

BAB I. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Di negara-negara berkembang, trauma merupakan penyebab kematian terbanyak pada populasi penduduk dibawah usia 45 tahun. Cedera kepala menjadi hampir sebagian penyebab kematian dari keseluruhan angka kematian yang diakibatkan trauma, yang sebagian besarnya mengakibatkan kematian pasien akibat trauma setelah masuk ke rumah sakit. Cedera kepala juga merupakan penyebab utama yang paling sering mengakibatkan kecacatan permanen setelah kecelakaan dan kecacatan tersebut dapat terjadi meskipun pada pasien dengan cedera kepala derajat ringan (*Selladurai B. et al, 2007*).

Tiap tahunnya, di Amerika angka kematian mendekati 52000 orang diakibatkan oleh cedera kepala (20/100,000 population). Insidensi cedera kepala berat (GCS kurang atau sama dengan 8) adalah 100/100,000 populasi dan prevalensi adalah 2.5–5.6 juta. Frekuensi cedera kepala semakin meningkat seiring meningkatnya jumlah dan padatnya kendaraan bermotor yang mengakibatkan semakin tingginya angka kecelakaan di jalan raya (*Marshall LF, 2000*).

Data dari kepolisian RI 2009 menyebutkan , sepanjang tahun itu terjadi sedikitnya 57.726 kasus kecelakaan di jalan raya, artinya dalam tiap 9,1 menit sekali terjadi satu kasus kecelakaan. (*Departemen perhubungan, 2010*).

Di Indonesia, sebagian besar (70%) korban kecelakaan lalu lintas adalah pengendara sepeda motor dengan golongan umur 15-55 tahun, dan cedera kepala merupakan urutan pertama dari semua jenis cedera yang dialami korban kecelakaan. Proporsi disabilitas (ketidakmampuan) dan angka kematian karena kecelakaan masih cukup tinggi yaitu sebesar 25% dan upaya untuk

mengendalikannya dapat dilakukan melalui tatalaksana penanganan korban kecelakaan di tempat kejadian kecelakaan maupun setelah sampai di sarana pelayanan kesehatan. Kejadian ini terjadi seiring meningkat pesatnya jumlah kendaraan bermotor di Indonesia (*Yushman et al, 2008*).

Perdarahan subdural akut merupakan salah satu penyakit bedah syaraf yang mempunyai mortalitas relatif tinggi apakah penderita dioperasi atau tidak. Oleh karena itu perdarahan subdural perlu mendapat perhatian baik di dalam pengetahuan patofisiologinya maupun di dalam penguasaan tindakan menanggulangnya (*Sastrodiningrat, 2006*).

Penanganan cedera kepala dengan perdarahan subdural akut disertai indikasi suatu operasi adalah dengan melakukan dekompresi evakuasi PSD untuk mencegah efek massa (*mass effect*) terhadap otak walapun PSD yang sedikit sehingga dapat mencegah peningkatan TIK dan memperbaiki keadaan intracerebral (*Sastrodiningrat, 2006*).

Salah satu yang menentukan prognosa perdarahan subdural akut yang mempunyai indikasi operasi tergantung dari yaitu interval waktu antara trauma dan tindakan operasi (*Seelig JM et al, 1991*), *GCS* pada saat awal masuk (*Sone JL et al, 1983; Mark S et al;*), dll.

Seelig dkk di Jerman meneliti hubungan mortalitas dan saat dilakukan operasi (*timing of operation*) terhadap 82 penderita PSD akut dalam keadaan koma. Penderita – penderita yang dioperasi dalam waktu 4 jam sejak kejadian trauma mempunyai mortalitas 30 %, penderita – penderita yang dioperasi lebih dari 4 jam setelah kejadian trauma mempunyai mortalitas 90 %.

Sedangkan Aykut karasu, dkk di Istanbul Turki melaporkan penelitiannya bahwa factor prognostic terpenting pasien SDH akut yang dioperasi adalah nilai *GCS* pada awal masuk (*GCS* awal masuk 3 – 8 memiliki mortalitas 70 % , jika *GCS* awal masuk 13 – 15 memiliki mortalitas 23,8 %) dibandingkan dengan jarak waktu setelah cedera kepala sampai dilakukan operasi .

Penilaian outcome suatu tindakan operasi dapat dinilai berdasarkan *Glassgow outcome scale*, Hal ini karena parameter tersebut telah banyak digunakan oleh peneliti-peneliti dari luar negeri.

Oleh karena itu perlu diteliti kaitan *GCS* awal dan jarak waktu antara cedera kepala sampai dilakukan operasi pada pasien perdarahan subdural akut dengan *Glassgow Outcome Scale*.

1.2. Rumusan Masalah

Apakah ada kaitan *Glassgow Coma Score* Awal dan Jarak Waktu setelah cedera Kepala sampai dilakukan operasi pada pasien perdarahan Subdural Akut dengan *Glassgow Outcome Scale*

1.3. Hipotesis

Ada kaitan *Glassgow Coma Score* Awal dan Jarak Waktu setelah cedera Kepala sampai dilakukan operasi pada pasien perdarahan Subdural Akut dengan *Glassgow Outcome Scale*

1.4. Tujuan

1.4.1. Tujuan umum

Menentukan kaitan *Glassgow Coma Score* Awal dan Jarak Waktu setelah cedera Kepala sampai dilakukan operasi pada pasien perdarahan Subdural Akut dengan *Glassgow Outcome Scale*

1.4.2. Tujuan khusus

Menentukan apakah kaitan *Glassgow Coma Score* Awal dengan *Glassgow outcome scale* lebih signifikan dari pada kaitan Jarak Waktu setelah cedera Kepala sampai dilakukan operasi dengan *Glassgow Outcome Scale* pada pasien perdarahan Subdural Akut.

1.5. Manfaat

1.5.1. Bidang akademik/ilmiah

Meningkatkan pengetahuan peneliti di bidang bedah saraf, khususnya Mengetahui kaitan *Glassgow Coma Score* Awal dan Jarak Waktu setelah cedera Kepala sampai dilakukan operasi pada pasien perdarahan Subdural Akut dengan *Glassgow Outcome Scale*

1.5.2 Bidang pelayanan masyarakat

Meningkatkan pelayanan penderita cedera kepala, khususnya pelayanan di bidang bedah saraf.

1.5.3 Bidang pengembangan penelitian

Memberikan data awal terhadap departemen bedah saraf tentang Kaitan *Glassgow Coma Score* Awal dan Jarak Waktu setelah cedera Kepala sampai dilakukan operasi pada pasien perdarahan Subdural Akut dengan *Glassgow Outcome Scale*