tahun 2016 jumlah pasien cedera kepala dari bulan Januari-Juni berjumlah 559 orang.

Instalasi Gawat Darurat sebagai gerbang utama penanganan kasus gawat darurat di rumah sakit memegang peranan penting dalam dalam upaya penyelamatan hidup pasien khususnya cedera kepala (Yulius, 2010). Unit tersebut berperan penting sebagai pintu pertama dalam menyelamatkan kondisi pasien. Kondisi spesifik di IGD yaitu harus cepat dalam memberikan pelayanan, cepat dalam mengambil keputusan untuk bisa memberika tindakan medis dan keperawatan secara tepat, cepat, aman dan efektif (Kadek Artwan, 2013).

Terdapat tiga tipe sistem penilaian trauma. Tipe pertama berdasarkan anatomi, tergantung diskripsi cedera. Tipe kedua berdasarkan fisiologi di dapat dari observasi dan pengukuran tanda-tanda vital untuk menentukan tingkat penurunan fisiologi akibat cedera. Tipe ketiga adalah kombinasi sistem penilaian anatomis dan fisiologis (Carolina Salim, 2015).

Untuk itu akan dikenal istilah Glasgow Koma Scale (GCS) dan Resived Trauma Score (RTS). Glasgow Coma Scale (GCS) merupakan instrumen standar yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kesadaran pasien. Revised Trauma Score (RTS) menilai sistem fisiologis manusia secara keseluruhan. Instrumen RTS merupakan hasil penyempurnaan instrumen GCS untuk menilai kondisi awal pasien trauma kepala (Kadek Artawan, 2013).

Penilaian awal pasien trauma kepala dapat dilakukan dengan beberapa cara, diantaranya adalah Glasgow Coma Scale (GCS) dan Revised Trauma Score (RTS). Penilaian GCS berdasarkan respon mata, verbal, dan motorik, sedangkan penilaian RTS berdasarkan GCS,

tekanan darah sistolik, dan frekuensi pernafasan pasien.

Penilaian RTS dilakukan segera setelah pasien cedera, umumnya saat sebelum masuk rumah sakit atau ketika berada di unit gawat darurat. Revised trauma score telah divalidasi sebagai metode penilaian untuk membedakan pasien memiliki prognosis baik atau buruk. Penilaian RTS dapat mengidentifikasi lebih dari 97% orang yang akan meninggal jika tidak dilakukan perawatan (Fedakar, Aydiner, & Ercan, 2007).

Revised Trauma Score adalah sistem penilaian fisiologis, dengan tinggi realibilitas antar penilai dan akurasi ditunjukkan dalam memprediksi kematian. RTS ini mencetak tujuan dari pengaturan data pertama yang diperoleh pada pasien, dan terdiri dari Glasgow Coma Scale, Tekanan darah sistolik dan Respiratory Rate (Francis, Erin, & Benedict, 2010).

Revised trauma score (RTS) adalah satu skor fisiologis yang lebih umum. Menggunakan 3 parameter sebagai berikut : (1) Skala Glasgow Koma (GCS), (2) Tekanan darah sistolik (SBP) dan (3) frekuensi pernafasan (RR). Skor bernilai dari 0-4. Semakin rendah nilai RTS maka akan semakin memperburuk keadaan pasien. Adapun tingkat keparahan RTS dapat di kategorikan dengan nilai (1) Serius (<6), (2) Berat (7-8), (3) Sedang (9-10) dan (4) Ringan (11-12) (Padila, 2013).

Kondisi serius dari hasil RTS maka kondisi perlu diperhatikan untuk melakukan tindakan intensif, Semakin rendah RTS maka akan semakin memperburuk keadaan pasien.

Kondisi kritis mengharuskan melakukan tindakan cepat, tepat, dan akurat, dalam penanganan untuk meminimalisir terjadinya angka mortalitas yang terjadi dalam trauma otak. Kondisi stabil pada pasien, apabila menunda dalam penanganan terhadap pasien baik dalam kategori sedang dan ringan untuk hal ini bisa dapat meningkatkan status kondisi pasien dari kondisi sedang ke berat apabila penanganan kurang tepat.

Berdasarkan nilai GCS, SBP, RR setelah di kali dengan nilai konstantanya. Lalu di jumlah dan menemukan hasil Revised Trauma Score. Dari hasil penjumlahan akan menemukan resiko terjadi keburukan seseorang (Jin, Shao, He, et al, 2006).

Hasil penelitian dari Khayat, Sharifipoor, Rezaei, et al; (2014), Revised Trauma score memiliki aplikasi universal di bidang pra-rumah sakit dan memberikan gambaran tentang keadaan fisiologis pasien trauma, beberapa studi menunjukkan keandalan Revised Trauma Score prediksi konsekuensi berikutnya kecelakaan. Salah satu penting dari aplikasi seperti skala adalah memprediksi angka kematian pada pasien trauma dan pilihan lebih kritis untuk pengobatan dan perawatan pasien trauma yang khusus.

Penelitian dari Fedakar, Aydiner & Ercan, (2007) mendapatkan hasil cedera yang mengancam jiwa dengan proporsi 35,2% kasus yang diperiksa. Penilaian menggunakan GCS, RTS, ISS, NISS, dan TRISS untuk mengetahui keparahan cedera yang mengancam nyawa dengan presentase GCS (74,8%) dan RTS (

76,9%), ISS (88,7%), NISS (86,6%), dan TRISS (68,8%).

Penelitian ini lebih mengutamakan nilai cedera menggunakan TRISS lebih akurat. Revised Trauma Score digunakan dalam penelitian untuk menilai tingkat kesadaran, tekanan darah sistolik, dan pernafasan terhadap pasien, sehingga Revised Trauma Score juga dapat menilai trauma dengan resiko mengancam jiwa.

Berdasarkan latar belakang di atas karena banyaknya pasien dengan kasus cedera kepala maka diperlukan gambaran status fisiologis cidera kepala yang beresiko mengancam jiwa, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul : “Gambaran status fisiologis pada pasien cedera kepala di IGD RSUD Ulin Banjarmasin”.

BAHAN DAN METODE

Peneliti menggunakan rancangan penelitian *deskriptif*. Metode penelitian *nonprobability sampling* dengan jenis *purposive Sampling*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien cedera kepala yang datang ke IGD RSUD Ulin Banjarmasin dengan jumlah 559 orang. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 80 orang.

HASIL

1. Karakteristik Responden

a. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di IGD RSUD Ulin Banjarmasin.

Tabel 1 Distribusi Frekuensi berdasarkan jenis kelamin

No	Jenis kelamin	Jumlah	Persentase (%)
1	Laki – laki	52	65

2	Perempuan	28	35
Jumlah		80	100

Dari tabel di atas dapat di lihat bahwa dari 80 responden, yang berjenis kelamin laki – laki sebanyak 52 orang (65%), sedangkan yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 28 orang (35%)

b. Karakteristik responden berdasarkan umur di IGD RSUD Ulin Banjarmasin.

Tabel 2 Distribusi Frekuensi berdasarkan umur

No	Umur (tahun)	Jumlah	Persentase (%)
1	Kanak-kanak (5-11)	9	11,2
2	Remaja (12-25)	34	42,5
3	Dewasa (26-45)	28	35
4	Lansia (46-65)	7	8,8
5	Manula (≥ 65)	2	2,5
Jumlah		80	100

Dari 2 dapat di lihat dari 80 responden, yang berumur 5-11 tahun sebanyak 9 orang (11,2%), yang berumur 12-25 tahun sebanyak 34 orang (42,5%), yang berumur 26-45 tahun sebanyak 7 orang (8,8%) ,dan yang berumur ≥ 65 tahun sebanyak 2 orang (2,5%).

c. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan di IGD RSUD Ulin Banjarmasin.

Tabel 3 Distribusi Frekuensi berdasarkan pendidikan

No	Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
1	Tidak lulus sekolah	2	2,5
2	SD/ sederajat	15	18,8
3	SMP/ Sederajat	17	21,2
4	SMA/ Sederajat	41	51,2
5	Perguruan Tinggi	5	6,2
Jumlah		80	100

Dari tabel 3 dapat di lihat dari 80 responden, yang berpendidikan TK sebanyak 2 orang (2,5%), yang berpendidikan SD sebanyak 15 orang (18,8%), yang berpendidikan SMP

sebanyak 17 orang (21,2%), yang berpendidikan SMA sebanyak 41 orang (51,2%) dan yang berpendidikan DIII sebanyak 4 orang (6,2%).

2. Analisis Univariat

a. Cedera Kepala

Tabel 4 Distribusi Frekuensi Cedera Kepala di IGD RSUD Ulin Banjarmasin

No	Cedera Kepala	Jumlah	Persentase (%)
1	Ringan	62	77,5
2	Sedang	9	11,2
3	Berat	9	11,2
Jumlah		80	100

Pada tabel 4 berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terbanyak responden mempunyai nilai Cedera Kepala ringan adalah berjumlah 62 orang (77,5%) dari total responden.

b. Status Fisiologis

Tabel 5 Distribusi Frekuensi Status Fisiologis di IGD RSUD Ulin Banjarmasin

No	Status Fisiologis	Jumlah	Persentase (%)
1	Ringan	65	81,2
2	Sedang	6	7,5
3	Berat	3	3,8
4	Serius	6	7,5
Jumlah		80	100

Pada tabel 5 berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terbanyak responden mempunyai nilai status fisiologis ringan adalah berjumlah 65 orang (81,2%) dari total responden.

PEMBAHASAN

a. Status Fisiologis

Berdasarkan tabel didapatkan hasil penelitian bahwa nilai status fisiologis pada pasien cedera kepala di IGD RSUD Ulin Banjarmasin adalah status Fisiologis ringan 65

orang responden (81,2%), Status Fisiologis sedang 6 orang responden (7,5%), status fisiologis berat 3 orang responden (3,8%), dan status fisiologis serius 6 orang responden (7,5%).

Status fisiologis adalah menilai kondisi dinamis yang akut yang didapat dari observasi dan pengukuran tanda-tanda vital. Untuk itu dikenal istilah Revised Trauma Score (RTS) menilai sistem fisiologis manusia secara keseluruhan. Instrumen RTS merupakan hasil penyempurnaan instrumen GCS untuk menilai kondisi awal pasien trauma kepala (Kadek Artawan, 2013).

Revised trauma score (RTS) adalah sistem penilaian fisiologis, dengan tinggi reabilitas antara penilai dan akurasi ditunjukkan dalam memprediksi kematian. (Francis, Erin, 2010).

Penilaian status fisiologis Menggunakan 3 parameter sebagai berikut : (1) Skala Glasgow Koma (GCS), (2) Tekanan darah sistolik (SBP) dan (3) frekuensi pernafasan (RR). Skor bernilai dari 0-4. Semakin rendah nilai RTS maka akan semakin memperburuk keadaan pasien. Adapun tingkat keparahan RTS dapat di kategorikan dengan nilai (1) Serius (<6), (2) Berat (7-8), (3) Sedang (9-10) dan (4) Ringan (11-12) (Padila, 2013).

Status Fisiologis pasien dengan cedera kepala harus segera mungkin diperhatikan untuk dapat menentukan tindakan yang akurat demi pemulihan pasien cedera kepala.

Berdasarkan hasil penelitian di IGD RSUD Ulin Banjarmasin didapatkan Hasil terbanyak dari status fisiologis adalah dalam kondisi ringan. Dimana penilaian status

fisiologis ini dilakukan segera setelah pasien cedera ketika berada di unit gawat darurat.

Status fisiologis dalam kondisi ringan dipengaruhi oleh nilai dari GCS yang berkisar antara 13-15, SBP >89 Dan RR 10-29. Dalam kondisi status fisiologis ringan dapat dikatakan pasien dalam kondisi yang stabil. Dari pengamatan responden skor status fisiologis ringan dikarenakan akibat benturan yang ringan dan tidak mengalami penurunan kesadaran, pusing, serta dapat mengalami luka lecet atau laserasi kulit kepala.

Walaupun status fisiologis dalam kondisi ringan tetapi jangan menunda dalam penanganan terhadap pasien, dimana dalam kategori ini apabila penanganan kurang tepat maka dapat meningkatkan status kondisi pasien dari ringan ke sedang.

Penelitian ini didukung oleh penelitian dari Moore, Lavoie, Abdous et al (2006) menyatakan status fisiologis dalam nilai persentasi dalam kondisi ringan atau sedang dapat dikatakan kondisi yang stabil pada pasien, akan tetapi jangan menunda penanganan terhadap pasien dalam kategori ringan dan sedang karena dapat meningkatkan status kondisi pasien dari kondisi sedang ke berat apabila penanganan kurang tepat terhadap pasien.

Status fisiologis kondisi berat yaitu sama dengan status Fisiologis serius di mana dikatakan dalam keadaan kritis terhadap pasien sehingga sehingga mengharuskan tindakan cepat, tepat, dan akurat dalam penanganan untuk meminimalisir terjadinya angka mortalitas yang tinggi dalam traumatik.

Status Fisiologis dalam nilai persentasi dalam kondisi serius maka kondisi ini dalam keadaan yang perlu diperhatikan untuk melakukan tindakan yang intensif, hal ini menunjukkan semakin rendah nilai status fisiologis maka akan semakin memperburuk keadaan pasien.

b. Cedera Kepala

Berdasarkan tabel hasil penelitian cedera kepala di IGD RSUD Ulin Banjarmasin adalah cedera kepala ringan 62 orang responden (77,5%), cedera kepala sedang 9 orang responden (11,2%), dan cedera kepala berat 9 orang responden (11,2%).

Brain Injury Association of Amerika (2006), mengemukakan bahwa cedera kepala adalah suatu kerusakan pada kepala yang bukan bersifat kongenital maupun degeneratif, tetapi disebabkan serangan atau benturan fisik dari luar yang dapat mengurangi atau mengubah kesadaran yang menimbulkan kerusakan kemampuan kognitif dan fungsi fisik.

Cedera kepala dapat terjadi akibat benturan pada kepala yang terjadi pada 3 jenis keadaan yaitu kepala diam dibentur oleh benda yang bergerak, kepala bergerak dibentur oleh benda yang diam, dan kepala yang tidak dapat bergerak kaarena bersandar pada benda yang lain dibentur oleh benda yang bergerak.

Berdasarkan berat-ringannya cedera kepala dibagi menjadi tiga bagian yaitu cedera kepala ringan adalah Glasgow Coma Scale 13-15, amnesia kurang dari 30 menit, Cedera kepala sedang adalah Glasgow Coma Scale 9-12, penurunan kesadaran 30 menit - 24 jam, dan cidera kepala berat adalah Glasgow Coma Scale

3-8, penurunan kesadaran lebih dari 24 jam sampai sehari-hari. (Krisanty, 2009).

Manifestasi klinis cedera kepala meliputi gangguan kesadaran, konfusi, abnormalitas pupil, awitan tiba-tiba defisit neurologik, dan perubahan tanda - tanda vital. Gangguan penglihatan dan pendengaran, disfungsi sensori, kejang otot, sakit kepala, vertigo, gangguan pergerakan, kejang dan banyak efek lainnya juga mungkin terjadi pada pasien cedera kepala (Smeltzer & Bare, 2006).

Cedera kepala ringan Jika GCS (Skala Koma Glasgow) antara 15-13, dapat terjadi kehilangan kesadaran kurang dari 30 menit, tidak terdapat fraktur tengkorak, kontusio atau hematoma. tidak kehilangan kesadaran, Satu kali atau tidak ada muntah, Stabil dan sadar, Dapat mengalami luka lecet atau laserasi di kulit kepala, dan Pemeriksaan lainnya normal (Mansjoer Arif, 2002).

Berdasarkan penelitian ini jumlah sebagian besar responden menunjukkan dalam keadaan cedera kepala ringan yaitu dengan nilai GCS (15-13) yaitu dari 80 responden, 65 orang (77,5%) mengalami cedera kepala ringan. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Agustriana (2010), menyatakan bahwa di Rumah Sakit Cipto Mangunkusomo Jakarta pada tahun 2014 terjadi 750 kasus cedera kepala dengan presentase CKR (80%), (CKS 10%), dan CKB (10%).

Berdasarkan penelitian Nurfaise (2012), penyebab cedera kepala dipengaruhi oleh mekanisme cedera kepala antara lain kecelakaan lalu lintas, kecelakaan kerja, jatuh dan tindakan kekerasan.

Mekanisme penyebab utama cedera kepala pada penelitian ini adalah kecelakaan lalu lintas, yang terjadi salah satunya karena tidak menghargai pengguna jalan yang lain yang hanya menuruti keegoisan diri sendiri seperti memotong jalan kendaraan tanpa haluan, memacu kecepatan kendaraan tanpa terkendali, melanggar rambu-rambu lalu lintas, hal ini merupakan kelalaian pengemudi yang dapat merugikan orang lain maupun dirinya sendiri.

Kecelakaan adalah suatu kejadian tak terduga dan tidak dikehendaki yang mengacaukan proses suatu aktifitas yang telah diatur (Sulaksmono 2007). Kecelakaan terjadi tanpa disangka-sangka dalam sekejap mata, dan setiap kejadian terdapat empat faktor dalam satu kesatuan berantai, yakni ; lingkungan, bahaya, peralatan dan manusia (Bennett, 2015).

Kecelakaan dapat saja terjadi pada setiap saat dan di mana saja. Namun kecelakaan itu lebih sering terjadi pada keadaan manusia bergerak dan berlalu lintas dan lalu lintas itu terjadi hampir pada setiap detik kehidupan manusia dan terjadi dimana-mana.

Menurut penelitian Smeltzer (2002), dua pertiga dari kasus cedera kepala lebih banyak jumlah laki-laki dan perempuan dan dalam usia produktif.

Hasil penelitian Mariana (2014), menunjukkan bahwa jumlah jenis kelamin laki-laki yang terlibat kecelakaan cenderung mengalami peningkatan kasus tiap tahunnya. Jumlah korban laki-laki yang mengalami kecelakaan dari tahun 2005-2006 meningkat sebesar 83.6% (33 korban menjadi 46 korban), tapi pada tahun 2007 mengalami penurunan

menjadi 35 korban (81.4%), pada tahun 2008 kembali mengalami peningkatan dengan 81 korban (75.7%), hingga tahun 2009 meningkat sebanyak 89 korban (78.8%).

Berdasarkan penelitian ini penderita korban cedera kepala yang terbanyak adalah laki-laki yaitu 53 orang responden (65%) dan perempuan 28 orang responden (28%). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi Amin (2008) di Makassar yang menunjukkan bahwa korban/pelaku kecelakaan lalu lintas yang berjenis kelamin laki-laki lebih banyak dibanding jenis kelamin perempuan yaitu laki-laki dengan jumlah kasus sebanyak 252 kasus (88%) sedangkan perempuan 36 kasus (13%).

Hal ini disebabkan karena kaum laki-laki pada usia produktif ini notabene memiliki peran aktif dalam melakukan aksi di jalan raya termasuk mengendarai kendaraannya terutama sepeda motor yang paling banyak dikendarai oleh pengemudi laki-laki dan hal ini disebabkan karena mobilitas yang tinggi dikalangan usia produktif sedangkan kesadaran untuk menjaga keselamatan di jalan raya rendah.

Jenis kelamin sehubungan dengan kejadian suatu masalah kesehatan juga berhubungan dengan aktifitas yang dilakoni berbeda dengan antara laki-laki dan perempuan, dimana pada laki-laki memiliki aktifitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan sehingga kontaminasi dengan berbagai faktor resiko penyebab penyakit pun lebih tinggi pada laki-laki.

Pada kejadian kecelakaan lalu lintas, aspek jenis kelamin juga menjadi bahan

pertimbangan terhadap interpretasi tingginya kejadian kecelakaan lalu lintas terutama di jalan raya. Hal ini disebabkan karena pada individu-individu pengguna jalan raya cenderung lebih banyak yang memanfaatkan kendaraan dalam hal ini pengendara adalah pada laki-laki dibandingkan perempuan sehingga kejadian kecelakaan lalu lintas sendiri pun lebih cenderung pada laki-laki dibandingkan perempuan.

Hasil penelitian ini korban cedera kepala terbanyak yaitu remaja usia 12-25 tahun 34 orang (42,5%), dewasa usia 26-45 tahun 28 orang (35%), kanak-kanak usia 5-11 tahun 9 orang (11,2%), lansia usia 46-65 tahun 7 orang (8,8%), dan manula usia ≥ 65 tahun 2 orang (2,5%).

Berdasarkan hasil penelitian, bahwa umur 20-29 dan 30-39 tahun lebih banyak mengalami kecelakaan lalu lintas, dikarenakan pada umur ini lebih banyak melakukan aktifitas diluar rumah, selain itu mereka juga memiliki pengalaman yang masih kurang terhadap sistem jalan, sehingga kurang mampu untuk memperkirakan atau bereaksi terhadap situasi yang berbahaya mendapat kecelakaan.

Kemudian pada kelompok umur 10-19 tahun juga rentan mengalami kecelakaan lalu lintas dengan alasan selain memiliki pengalaman yang kurang tentang sistem jalan juga disebabkan karena faktor perilaku. Biasanya remaja mengendarai kendaraannya secara sembrono atau ugal-ugalan, apalagi jika mengendarai kendaraan sepeda motor biasanya cenderung terlibat aksi kebut-kebutan di jalan, bisa saja hal ini merupakan salah satu situasi

yang sangat berbahaya untuk mendapatkan kecelakaan.

Sedangkan umur 50-99 dan 60 tahun keatas lebih sedikit mengalami kecelakaan lalu lintas dikarenakan oleh makin menuanya seseorang maka lebih lambat reaksi-reaksinya dan penglihatannya akan rusak, akan tetapi mereka akan cenderung untuk mengemudi kendaraan lebih lambat sebagai kompensasi dari keadaan tersebut. Selain itu, mereka juga mempunyai pengalaman yang lebih banyak dalam mengemudi kendaraan.

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang didapatkan oleh Icawati (2003) di Makassar, yang melakukan penelitian tentang karakteristik pasien korban kecelakaan lalu lintas yang dirawat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Labuang Baji Makassar periode Januari-Desember 2002. Hasil penelitian tersebut mendapatkan bahwa dari 327 kasus kecelakaan lalu lintas sebanyak 204 kasus terjadi pada golongan umur 15-49 tahun, 31 kasus kecelakaan menimpa golongan umur diatas 50 tahun dan 81 kasus terjadi pada golongan di bawah umur 15 tahun.

Hal yang sama juga didapatkan oleh hasil penelitian Pratiwi Amin (2008) yang melakukan penelitian tentang gambaran epidemiologi kecelakaan lalu lintas di Polwiltabes Makassar tahun 2003-2007. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa, kelompok umur tertinggi terdapat pada usia 20-28 tahun (37%). Sedangkan yang terendah adalah kelompok umur 4-12 tahun dan 68-76 tahun masing-masing sebesar 1,7% (5 kasus).

Tingkat pendidikan mempunyai pengaruh terhadap program peningkatan pengetahuan secara langsung dan secara tidak langsung terhadap perilaku. Pada umumnya yang berpendidikan rendah mempunyai ciri sulit untuk diajak bekerjasama dan kurang terbuka terhadap pembaruan. Pengetahuan dan kognitif merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentunya tindakan seseorang. Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Ariwibowo, 2013).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ariwibowo menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik pula pola pikirnya dalam mencerna informasi-informasi yang dapat mendasari pola perilaku orang tersebut. Walaupun tingkat pendidikan bukan merupakan satu-satunya faktor yang mendukung pola pikir seseorang namun dengan tingginya tingkat pendidikan seseorang maka seseorang tersebut cenderung lebih mudah menerima perubahan yang bersifat baik sedangkan seseorang yang tidak memiliki dasar tingkat pendidikan yang berkelanjutan akan bersifat tertutup dan sulit untuk menerima perubahan perilaku tersebut.

Dari hasil penelitian didapatkan ini korban cedera kepala terbanyak yaitu pendidikan SMA sebanyak 41 orang (51,2%), yang berpendidikan SMP sebanyak 17 orang (21,2%), yang berpendidikan SD sebanyak 15 orang (18,8%), dan yang berpendidikan DIII sebanyak 4 orang (6,2%).

Korps daerah Jawa Tengah resor kota Surakarta mencatat terdapat 1416 kasus kecelakaan lalu lintas ditinjau dari tingkat pendidikan, menunjukkan pendidikan SMA lebih banyak mengalami kecelakaan lalu lintas. Sepanjang tahun 2011 terdapat 550 kasus kecelakaan lalu lintas yaitu tingkat pendidikan SMA 325 orang, SMP 150 orang, dan perguruan tinggi 75 orang.

KESIMPULAN

1. Gambaran status fisiologis pada pasien cedera kepala di IGD RSUD Ulin Banjarmasin sebagian besar adalah Ringan yaitu 65 orang responden sebanyak (81,2%).
2. Karakteristik berdasarkan cedera kepala sebagian besar adalah ringan yaitu 62 orang responden (77,5%), berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki yaitu 52 orang responden (65%), berdasarkan umur sebagian besar adalah Remaja usia 12-25 tahun yaitu 34 orang responden (66,2%), dan berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar adalah SMA yaitu 41 orang responden sebanyak (51,2%)

SARAN

1. Teoritis
 Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi atau masukan bagi perkembangan ilmu kesehatan dan dapat menambah pengetahuan tentang gambaran status fisiologis cedera kepala.
2. Rumah sakit
 Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk meningkatkan profesionalisme dalam upaya memberikan pelayanan dan intervensi keperawatan kasus cedera kepala

khususnya penilaian status fisiologis pada pasien cedera kepala.

3. Peneliti selanjutnya
 Penelitian ini dapat memberikan informasi dan data dasar untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut yang terkait dengan gambaran status fisiologis cedera kepala. Dihubungkan dengan variabel lain seperti angka mortalitas pasien cedera kepala.
4. Akademis
 Sebagai literatur dan tambahan informasi tentang ilmu keperawatan kegawatdaruratan khususnya gambaran status fisiologis cedera kepala dalam penilaian status fisiologis.
5. Perawatan
 Menambah pengetahuan perawat tentang gambaran status fisiologis pasien cedera kepala dan dapat di aplikasikan di masing-masing rumah sakit terutama di IGD.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin MZ. (2013). *Cedera Kepala: Sagung Seto*.
- Artawan Kadek. (2013). *Perbandingan Glasgow Coma Scale (GCS) dan Revised Trauma Score (RTS) dalam Memprediksi Disabilitas pasien trauma kepala di Ruang Unit Gawat Darurat RSUP Sanglah*. Tesis Naskah Publikasi. Magister/S2 Keperawatan Gawat Darurat Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
- Ari wibowo. (2013). *Ilmu Psikologi*. Jakarta; PT. Rineka cipta.
- Aziz Alimul Hidayat. (2014). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Salemba Medika; Jakarta.
- Asrul. (2009). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Geriya insani.

- Brain Injury Association Of America. (2006). To the housecommite on energy and commerce subcommittee on health. America: CDC, 1-3 (accessed 10 Juni 2016). [Http://www.nashia.org/pdf](http://www.nashia.org/pdf).
- Bustan. M.N. (2007). Epidemiologi Penyakit Tidak Menular. Jakarta; PT. Rineka cipta.
- Departemen Dalam Negeri Undang-Undang Republik Indonesia. (2007). Tentang Kesehatan no 36 tahun 2007. (Homepage on the internet). Available from: <http://www.depdagri.go.id>.
- Didik Pamungkas. (2015). Hubungan Antara Revised Trauma Score Dengan Angka Mortalita Pada Pasien Cedera Kepala Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Skripsi Naskah Publikasi. STIKES Surakarta Kusuma Husada.
- Doenges, Marilyn E. (2000). Rencana Asuhan Keperawatan Edisi 4 (terjemahan). Jakarta: EGC.
- Darma (2012). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka cipta.
- Dr Risdianto Ajid. (2013). Cedera Kepala. Jakarta: Sagung Seto.
- Fedakar R, Aydiner AH, Ercan I. (2007). A Comparison of “ life threatening injury” concept in the Turkish Penal code and trauma s. Turkish Journal of trauma& Emergency Surgery, 13(3), 192-198.
- Francis A , Erin A, Benedict. (2010). CHAPTER 26: Pediatric Injury Scoring and Trauma Registry. 164-171. (accessed 23 juni 2016).
- Hemigway, H, croft, P., et al. (2013). Prognosis Research Strategy (PROGRESS): A framework for reserching clinical outcome. BMJ, 346, 1-11.
- Japardi, I. (2007). Cedera Kepala: Memahami aspek-aspek penting dalam pengelolaan penderita cedera kepala. Jakarta; PT Bhuana Ilmu Populer.
- Jin JF, Shao JF, He XJ.(2006). Application Of Resived Trauma Evaluation program in emergency treatment of multiple injuries.
- Khayat , N.H. Sharifipoor, H Rezei M.A. (2014). Correllation Of Revised Trauma Score With Mortality Rate Of Traumatic Patients Within The First 24 Hours Of Hospitalization. ZJRMS, 16(11), 33-36.
- Krisanty P, M, W. (2009). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta; Trans Info Media.
- Mansjoer Arif. (2002). Kapita Selekt Kedokteran. Jilid 2. Jakarta: EGC.
- Moore, L. Lavoie, A. Abdous, B (2006). Unification Of The Revised Trauma Score. J Trauma, 61, 718-722.
- Muttaqin Arif. (2012). Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta: Salemba Medika.
- Nileshwar Anitha. (2014). Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi 2. Tangerang Selatan: Karisma Publishing Group.
- Notoatmodjo. (2012). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka cipta.
- Nurarif Huda Amin, Kusuma Hardhi. (2013). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Nanda NIC-NOC. Yogyakarta: Media Action.
- Nursalam. (2011). Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Padila. (2012). Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta: Nuhamedika.
- Rezaei Ali Mohammad, et.al. (2014). Correlltion Of Revised Trauma Score With Mortality Rate Of Ttrumatic Patients Within the First 24 Hours Of Hospitalization: Zahedan Journal of Research in medical Sciences.

<http://www.zjrms.ir>. Diakses Pada Tanggal 24 Juni 2016.

Riyanto Agus. (2013). Statistik Deskriptif untuk kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika.

Salim Carolina. (2015). Sistem Penilaian Trauma score. J Trauma, 61, 718-722: Jurnal <Http://ejournal.unsrat.ac.id>. Diakses pada tanggal 16 juni 2016.

Shenoy Rajgopal K. (2014). Buku Ajar Ilmu Bedah. Tangerang: Karisma Publishing Group.

Smeltzer. S. Barre.(2002). Medical Surgical Nursing. Philadelphia; Davis plus.

Sumarno Makam et.,al. (2012). Cidera Kepala. Balai Penerbit FK UI Jakarta.

Suriadi. (2013). Asuhan Keperawatan pada anak. Edisi I. Jakarta: CV Sagung Seto.

Williams Lippincott. (2009). Kapita Selekta Penyakit Dengan Implikasi Keperawatan. Jakarta: EGC.

World Health Organization. (2004). Motorcycle-related road traffic crashes in kenya facts& figures.