

**EVALUASI MANAJEMEN PENANGANAN CEDERA KEPALA
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD ULIN BANJARMASIN**

NASKAH PUBLIKASI



Oleh:
Arlita Melinda Christy Lesar
NIM: 14.IK.377

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SARI MULIA
2018**

HALAMAN PENGESAHAN

**EVALUASI MANAJEMEN PENANGANAN CEDERA KEPALA
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD ULIN BANJARMASIN**

Oleh
Arlita Melinda Christy Lesar
NIM: 14.IK.377

NASKAH PUBLIKASI

Telah Disahkan Oleh Pembimbing pada Tanggal 27 Agustus 2018

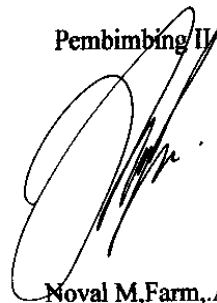
Banjarmasin, 27 Agustus 2018

Pembimbing I



Bagus Rahmat Santoso, S.Kep.Ns.,M.Kep
NIK. 19.44.2009.024

Pembimbing II



Noval M. Farm., Apt
NIK. 19.44.2017.142

EVALUASI MANAJEMEN PENANGANAN CEDERA KEPALA DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD ULIN BANJARMASIN

Arlita Melinda Christy Lesar^{1*}, Bagus Rahmat Santoso¹, Noval¹

¹Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sari Mulia

*Korespondensi Penulis. Telepon: 081250505299, E-mail: Lita.Christy99@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Setiap tahun diperkirakan terdapat 1,4 juta kasus cedera kepala dengan lebih dari 1,1 juta yang datang ke IGD dan data dari rekam medik RSUD Ulin Banjarmasin pada tahun 2016 cedera kepala masuk dalam 10 besar penyakit bedah terbanyak yang harus segera dilakukan penanganan airway, breathing, circulation, disability, exposure dan farmakologi yang jika tidak dilakukan dengan benar dapat menyebabkan penurunan kesadaran bahkan kematian.

Tujuan: Untuk mengetahui manajemen penanganan cedera kepala di IGD RSUD Ulin Banjarmasin pada periode April 2018.

Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode deskriptif. Subjek penelitian ini pasien yang masuk di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ulin Banjarmasin dalam periode April 2018 yang didiagnosis cedera kepala.

Hasil: Penanganan cedera kepala yang dilakukan pada 30 pasien, dilakukan dengan baik pada 9 (30%) pasien cedera kepala berat (CKB), 4 (13,3%) pasien cedera kepala sedang (CKS), 2 (7%) pasien cedera kepala ringan (CKR) dan cukup pada 15 (50%) pasien CKR. disimpulkan bahwa evaluasi manajemen cedera kepala di IGD RSUD Ulin Banjarmasin sebagian besar sesuai SOP (*Standart Operasional Prosedur*) Dengan mengacu pada buku ITLS (*Internasional Trauma Life Support*), BLS (*Basic Life Support*) dan Medik RSUD Ulin Banjarmasin, namun *checklist* yang dibuat peneliti mengarah pada cedera kepala berat sedangkan sebagian besar pasien yang ditemukan peneliti adalah cedera kepala ringan yang tidak semua tindakan perlu dilakukan pada pasien.

Simpulan: Penanganan cedera kepala di IGD RSUD Ulin yaitu CKB dan CKS dengan predikat baik, sedangkan CKR dengan predikat cukup.

Kata Kunci : Cedera Kepala, Manajemen Cedera Kepala.

EVALUATION OF HEAD INJURY HANDLING MANAGEMENT AT EMERGENCY INSTALLATION ULIN HOSPITAL BANJARMASIN

Arlita Melinda Christy Lesar^{1*}, Bagus Rahmat Santoso¹, Noval¹

¹College of Health Sciences Sari Mulia

* Correspondence author. Telephone: 081250505299, E-mail: Lita.Christy99@gmail.com

ABSTRACT

Background: Every year there are an estimated 1.4 million head injury cases with more than 1.1 million coming to the ED and data from the medical record of Ulin Banjarmasin Regional Hospital in 2016 head injury is included in the top 10 most common surgical diseases that must be carried out immediately handling airway, breathing, circulation, disability, exposure and pharmacology which if not done properly can cause a decrease in consciousness and even death.

Purpose: To find out the management of head injury in the IGD Ulin Banjarmasin Hospital in the period April 2018.

Method: This study uses a quantitative approach with descriptive methods. The subjects of this study were patients who were admitted to the Emergency Department of Ulin Banjarmasin Hospital in the April 2018 period who were diagnosed with a head injury.

Result: Treatment of head injuries was carried out in 30 patients, performed well in 9 (30%) severe head injury (CKB) patients, 4 (13.3%) moderate head injury (CKS) patients, 2 (7%) mild head injury patients (CKR) and enough in 15 (50%) CKR patients. It was concluded that the evaluation of head injury management in EDD Ulin Banjarmasin Hospital was mostly in accordance with SOP (Standard Operational Procedure) with reference to the ITLS book (International Trauma Life Support), BLS (Basic Life Support) and Medical Ulin Banjarmasin Hospital, but the checklist made by the researcher led in severe head injuries while the majority of patients found by the researchers were minor head injuries that not all actions needed to be performed on the patient.

Conclusion: Handling head injuries in the Ulin Hospital ER is CKB and CKS with a good predicate, while CKR with sufficient predicate.

Keywords: Head Injury, Head Injury Management.

PENDAHULUAN

Cedera kepala terjadi karena adanya pukulan atau benturan mendadak pada kepala dengan atau tanpa kehilangan kesadaran (Wijaya & Putri, 2013). Setiap tahun diperkirakan terdapat 1,4 juta kasus cedera kepala dengan lebih dari 1,1 juta yang datang ke Unit Gawat Darurat. WHO (*World Health Organization*) memperkirakan pada tahun 2020 kecelakaan lalu lintas akan menjadi salah satu penyebab penyakit dan trauma ketiga paling banyak di dunia. Insiden cedera kepala di Eropa pada tahun 2010 terdapat 500 per 100.000 populasi (Irawan, 2010).

Di Indonesia cedera kepala berdasarkan hasil Riskesdas 2013 menunjukkan insiden cedera kepala dengan CFR (*Case Fatality Rate*) sebanyak 100 ribu jiwa meninggal dunia. Dan menurut profil kesehatan Indonesia tahun 2008 cedera merupakan penyebab kematian utama keempat (6,5%) untuk semua umur setelah Stroke, TB, dan Hipertensi. Pada pola 10 penyakit penyebab kematian terbanyak di rumah sakit pada pasien rawat jalan cedera menempati urutan keenam, sedangkan pada pasien rawat

inap menempati urutan keempat (Damanik, 2011).

Prevalensi cedera secara nasional adalah (8,2%) dengan prevalensi tertinggi ditemukan di Sulawesi Selatan (12,8%) dan terendah di Jambi (4,5%). Penyebab cedera terbanyak yaitu jatuh (40,9%) dan kecelakaan sepeda motor (40,6%). Penyebab cedera transportasi sepeda motor tertinggi ditemukan di Bengkulu (56,4%) dan terendah di Papua (19,4%). Proporsi terbanyak terjadi pada umur 15-24 tahun, laki-laki, tamat SMA, status pegawai, dan kuintil teratas. Dibandingkan dengan hasil Riskesdas 2007, Riskesdas 2013 menunjukkan kecenderungan peningkatan proporsi cedera transportasi darat (sepeda motor dan darat lain) dari 25,9 % menjadi 47,7 %. Sedangkan menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013 di Kalimantan Selatan menyebutkan angka kejadian cedera kepala sebesar (13,8 %) tertinggi ditemukan di kabupaten Tanah Laut (22,9%) dan terendah di Hulu Sungai Tengah (8,9%) sementara Kota Banjarmasin menduduki urutan kesembilan dengan angka kejadian (17,5%).

Data dari rekam medik RSUD Ulin Banjarmasin pada tahun 2016 cedera kepala masuk dalam 10 besar penyakit bedah terbanyak dengan kunjungan pasien dengan cedera kepala ringan mencapai 702 pasien, cedera kepala sedang 179 pasien dan cedera kepala berat 223 pasien dengan total kunjungan cedera kepala sebanyak 1.104 pasien di Instalasi gawat darurat RSUD Ulin Banjarmasin dari bulan Januari hingga November 2016 (RSUD Ulin, 2016).

Cedera kepala merupakan salah satu jenis cedera terbanyak di Instalasi gawat darurat (IGD). Dari 100% pasien trauma lebih dari 80% disertai dengan adanya cedera kepala dan sekitar 90% meninggal sebelum tiba di rumah sakit karena adanya cedera otak. Keterampilan petugas kesehatan IGD sangat dibutuhkan untuk pengambilan keputusan klinis agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan penanganan pasien (Sary, dkk, 2014).

Pada kasus cedera kepala di IGD suatu rumah sakit orang yang berperan dalam melakukan pertolongan pertama yaitu perawat. Peran perawat sangat dominan dalam

melakukan penanganan kasus cedera kepala. Maka dari itu sangat dibutuhkan manajemen yang baik dari perawat agar dapat melaksanakan pertolongan pertama dengan baik. (Sekar, 2015). Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti tertarik untuk Bagaimana Evaluasi Manajemen Penanganan Keperawatan Cedera Kepala di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ulin Banjarmasin ?

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian pendekatan kuantitatif dan metode yang digunakan yaitu deskriptif. Metode deskriptif yaitu suatu penelitian yang bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan manajemen cedera kepala di instalasi gawat darurat RSUD Ulin Banjarmasin (Notoatmodjo, 2012).

HASIL PENELITIAN

Pasien dalam penelitian ini adalah pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Ulin Banjarmasin yang diambil menggunakan teknik Accidental sampling dimana pasien memenuhi kriteria yang ditentukan pada tanggal 01 sampai 30 April 2018. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data sebagai berikut:

Tabel 1 Karakteristik Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin

Kategori	Frekuensi	Presentasi
Laki-laki	20	66,7%
Perempuan	10	33,3%
Jumlah	30	100,0%

Berdasarkan table 1 karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin diketahui dari 30 pasien, jenis kelamin terbanyak adalah Laki-laki.

Tabel 2 Karakteristik Pasien Berdasarkan Usia

Kategori	Frekuensi	Presentasi
20 tahun	9	30,0%
30 tahun	5	16,7%
40 tahun	6	20,0%
50 tahun	6	20,0%
80 tahun	4	13,3%
Jumlah	30	100,0%

Berdasarkan table 2 karakteristik pasien penilaian dari individu berdasarkan usia diketahui dari 30 pasien, usia terbanyak adalah usia >20 tahun.

Tabel 3 Karakteristik Pasien Berdasarkan Pekerjaan

Kategori	Frekuensi	Presentasi
Wiraswasta	7	23,3%
Karyawan	4	13,3%
IRT	5	16,7%
Siswa/Mahasiswa	7	23,3%
Lain-lain	7	23,3%
Jumlah	30	100,0%

Berdasarkan table 3 karakteristik pekerjaan pasien diketahui dari 30 pasien, pekerjaan

terbanyak yaitu wiraswasta, siswa/mahasiswa dan lain-lain (seperti pemadam, petani, pekerja lepas, pensiunan dan tidak bekerja)

A. Analisis Hasil Penelitian

Analisis Univariat

Analisis univariat dimaksud untuk menggambarkan karakteristik pasien sesuai dengan karakteristik yang telah ditetapkan penelitian.

Table 4 Klasifikasi Cedera Kepala di IGD RSUD Ulin Banjarmasin

Kategori	Frekuensi	Presentasi
CKB	9	30,0%
CKS	4	43,3%
CKR	17	56,6%
Jumlah	30	100,0%

Berdasarkan table 4 kategori cedera kepala diketahui dari 30 pasien, cedera terbanyak adalah cedera kepala ringan sebanyak 17 pasien (56,6%).

Table 5 Penanganan Manajemen Cedera Kepala

Diag nosa	Tindakan						Jumlah	
	Baik		Cukup		Kurang		F	%
	F	%	F	%	F	%		
CKB	9	30%	0	0%	0	0%	9	30%
CKS	4	13%	0	0%	0	0%	4	13,3%
CKR	2	7%	15	50%	0	0%	17	57%
Jmh	15	50%	15	50%	0	0%	30	100%

Berdasarkan table 5 Pelaksanaan manajemen tindakan cedera kepala yang dilakukan pada 30 pasien, dilakukan dengan baik pada 9 (30%) pasien CKB, 4 (13,3%) pasien CKS, 2 (7%) pasien CKR dan cukup pada 15 (50%) pasien CKR.

PEMBAHASAN

Karakteristik pasien pada kelamin diketahui 20 pasien atau 66,7 % laki-laki lebih banyak mengalami cedera kepala dari perempuan. Angka ini sesuai dengan penelitian Ditha Handayani (2016) tentang Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat IGD Tentang Penanganan Pasien Pada Cedera Kepala Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta bahwa kasus cedera kepala berhubungan dengan aktifitas dan bidang pekerjaan yang berbeda antara laki-laki dan perempuan dimana laki-laki memiliki aktifitas dan bidang pekerjaan yang berisiko untuk terjadinya cedera kepala misalnya mengendarai motor dan pekerja bangunan.

Klasifikasi cedera kepala berdasarkan kategori didapatkan cedera terbanyak adalah cedera kepala ringan sebanyak 17 pasien (56,6%) cedera kepala sedang 4 pasien

(13,3%) dan cedera kepala berat 9 pasien (30,0%). Angka ini sesuai dengan penelitian Hanura Aprilia tentang Gambaran Status Fisiologis Pasien Cedera Kepala Di IGD RSUD Ulin Banjarmasin (2016) menunjukkan bahwa terbanyak pasien mempunyai nilai cedera kepala ringan adalah berjumlah 62 orang (77,5%) dari total pasien. Kemudian berdasarkan usia diketahui dari 30 pasien, usia terbanyak adalah usia <20 tahun (30%). Angka ini sesuai dengan penelitian Trisnawan Habibie (2017) tentang Hubungan Cedera Kepala Dengan Disorientasi Pada Pasien Kecelakaan Lalu Lintas Di IGD RS Bhayangkara Manado dengan usia terbanyak <20 tahun (44,7).

Pada umumnya cedera kepala terjadi karena kecelakaan lalulintas, jatuh dari sepeda, jatuh dari ayunan, jatuh terpeleset, jatuh dari kursi atau meja atau akibat tindak kekerasan. Adanya pendarahan ataupun luka pada pasien khususnya pada anak (<20 tahun) yang tidak bisa ditangani oleh keluarga ataupun masyarakat yang menemukan pasien sehingga langsung mengantarkan pasien ke rumah sakit agar segera mendapat perawatan.

Pada kasus cedera kepala di IGD suatu rumah sakit orang yang berperan dalam melakukan pertolongan pertama yaitu perawat. Peran perawat sangat dominan dalam melakukan penanganan kasus cedera kepala. Maka dari itu sangat dibutuhkan manajemen yang baik dari perawat agar dapat melaksanakan pertolongan pertama dengan baik (Sekar, 2015). Selain perawat yang paling penting dalam penanganan cedera kepala adalah SOP (*Standart Operasional Prosedur*) dengan mengacu pada buku ITLS (*Internasional Trauma Life Support*), BLS (*Basic Life Support*) dan Medik RSUD Ulin Banjarmasin menunjukkan penanganan cedera kepala yang dikelompokkan menjadi 3: Pada pasien CKB seluruhnya dilakukan dengan baik yaitu 9 pasien (30%) begitu juga dengan pasien CKS seluruhnya dilakukan dengan baik yaitu 4 pasien (13,3%) sedangkan pasien CKR sebagian besar cukup sebanyak 15 pasien (50%) dan sisanya 2 pasien (7%) CKR dilakukan dengan baik. Manajemen penanganan cedera kepala menurut tindakan dilakukan sebagai berikut:

1. Airway (Jalan nafas)

Berdasarkan penelitian penanganan jalan nafas dilakukan dengan memeriksa nafas dilakukan pada setiap pasien (100%) karena bebasnya jalan nafas penting bagi kecukupan ventilasi dan oksigenasi, kemudian pemeriksaan kemampuan gerak leher (83%) dilakukan untuk mengetahui jika pasien terdapat cedera servikal ataupun kakikuduk, selanjutnya menjaga jalan nafas dan gerakkan leher dengan teknik *jawtrust*. Ketika penderita tidak mampu dalam mempertahankan patensi jalan nafas harus segera dipertahankan dengan cara buatan diantaranya: reposisi, *chin lift*, *jaw thrust*, atau melakukan penyisipan *airway orofaringeal* serta nasofaringeal (Smith, dkk, 2007). teknik *jawtrust* dilakukan dengan cara penolong berada disebelah atas kepala penderita, kedua tangan pada mandibula, jari kelingking dan manis kanan maupun kiri berada pada angulus mandibula, jari tengah serta telunjuk kanan maupun kiri yang berada pada mentum mandibula. Selain itu, mandibula ini diangkat ke atas melewati molar pada

maxila (Arifin, 2012). Oleh karena sebagian besar pasien hanya cedera kepala ringan dan mampu mempertahankan jalan nafas secara spontan jadi tidak perlu menggunakan teknik *jawtrust* jadi hanya 6 pasien (20%) yang dilakukan teknik tersebut.

Manuver jaw thrust atau *chinlift* dapat mencukupi sebagai intervensi awal. Jika pasien mengalami penurunan keasadaran dan tidak memiliki refleks muntah, pembentukan saluran napas oropharyngeal dapat membantu atau disebut pemasangan *basic* atau *advance airway*, pemasangan *basic* dan *advance* memiliki indikasi pemasangan masing-masing yaitu *basic airway* biasa dikenal dengan OPA (*orofaringeal airway*) digunakan untuk membebaskan jalan nafas pada pasien yang kehilangan refleks jalan nafas bagian bawah (Krisanty, 2009). Kedua *nasopharingeal airway* dibutuhkan pada pasien cedera mandibula sehingga tidak bisa menggunakan *orofaringeal airway*. Jika masih terjadi kesulitan bernafasan, penurunan oksigen secara mendadak atau terjadi henti cara

ketiga untuk membebaskan jalan nafas yaitu pemasangan ventilasi mekanik dengan *Endotracheal Intubation (ETT)* untuk menjaga integritas saluran napas. Prosedur ini harus dilakukan dengan perlindungan berkelanjutan dari tulang belakang leher. pemasangan *basic* atau *advance airway* sebanyak 7 (23%) pasien.

Pemasangan servical collar bertujuan mencegah pergerakan tulang servik yang patah (proses imobilisasi serta mengurangi kompresi pada radiks saraf), mencegah bertambahnya kerusakan tulang servik dan spinal cord, mengurangi rasa sakit dan mengurangi pergerakan leher selama proses pemulihan. Jika terjadi kesalahan dalam penanganan cedera servikal dapat menyebabkan manifestasi yang semakin buruk dan dapat mengakibatkan blok syaraf parasimpatis dan kelumpuhan otot pernapasan sehingga terjadi iskemia dan hipoksemia pada sel otak. Pelepasan mediator kimia akibat cedera servikal menyebabkan respon nyeri hebat dan akut, pasien dapat mengalami syok spinal dengan manifestasi hipotensi dan bradikardia.

(Wibowo Dony, 2016). Oleh karena itu pemasangan *cervical collar* hanya dilakukan pada 3 pasien (10%) yang mengalami cedera servikal.

2. *Breathing* (Pernafasan)

Pengukur frekuensi nafas dilakukan pada setiap pasien (100%), meningkatnya tekanan intrakranial menyebabkan laju pernapasan meningkat, menurun atau menjadi tidak teratur. Pola pernafasan yang tidak biasa mungkin mencerminkan tingkat cedera batang otak atau otak. Tepat sebelum kematian pasien mungkin mengembangkan pola pernafasan yang cepat dan bising yang disebut neurogenik sentral hiperventilasi karena respirasi dipengaruhi oleh begitu banyak faktor misalnya ketakutan, gangguan emosi, luka di dada, cedera tulang belakang dan diabetes. Pola pernapasan yang tidak normal mungkin mengindikasikan dada cedera atau masalah lain yang bisa menyebabkan hipoksia jika tidak diobati (ITLS, 2008) pemeriksaan inspeksi kesimetrisan dinding dada dilakukan (100%), perkusi dada dilakukan (100%)

untuk menjaga agar jalan nafas tetap terbuka dan periksa dengan cara harus dinilai menurut Pusbankes 118 (2013) yaitu lihat (*look*) yaitu melihat pergerakan naik turunnya dada yang simetris, jika tidak simetris maka perlu dicari kelainan intrathorakal atau fail chest. Kemudian dengar (*listen*) yaitu mendengar adanya suara pernafasan pada auskultasi kedua paru, vesikuler normal atau suara menghilang, adanya rhonchi yang menjadi petunjuk kelainan intrathorakal. Amati frekuensi nafas terlalu cepat maupun lambat, auskultasi dada (100%). Dan rasakan (*feel*) yaitu merasakan adanya hembusan nafas harus selalu dilakukan untuk mengetahui ketidakabnormalan dada dan menjadi indikator seberapa banyak pemberian oksigen.

Oksigenasi menunjukkan pengiriman oksigen sesuai ke jaringan ini untuk memenuhi kebutuhan metabolik, efektivitas ventilasi dapat dinilai secara klinis (Krisanty, 2009). Pemberian terapi oksigen pada pasien cedera kepala berat dan maupun sedang merupakan hal yang

penting guna mencegah terjadinya hipoksia otak yang akan menyebabkan kematian neuron yang dapat terjadi dalam durasi 5 menit (Lesmana Hendy, 2015). Dari hasil penelitian oksigenasi hanya diberikan pada 15 pasien (57%) karena sebagian besar pasien hanya mengalami cedera kepala ringan dengan konsentrasi oksigenasi yang normal sehingga tidak memerlukan pemberian oksigenasi.

3. *Circulation* (Sirkulasi)

Gangguan sirkulasi (*circulation*) terjadi karena cedera otak, dan faktor ekstra kranial. Gangguan ini terjadi kondisi hipovolemia yang mengakibatkan pendarahan luar atau ruptur organ dalam abdomen, trauma dada, tamponade jantung atau pneumothoraks dan syok septik. (Wahjoepramono, 2005).

Penanganan cedera kepala dalam sirkulasi mencakup pengecekan akral (100%), pengecekan pendarahan (100%) agar segera dilakukan penutupan luka eksternal (100%), dan menjaga tekanan darah >90mmHg (100%) dengan pemberian NaCl 0,9 atau ringer (50%). Oleh sebab itu,

hal yang pertama harus segera dinilai adalah mengetahui sumber perdarahan eksternal dan internal, juga tingkat kesadaran karena ketika volume darah menurun perfusi otak juga berkurang yang dapat menyebabkan penurunan tingkat kesadaran, nadi pemeriksaan nadi yang dilakukan pada nadi terbesar seperti arteri femoralis dan arteri karotis (kanan kiri), untuk kekuatan nadi, kecepatan dan irama dan periksa warna kulit berupa wajah yang keabu-abuan dan kulit ekstremitas yang pucat merupakan tanda hipovolemia dan tekanan darah (Greenberg 2005 dalam Arsani, 2011).

Agar dapat mengontrol perdarahan dan mencegah terjadi syok hipovolemia dilakukan penekanan langsung pada sumber perdarahan eksternal perdarahan eksternal segera dihentikan dengan penekanan pada luka. Pemberian cairan resusitasi menggunakan Ringer Laktat atau NaCl 0,9% dua jalur jika diperlukan kemudian kenali perdarahan internal seperti *raccoon eye* dan hematoma untuk kebutuhan intervensi bedah serta konsultasi pada ahli

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

Ini sejalan dengan teori ITLS (*Internasional Trauma Life Support*, 2008) bahwa hipotensi pada cedera kepala biasanya disebabkan oleh syok hemoragik atau neurogenik dan disebabkan oleh pendarahan. Pada 5% pasien dengan TBI (*Trauma Brain Injury*) berat itu otak yang terluka tidak menoleransi hipotensi satu contoh hipotensi (90 mmHg sistolik) pada orang dewasa dengan cedera otak dapat

meningkatkan tingkat kematian sebesar 150%. Kenaikan tingkat mortalitas pada hipotensi dan TBI yang lebih buruk lagi pada anak-anak. Pada circulation pemberian cairan intravena NaCl 0,9% atau ringer hanya didapatkan 14 pasien (53%) yang mendapatkan terapi karena tekanan darah pasien dalam rentang normal (>90mmhg sistolik) dan tidak terdapat tanda-tanda syok hipovolemi.

4. Disability (Status Neurologis)

GCS (*Glow Coma Scale*) untuk menentukan klasifikasi cedera kepala berat, sedang dan berat (100%). Pengukuran suhu tubuh dan pengecekan pupil dilakukan (100%) untuk mengetahui apakah terjadinya peningkatan intrakranial dalam otak. normalnya pupil akan mengecil jika terkena cahaya dan melebar jika terjadi peningkatan intrakranial. Pupil dikendalikan oleh saraf kranial ketiga, saraf ini mudah dikompres oleh pembengkakan otak dan dengan demikian dapat mempengaruhi peningkatan tekanan intrakranial setelah cedera kepala. Jika kedua pupil tersebut melebar dan tidak

bereaksi terhadap cahaya pasien mungkin memiliki cedera batang otak dan prognosisnya suram namun jika pupilnya melebar tapi tetap bereaksi terhadap cahaya maka setiap usaha harus dilakukan untuk mengangkut pasien cepat ke fasilitas yang mampu mengobati luka di kepala. pupil yang dilapisi secara unilateral yang tetap reaktif terhadap cahaya mungkin terjadi tanda awal peningkatan tekanan intra kranial (ITLS, 2008).

5. Exposure

Pemeriksaan dan tindakan lanjutan penanganan cedera kepala dilakukan cek laboratorium seperti GDS (Gula Darah Sewaktu), hemoglobin, leukosit, AGD (Analisa Gas Darah) pada cedera kepala yang mengalami penurunan kesadaran (60%), selain itu CT scan dan Rontgen dapat dilakukan pada pasien cedera kepala ringan, sedang dan berat jika pasien dalam keadaan stabil.

Pada 30 pasien hanya 40% yang melakukan CT scan dari kasus yang ada, sebanyak 2 kasus memiliki gambaran CT Scan kepala normal, 2 kasus yang belum

dibacakan dan 4 kasus dengan gambaran CT Scan abnormal, gambaran *intracranial haemorrhage* (ICH) merupakan yang paling banyak dengan jumlah 3, *Subarachnoid haemorrhage* (SAH) merupakan gambaran yang paling sedikit dengan jumlah 1 kasus.

6. Farmokologi

Pasien cedera kepala dapat terjadi peningkatan kadar prostaglandin dimana prostaglandin berperan dalam proses rasa nyeri. NSAID seperti ketorolac, metamizol dan ketoprofen bermanfaat mengurangi nyeri dengan menghambat sintesa prostaglandin melalui *blokade enzim Cyclooxygenase* (COX). Sedangkan acetaminophen (Paracetamol) memiliki mekanisme yang sama dalam menghambat sintesa prostaglandin melalui blokade enzim COX (RSU Dr. Soetomo, 2014). Pada saat penelitian didapatkan semua pasien (46%) diberikan analgesic seperti ketorolac dan paracetamol untuk mengurangi nyeri.

Pemberian terapi farmakologis *antimetic profilaksis acid supressive agent* dengan *H2 blocker, proton pump inhibitor*

(PPI) dan *gastric mucosal protector* dapat membantu penurunan insiden perdarahan *gastrointestinal dan stress related mucosal damage (SRMD)*. *Proton pump inhibitor (PPI)* lebih dianjurkan karena memiliki karakteristik cara kerja dan durasi kerja yang lebih baik dibandingkan *H2 Blocker* dan *gastric mucosal protector* (RSU Dr. Soetomo, 2014). Berdasarkan penelitian pemberian antimetic diberikan pada 12 pasien (40%) dikarenakan hanya 12 pasien yang mengeluh mual muntah.

Mannitol hanya diberikan pada 5 pasien (23%) dengan cedera kepala berat yang terdapat peningkatan tekanan intrakranial, manitol memiliki efek ekspansi plasma yang cepat dan dapat memperbaiki perfusi serebral karena menurunkan viskositas atau mempengaruhi rheology darah karena efeknya dalam menurunkan hematokrit serta memiliki efek osmotik dengan cara menarik cairan ke ruang intravaskuler. (Syah, dkk, 2016).

Obat anastesi terbagi dua anastesi lokal untuk menghilangkan rasa nyeri atau memberi efek mati rasa sebelum melakukan

penjahitan luka sobek sedangkan anastesi total yang menghasilkan efek menenangkan pada otak dan syaraf. Pada saat penelitian ditemukan 30 pasien (100%), mendapatkan anastesi lokal yaitu lidocain untuk pasien cedera kepala ringan dan sedang. Sedangkan mitazolam diberikan pada pasien dengan cedera kepala sedang dan berat yang untuk memberikan rasa nyaman, mengurangi kecemasan dan memperbaiki TIK pada pasien dengan penurunan kesadaran. Kemudian pemberian obat anti kejang hanya diberikan pada 1 pasien (3,3%) yang memiliki potensi untuk kejang, penurunan kesadaran <10 ataupun faktor linier. Kejang (epilepsi) terjadi dalam minggu pertama setelah trauma disebut *early epilepsi* dan yang terjadi setelah minggu pertama disebut *late epilepsy*. Tindakan paling rendah yang dilakukan selama penelitian dilaksanakan adalah pemberian obat anti kejang yang hanya diberikan kepada 1 pasien atau 3,3% dikarenakan penggunaan obat anti kejang tidak direkomendasikan untuk pencegahan kejang pasca trauma tipe lanjut.

Diperbolehkan jika untuk menggunakan obat anti kejang sebagai profilaksis terhadap terjadinya kejang pasca trauma tipe dini yang terjadi dalam 7 hari pasca trauma pada pasien yang mempunyai resiko tinggi untuk terjadi kejang pasca trauma (RSUD dr.Soetomo, 2014)

SIMPULAN

1. Klasifikasi cedera kepala berdasarkan kategori didapatkan cedera terbanyak adalah cedera kepala ringan sebanyak 17 responden (56,6%) cedera kepala sedang 4 responden (13,3%) dan cedera kepala berat 9 responden (30,0%).
2. Berdasarkan penelitian pelaksanaan manajemen cedera kepala yang dilakukan pada 30 pasien di RSUD Ulin Banjarmasin dikelompokkan menjadi 3 kelompok menurut klasifikasi CKB (Cedera Kepala Berat), CKS (Cedera Kepala Sedang) dan CKR (Cedera Kepala Ringan). Pada pasien CKB seluruhnya dilakukan dengan baik yaitu 9 pasien (30%) begitu juga dengan pasien CKS seluruhnya dilakukan dengan baik yaitu 4 pasien (13,3%) sedangkan pasien CKR sebagian besar cukup

sebanyak 15 pasien (50%) dan sisanya 2 pasien (7%) dilakukan dengan baik.

3. Hasil pelaksanaan manajemen cedera kepala dapat disimpulkan baik. Sesuai SOP (*Standart Operasional Prosedur*) dengan mengacu pada buku ITLS (*Internasional Trauma Life Support*), BLS (*Basic Life Support*) dan Medik RSUD Ulin Banjarmasin namun *checklist* yang dibuat peneliti mengarah pada cedera kepala berat sedangkan sebagian besar pasien yang ditemukan peneliti adalah cedera kepala ringan yang tidak yang tidak semua tindakan perlu dilakukan pada pasien sehingga hasil ukur tidak mencapai 100%.

UCAPAN TERIMAKASIH

Peneliti mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada ketua program studi Keperawatan dan Profesi Ners STIKES Sari Mulia yang telah memberikan ijin untuk mengangkat masalah yang akan di teliti, kepada kepala IGD RSUD Ulin Banjarmasin yang telah memberikan ijin penelitian dan membantu kelancaran penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

Arifin, Lukman. 2012. *Laporan Kerja Praktek Pemetaan Resiko Bencana Pasca Erupsi Gunung Merapi tahun 2010*. Penginderaan

- Jauh dan SIG. Sekolah Vokasi. Universitas Gadjah Mada: Yogyakarta.
- Arsani. S.H. 2011. Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Kemampuan Penatalaksanaan Keperawatan Cedera Kepala Oleh Perawat IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah.
- Balla. Rahmat, Junaidi. 2014. *Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (Basic Life Support)Vol 1. Jakarta: Gadar Medik Indonesia*
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Reset Kesehatan Dasar. Prevelensi Cedera Kepala* [Http://WWW.Litbang.Depkes.Go.Id](http://WWW.Litbang.Depkes.Go.Id) (diakses pada 22 September 2017)
- Damanik Sm. 2012. *Buku Ajar Neonatologi*. Edisi I. Bekasi: Gadar Medik Indonesia.
- Handayani Ditha. 2016. *Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat IGD tentang Penanganan Pasien Pada Cedera Kepala Di Rs Pku Muhammadiyah Yogyakarta*.
- Irawan H, dkk. 2010. *Perbandingan Glasgow Coma Scale Dan Revised Trauma Skor Dalam Memprediksi Disabilitas Pasien Trauma Kepala Di Rumah Sakit Atma Jaya. Maj Kedokteran Indonesia: Stikes Kusuma Husada*.
- Lesmana Hendy. 2015. *Analisis Dampak Penggunaan Varian Tekanan Suction terhadap Pasien Cedera Kepala Berat: Universitas Padjajaran*.
- Krisanty, Paula. dkk. 2009. *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Jakarta: Trans Media.
- John Emory Campbell. 2008. *International Trauma Life Support For Emergency Care Providers (7th Ed)*. Upper Saddle River. New Jersey: Permissions Department.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- RSUD dr.Soetomo. 2014. *Pedoman Tatalaksana Cedera Otak*. Surabaya: RSUD dr.Soetomo.
- Pusbankes 118. 2013. *Penanggulangan Penderita Gawat Darurat (ppgd). Basic Trauma And Cardiac Support (BTCLS)*. Yogyakarta : Persi DIY
- Rekam Medik RSUD Ulin Banjarmasin. 2016.
- Sary, Dkk. 2014. *Pengaruh Sosialisasi SOP APD dengan Perilaku Perawat Dalam Penggunaan Apd (Handscoon, Masker, Gown) Di Rsud Dr. H. Soewondo*.
- Sekar, R.E. 2015. *Peran Perawat Terhadap Ketepatan Waktu Tanggap Penanganan Kasus Cedera Kepala Di Instalasi Gawat Darurat Rsud Dr.Moewardi Surakarta*. Surakarta: Stikes Kusuma Husada
- Syah. A. Indah. 2016. *Manajemen Cairan dan Elektrolit pada Pasien Cedera Kepala*. Departemen Anestesiologi & Terapi Intensif Rumah Sakit Awal Bros Makassar.
- Smith, Davidson, Sue. 2007. *Dokter di Rumah Anda*. Jakarta: Dian Rakyat
- Wahjoepramono, 2005. *Stroke Tata Laksana Fase Akut di RS Siloam Gleneagles*. Jakarta: Kedokteran Universitas Pelita Harapan.
- Wibowo Dony. 2016. *Hubungan Antara Faktor Pre-Hospital Stage Dengan Komplikasi Sekunder Pada Pasien Cedera Kepala Berat Setelah Kedatangan Pasien Di Igd Rsud Ulin Banjarmasin: STikes Cahaya Bangsa*.
- Wijaya A.S, Putri. 2013. *Kmb I Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta. Nuha Medika.