

Hubungan Antara Kepercayaan Kepada Tuhan dan Risiko Bunuh Diri Pada Mahasiswa Muslim di Aceh

THE RELATIONSHIP BETWEEN BELIEF IN GOD AND SUICIDE RISK IN MUSLIM COLLEGE STUDENT IN ACEH

Shinta Sandora¹, Sri Novitayani²

¹Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala

²Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala

Abstrak

Bunuh diri terjadi akibat adanya ide bunuh diri. Seseorang yang memiliki ide bunuh diri, maka dia berisiko melakukan bunuh diri. Prevalensi risiko bunuh diri mengalami peningkatan dikalangan mahasiswa. Risiko bunuh diri sering terjadi pada seseorang mengalami masalah-masalah yang tidak bisa ditangani sehingga membuatnya stres. Namun, cara individu dalam menanggapi masalah dengan meyakini bahwa segala ujian yang Allah SWT berikan akan ada hikmahnya dapat mengurangi stress yang dialami karena masalah tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kepercayaan kepada Tuhan dan risiko bunuh diri pada mahasiswa muslim di Aceh. Desain penelitian adalah *deskriptif korelatif* dengan pendekatan *cross sectional study*. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *snowball sampling* dengan jumlah sampel 326 mahasiswa di Aceh. Pengumpulan data dengan cara *survey online* menggunakan 3 kuesioner yaitu kuesioner data demografi, Kuesioner Keyakinan Kepada Tuhan (KKT), dan *Adult Suicidal Ideation Questionnaire* (ASIQ). Berdasarkan analisa data dengan menggunakan *Chi Square Test*, hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara kepercayaan kepada Tuhan dan risiko bunuh diri pada mahasiswa muslim di Aceh ($p\text{-value} = 0,01$). Direkomendasi bagi mahasiswa apabila mengalami stress agar dapat lebih mendekatkan diri kepada Tuhan.

Kata Kunci: Keyakinan, Mahasiswa, Risiko Bunuh Diri, Tuhan.

Abstract

Suicide occurs due to suicidal ideation. A person who has suicidal ideation is at risk of committing suicide. The prevalence of suicide risk has increased among college students. The risk of suicide often occurs in a person experiencing problems that cannot be handled so that it makes him stressed. However, the individual's way of responding to problems by believing that all the tests that Allah SWT gives will have wisdom can reduce the stress experienced because of the problem. This study aims to determine the relationship between belief in God and the risk of suicide in Muslim college students in Aceh. The research design is descriptive correlative with a cross sectional study approach. The sampling technique used the snowball sampling method with a sample of 326 students in Aceh. Collecting data by means of an online survey using 3 questionnaires, namely the demographic data questionnaire, the Belief in God Questionnaire (KKT), and the Adult Suicidal Ideation Questionnaire (ASIQ). Based on data analysis using the Chi Square Test, the results showed that there was a relationship between belief in God and the risk of suicide in Muslim students in Aceh ($p\text{-value} = 0.01$). It is recommended for college student while they are experiencing stress, so they should get closer to God.

Korespondensi:

Sri Novitayani, Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan-USK Banda Aceh

Email: srinovitayani@unsyiah.ac.id

LATAR BELAKANG

Cedera Kepala Ringan (CKR) memiliki angka insiden yang tinggi, yaitu mencapai 80% dari kasus cedera kepala (Faul, Xu, Wald, & Coronado, 2010). Walaupun CKR bukan keadaan yang mengancam nyawa seperti cedera kepala sedang dan berat, namun CKR akan mencetus terjadi gejala post gegar otak, atau sering disebut dengan post-concussion symptoms (PCS), dimana gejala masih dilaporkan oleh lebih dari 50% pasien CKR walaupun sudah satu tahun setelah kejadian cedera (Fourtassi et al., 2011).

PCS dilaporkan dengan berbagai gejala, mencakup gejala fisik, kognitif, dan afektif, seperti sakit kepala, kelelahan, pusing, gangguan tidur, pelupa, lekas marah dan kecemasan (Bergman, 2011; Lannsjö, Geijerstam, Johansson, Bring, & Borg, 2009). PCS dapat muncul mulai dari hari pertama dan beberapa minggu setelah cedera (Paniak et al., 2002), biasanya gejala mulai berkurang dalam 3 bulan setelah cedera (Lannsjö et al.; Yang, Hua, Tu, & Huang, 2009). Namun, beberapa gejala dapat bertahan atau terus dilaporkan setelah 3 bulan setelah cedera bahkan sampai 10 tahun setelahnya (King & Kirwilliam, 2011; Roe, Sveen, Alvsaker, & Bautz-Houltér, 2009; Sigurdardóttir, Andelic, Roe, Jerstad, & Schanke, 2009). PCS yang dilaporkan dan dialami oleh pasien CKR dapat menghambat dan menjadi masalah ketika pasien hendak

kembali bekerja atau sekolah setelah mengalami cedera kepala ringan (Boake et al., 2005), mengganggu status fungsional (Nolin & Heroux, 2006), mengganggu peran dan hubungan dalam keluarga, juga akan berdampak kepada kualitas hidup pasien tersebut (Fourtassi et al., 2011). Oleh karena itu, pasien perlu mengelola atau melakukan manajemen yang tepat untuk mengatasi PCS baik dalam jangka pendek dan jangka panjang. Penelitian sebelumnya terkait dengan manajemen PCS telah dilakukan di luar negeri, namun masih belum ditemukan penelitian serupa di Indonesia, terutama di Aceh. Seperti Baggerly (2004), menemukan bahwa pasien CKR melakukan olah raga, manajemen koping, mendapatkan dukungan dari teman dan keluarga, dan menggunakan obat antidepresan. Penelitian yang lain, Bergman (2011) menemukan bahwa pasien CKR meredakan PCS dengan melakukan olahraga dan beberapa aktifitas yang lain, menggunakan terapi komplementer, meningkatkan asupan gizi, dan penggunaan obat-obatan. Terdapat keterkaitan antara Keefektifan dari manajemen tersebut dengan seberapa sering strategi tsb dilaksanakan, dimana semakin sering dilaksanakan manajemen maka semakin efektif untuk mengurangi gejala yang dilaporkan (Bergman). Namun, ketika pasien tidak melakukan tindakan apapun untuk mengurangi PCS, maka gejala akan menjadi

persisten (Marshall, Bayley, McCullagh, Velikonja, & Berrigan, 2012).

Berdasarkan latar belakang di atas, meskipun beberapa penelitian telah memberikan informasi terkait PCS dan manajemen PCS pasien CKR, namun terdapat 2 gap penelitian. Pertama, temuan penelitian-penelitian sebelumnya dilakukan di negara-negara barat belum tentu dapat diterapkan di negara-negara timur termasuk Indonesia. Dodd dkk. (2001) berpendapat bahwa faktor personal dan lingkungan sangat mempengaruhi pengalaman PCS dan manajemen PCS. Pengalaman PCS dan konteks lingkungan di masyarakat barat dan Indonesia dapat berbeda mungkin berkaitan dengan struktur keluarga, sosial budaya, kepercayaan dan agama serta sistem perawatan kesehatan. Hal ini mungkin bisa membuat pasien CKR melihat dan mengelola PCS mereka secara berbeda. Kedua, pengetahuan yang ada tentang PCS dan manajemen PCS di Aceh masih sangat terbatas. Oleh karena itu, penting untuk melakukan penelitian terkait PCS dan manajemen PCS pada pasien CKR di Aceh.

Metodologi

Penelitian deskriptif ini mengambil lokasi penelitian di 2 Rumah Sakit pemerintah di Aceh, yaitu 100 responden dari Rumah Sakit Zainoel Abidin dan 36 responden dari Rumah Sakit meuraxa. 136 orang responden

penelitian ini direkrut berdasarkan inklusi kriteria yaitu 1) umur 16-66 tahun, 2) di diagnosa CKR dengan skor GCS 13-15 di UGD, 3) memiliki riwayat trauma kepala minimal 2 minggu, 4) tidak memiliki masalah psikiatrik dan 5) mampu berkomunikasi dengan baik. Proses pengumpulan data dilakukan peneliti dengan bertemu langsung dengan pasien pada saat pasien menjalani rawat jalan di Poli dan juga menghubungi responden via telepon (data pasien didapatkan dari rekam medik). Tiga kuesioner penelitian yang digunakan adalah 1) Data Demografi dan Kesehatan, 2) *the Rivermead Post-concussion Symptoms questionnaire* (RPQ) (King, Crawford, Wenden, Moss, & Wade, 1995), dan 3) *the Symptom Self-Management Scale adapted for TBI* (SSMS-TBI) (Bergman et al., 2011). Kualitas kuesioner telah diuji dengan konten validitas oleh 3 expert, proses *back translation*, dan tes reliabilitas. Kestabilan kuesioner RPQ dan SSMS-TBI diuji dengan *intraclass correlation coefficient* (ICC) dengan nilai .92 dan .90.

Data Demografi dan Kesehatan. Dikembangkan oleh peneliti yang terdiri dari umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan keluarga, pengaturan hidup, penyebab cedera otak, jenis cedera otak, cedera tambahan, riwayat medis, pengobatan saat ini terkait dengan penyakit medis dan variabel terkait cedera (yaitu, GCS,

confusion/disorientasi, kehilangan kesadaran selama 30 menit atau kurang, amnesia kurang dari 24 jam, dan kelainan neurologis lainnya).

The Rivermead Post Concussion Symptoms (RPQ). Terdiri dari 16 gejala dan pertanyaan terbuka untuk jawaban tambahan. Untuk setiap gejala dinilai kejadian PCS dengan menggunakan checklist “ya/tidak”, jika sampel memilih “ya”, maka frekuensi dan tingkat keparahan PCS selanjutnya diukur dalam skala Likert, yaitu pada rentang 1 (jarang) hingga 4 (sering). Berikutnya tingkat keparahan PCS berada pada rentang 0 (tidak parah) hingga 4 (sangat parah). Untuk interpretasi, semakin tinggi skor menunjukkan semakin sering frekuensi PCS dan semakin parah keparahan gejala.

The Symptom Self-Management Scale adapted for TBI (SSMS-TBI). SSMS-TBI digunakan untuk menilai manajemen PCS 8 gejala, yaitu sakit kepala, pusing, kelelahan, kesulitan memori (termasuk pelupa, konsentrasi yang buruk dan gejala yang membutuhkan waktu lebih lama untuk berpikir), kecemasan/kegelisahan, dan depresi. Peneliti menggunakan form kosong untuk gejala lain yang dialami responden. Responden hanya menjawab kuesioner untuk gejala yang dilaporkan. Frekuensi manajemen diukur dalam skala Likert, pada rentang 1 (jarang dilakukan) hingga 5 (dilakukan beberapa kali sehari). Kemudian, menilai keefektifan strategi diukur pada rentang 0

(tidak pernah) hingga 4 (selalu). Selanjutnya, peneliti menanyakan alasan penggunaan strategi manajemen PCS, apakah membutuhkan bantuan dari pihak lain dan lokasi pelaksanaan.

Hasil Penelitian

Data Demografi dan Kesehatan. 136 responden penelitian adalah Muslim dengan median umur 27 tahun (IQR = 18, range 18-65), dimana jumlah responden pria dan wanita hampir seimbang (50.7% dan 49.3%). Mayoritas tingkat pendidikan adalah diploma dan sarjana ($n = 72$), dan bekerja ($n = 76$) dan pelajar ($n = 36$). Rata-rata responden belum menikah ($n = 66$) and tinggal dengan keluarga ($n = 111$). Terkait dengan riwayat kesehatan, responden mengalami CKR pada median 13 weeks (IQR = 24, range 2-60). Penyebab cedera terbanyak adalah kecelakaan lalu lintas ($n = 120$). GCS pada saat masuk IGD adalah 15 ($n = 104$) dan mengalami kehilangan kesadaran kurang dari 30 menit setelah injury ($n = 96$). Lokasi cedera kepala di bagian temporal ($n = 69$) dan frontal ($n = 52$). Responden juga melaporkan cedera di bagian tubuh yang lain ($n = 41$), diantaranya luka laserasi, dislokasi dan fraktur ekstremitas.

Gejala Pasca Gegar Otak (post-concussion symptom/PCS) yang dilaporkan oleh responden adalah sebanyak 17 gejala ($Med = 7$, $IQR=5$), yang dialami oleh responden yang

telah mengalami CKR dari range 2- 60 minggu. Pusing berada di urutan pertama, kemudian sakit kepala, fatigue, mudah lupa, dan sulit untuk berfikir. Terkait dengan frekuensi gejala muncul, PCS dilaporkan sesekali dirasakan terjadi sesekali ($M = 2.32$, $SD = 0.55$, range 1-4), dengan tingkat keparahan pada level ringan ($M = 1.03$, $SD=0.51$, range 0-4) (Tabel 1). Berdasarkan tingkat keparahan gejala, gejala yang dilaporkan memiliki tingkat keparahan berturut-turut adalah gangguan pendengaran ($M = 1.45$, $SD = 0.52$), penglihatan kabur ($M = 1.44$, $SD = 0.79$) dan sakit kepala ($M = 1.37$, $SD = 0.79$) (Tabel 1).

Tabel 1. Gejala yang muncul, frekuensi dan level keparahan dari PCS (N=136)

Gejala	Gejala yang muncul N	Frekuensi M (SD)	Level Keparahannya M (SD)
1. Pusing	109	2.57 (0.84)	1.30 (0.73)
2. Sakit Kepala	107	2.60 (0.82)	1.37 (0.79)
3. Fatigue	101	2.54 (0.75)	1.19 (0.75)
4. Pelupa	86	2.37 (0.80)	1.12 (0.69)
5. Sulit berfikir	72	2.36 (0.88)	1.03 (0.78)
6. Gangguan tidur	67	2.34 (0.87)	1.01 (0.79)
7. Konsentrasi rendah	61	2.24 (0.71)	0.97 (0.67)
8. Restlessness/ anxiety	58	2.04 (0.81)	0.82 (0.63)
9. Depresi	50	2.35 (0.88)	1.08 (0.92)
10. Irritabiliti	48	2.98 (0.87)	1.45 (0.79)
11. Pandangan kabur	44	2.14 (0.84)	0.86 (0.69)
12. Frustrasi	35	1.89 (0.75)	0.74 (0.76)
13. Sensitif terhadap suara	27	2.08 (0.79)	0.89 (0.83)
14. Mual dan/atau muntah	26	1.99 (0.92)	1.45 (0.92)
15. Sensitif terhadap cahaya	12	1.88 (1.12)	1.13 (0.99)
16. Gangguan pendengaran	11		
17. Penglihatan ganda	8		

Manajemen gejala pasca gegar otak (post-concussion symptom/PCS). Terdapat 7 kelompok manajemen strategi PCS, yaitu (1)

aktivitas, (2) terapi komplementer, (3) nutrisi, (4) olahraga, (5) mengkonsumsi obat, (6) perawatan kesehatan, dan (7) persiapan. Mayoritas responden melaporkan pelaksanaan manajemen tsb pada level “kadang-kadang”. Tiga strategi manajemen PCS yang paling umum digunakan adalah (1) aktivitas (yaitu, tidak memikirkannya, berbicara dengan keluarga atau orang lain, berbaring, cukup tidur), (2) terapi komplementer (yaitu, “dzikir” dan berdoa), dan (3) nutrisi (yaitu, makan dengan baik). Satu strategi manajemen digunakan untuk meredakan lebih dari satu gejala.

Responden melaporkan alasan penggunaan strategi manajemen PCS karena merupakan kegiatan rutin/umum dan efektif untuk menghilangkan gejala (77,2%). Selain itu, strategi tersebut mudah dilakukan (67,6%), mampu mengatasi gejala (52,9%), sebagai pertolongan pertama untuk mengatasi gejala (30,9%), serta murah dan cepat (11%) (Tabel 3). Mayoritas responden (72,1%) melakukan strategi manajemen PCS oleh mereka sendiri. Hanya sedikit responden yang membutuhkan bantuan (1,02) dari keluarga/pasangan/anak (19,1%) dan teman (8,8%) dan penyedia layanan kesehatan (37,5%).

Mayoritas responden (89,7%) melakukan strategi manajemen PCS setelah gejalanya muncul. Hampir setengah dari responden

mengelola PCS mereka ketika gejala semakin parah (49,3%). Selain itu, beberapa responden mengelola gejalanya ketika PCS mengganggu aktivitas sehari-hari/pekerjaan mereka (25%) atau mengubah strategi manajemen sebelumnya jika tidak efektif untuk meredakan gejala (11%).

Terkait tempat pelaksanaan manajemen PCS, sebagian besar responden (82,4%) melakukan strategi pengelolaan PCS di rumahnya. Selain itu, 16,9% responden melakukan manajemen PCS di mana pun gejalanya muncul. Beberapa responden mengelola PCS mereka di tempat yang nyaman (8,8%).

Tabel 3. Frekuensi dan Persentase alasan penggunaan manajemen PCS* (N = 136)

Alasan	N	%
1. Kegiatan rutin/umum dan efektif untuk mengurangi gejala (seperti "dzikir" and berdoa)	105	77,2
2. Strategi tersebut mudah dilakukan (seperti cukup tidur)	92	67,6
3. Mampu mengatasi gejala	72	52,9
4. Dapat menyembuhkan luka yang didapat pada saat cedera (CKR) (seperti mengonsumsi makanan yang sehat)	66	48,5
5. Sebagai pertolongan pertama untuk mengatasi gejala	42	30,9
6. Murah dan cepat untuk mengatasi gejala (seperti membeli obat di depot)	15	11,0

Catatan.* = Responden dapat memberikan lebih dari satu jawaban

Pembahasan

Pasien CKR yang menjadi responden pada penelitian memiliki persentase hampir seimbang antara pria dan wanita, dan berada pada usia bekerja/produktif, yaitu pada range 18-30 tahun. Sebagian besar dari mereka segera kembali bekerja atau sekolah/belajar

setelah mengalami cedera kepala, dimana sebagian besar penyebab CKR adalah kecelakaan sepeda motor. Hal ini dapat dijelaskan seperti kebanyakan negara berkembang bahwa orang yang bekerja di daerah perkotaan, dalam hal ini provinsi Aceh, mayoritas menggunakan sepeda motor untuk transportasi karena dianggap murah, nyaman, dan cepat; namun disisi lain sering mengakibatkan terjadinya kecelakaan dan cedera. Temuan penelitian ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Kiangda (2009). Dilihat dari data terkait kejadian CKR, rata-rata GCS pada usia 15 dan kehilangan kesadaran kurang dari 30 menit dari kejadian awal, dimana hal ini yang sering ditemukan pada cedera kepala ringan (Barkhoudarian, Hovda, & Giza, 2011).

Gejala gegar otak pasca trauma/PCS yang dialami pasien CKR diakibatkan oleh gaya percepatan/acceleration dan perlambatan/deceleration, disebabkan oleh benturan pada kepala. Keadaan ini merusak struktur dan metabolisme otak (Barkhoudarian, Hovda, & Giza, 2011). Struktur neuropatologi pada CKR atau sering disebut dengan "cedera aksonal difus" terjadi pada karena kerusakan pada struktur akson yang rapuh dan pecahnya pembuluh darah kecil, berikutnya terjadi swelling, lisis akson, dan hemorragi (Len & Neary, 2011; Werner & Englhard, 2007). Selain itu, perubahan yang

terjadi pada neurometabolik meliputi perubahan fungsi hormon neurotransmitter dan fluktuasi elektrolit pada tingkat sel. Akibatnya, autoregulasi serebral terganggu (Prigatano & Gale, 2011) dan fungsi metabolisme normal otak mengalami gangguan selama sehari-hari hingga berminggu-minggu setelah cedera bahkan persisten (McCrea, 2008).

Lokasi cedera otak juga berkontribusi pada beberapa PCS. Misalnya, cedera lobus temporal dapat menyebabkan kerusakan fungsi vestibular perifer (Defense Centers of Excellence [DCoE], 2010), memori, dan proses input dan penyimpanan data (Gould & Dyer, 2011). Hal ini dibuktikan oleh beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa responden sering pusing, pelupa, dan membutuhkan waktu lebih lama untuk berpikir. Selain itu, cedera pada lobus temporal kemungkinan terkait dengan trauma tengkorak menyebabkan beberapa responden dalam penelitian ini mengalami hemotimpanum saat masuk IGD atau mengalami gangguan pendengaran di kemudian hari (Munjali, Panda, & Pathak, 2010). Cedera pada lobus oksipital juga dapat merusak saluran optik dan menyebabkan penglihatan kabur (Greenberg, 2006). Selanjutnya, eskplorasi lebih lanjut terkait bagaimana responden melakukan manajemen

PCS untuk mengurangi atau menyembuhkan gejala tsb.

Ada tiga kelompok strategi manajemen yang paling sering digunakan responden dalam penanganan PCS, yaitu 1) aktivitas, 2) terapi komplementer, dan 3) nutrisi. Strategi komplementer meliputi latihan dzikir, shalat, dan pijat. Dan kelompok strategi nutrisi adalah dengan mengonsumsi makanan yang sehat. Sebagian besar strategi dilakukan dengan frekuensi sesekali. Dari segi keefektifan, mayoritas berada pada kategori “terkadang efektif” untuk meredakan gejala. Sehingga wajar jika responden melaksanakan lebih dari satu strategi untuk mengatasi satu gejala. Dan sebaliknya, satu strategi dapat mengatasi lebih dari satu gejala secara bersamaan.

Kelompok strategi “aktivitas”, diantaranya yaitu tidak memikirkannya, berbicara dengan keluarga atau orang lain, berbaring, cukup tidur, sering istirahat, dan tidur siang di siang hari. Tidak memikirkan gejala dan berbicara dengan keluarga atau orang lain; dapat menurunkan *bad feeling* terhadap gejala, mendapat dukungan keluarga dan social, serta pengalaman orang lain dalam mengelola PCS. Aktivitas lain yang diperlukan pada fase akut adalah istirahat, terutama dilaporkan oleh responden yang mengalami gejala fatigue, pusing, sakit kepala, kesulitan dalam berpikir dan mengingat.

Tinjauan literatur menyarankan pasien beristirahat, dengan posisi tidur dimana leher dan tulang belakang netral (DCoE, 2010) untuk membantu pemulihan otak dari cedera dan menghindari gejala yang lebih buruk (CDC, 2010). Namun, efektivitas istirahat setelah CKR masih kontroversi meskipun sebagian besar ahli saraf merekomendasikan untuk istirahat total setidaknya 2 minggu pasca cedera (de Kruijk, Leffers, Meerhoff, Rutten, & Twinjnstra, 2002). Waktu istirahat yang cukup, membatasi aktivitas fisik dan berfikir dan secara bertahap kembali bekerja atau belajar merupakan petunjuk penting untuk mencegah terjadinya PCS, gejala yang lebih buruk dan/atau persisten (Giogia, Collin, & Isquith, 2008).

Kelompok strategi “terapi komplementer” yang sering digunakan adalah *dzikir*, berdoa, dan pijat. *Dzikir* dan berdoa, merupakan strategi dilakukan oleh sebagian besar responden yang merupakan kegiatan rutin umat Islam. *Dzikir* adalah kegiatan mengingat Allah SWT dan melibatkan pembacaan nama-Nya. Dalam Al-Qur’an, Q.S. Al-Ahzab: 41 menyatakan bahwa “Hai orang-orang yang beriman, ingatlah Allah dengan banyak mengingat (*dzikir*)”. Manfaat *dzikir* dalam Al-Qur’an, Q. S. Ar-Ra’d: 28, yaitu membuat hati menjadi tenteram, terjamin dan tenang. Jadi ketenangan, berpikir positif dan keyakinan akan rahmat Allah SWT adalah tujuan dari penggunaan strategi ini. *Dzikir* digunakan oleh

responden melaporkan depresi (n=50, 100%), sakit kepala (n=106, 99,06%) dan kecemasan (n=57, 98,28%). Hal ini sejalan dengan penelitian Stoppler & Hecth (2009), kegiatan *mindfulness* dapat mengurangi stres dan menurunkan intensitas atau tingkat keparahan sakit kepala. Di sisi lain, penelitian berkaitan dengan meditasi, Kristofersson (2012) dalam wawancara kualitatif menemukan manfaat dari praktik meditasi *mindfulness* untuk mengobati depresi dan kecemasan pada pasien cedera kepala.

Kelompok strategi “nutrisi” diperlukan untuk menyediakan protein dan karbohidrat yang cukup untuk proses metabolisme dan pemulihan sel yang cedera. Selain itu, bila menargetkan untuk mengobati kelelahan/fatigue, maka fokus pada bagaimana meningkatkan energy, dengan makan yang sehat, mengonsumsi vitamin dan mineral yang dibutuhkan (DCoE, 2010).

Kesimpulan

Penelitian deskriptif *cross sectional* ini memaparkan gejala pasca gegar otak (*Post concussion symptom*-PCS) dan bagaimana manajemen PCS pada pasien cedera kepala ringan yang di rekrut dari 2 rumah sakit di Provinsi Aceh. PCS dilaporkan mulai muncul dari beberapa minggu hingga bulan pasca CKR. Secara keseluruhan, reponden telah mengalami 17 gejala, dimana gejala fisik

(pusing, sakit kepala, fatigue) dan kognitif (pelupa, berfikir lama) sangat sering ditemukan. Mengenai frekuensi dan tingkat keparahan PCS, gangguan pendengaran dan penglihatan kabur menduduki peringkat pertama dan kedua, dan sakit kepala peringkat ketiga. Selanjutnya, frekuensi dan tingkat keparahan PCS membutuhkan pengelolaan gejala, sehingga gejala yang muncul dapat mereda, tidak mengganggu kualitas hidup dan tidak menetap dalam waktu lama atau persisten. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang didapatkan bahwa responden mengelola gejala yang muncul ketika gejala mulai dirasakan dan mulai mengganggu aktifitas, bahkan ketika gejala dirasakan semakin parah. Manajemen PCS yang dilakukan juga mayoritas merupakan kegiatan yang bersifat umum/rutin, namun efektif untuk mengurangi gejala, seperti *dzikir*, berdoa, cukup tidur, mengonsumsi makanan yang sehat.

Saran

Gejala gegar pasca trauma kepala membutuhkan strategi manajemen yang tepat. Penelitian ini memaparkan apa yang responden lakukan secara mandiri untuk mengelola gejala sehingga diperlukan penyelidikan lebih lanjut untuk memeriksa efektivitas dan kontraindikasi penggunaan strategi. Saran untuk praktik Keperawatan,

diharapkan perawat dapat menyediakan program pendidikan untuk pasien CKR untuk membantu mengelola PCS, karena kejadian PCS telah terbukti dalam banyak penelitian. Selain itu, pasien CKR mengalami cedera neurologis yang mengganggu kemampuan kognitifnya, maka perawat dituntut untuk memberikan informasi dengan berbagai cara, termasuk melibatkan keluarga selama intervensi pendidikan, menyediakan media tertulis, seperti leaflet/booklet, atau sumber elektronik. Sehingga pasien dapat dengan mudah mengkaji informasi setelah mereka meninggalkan rumah sakit dan/atau ketika mereka menghadapi gejala. Selain itu, disarankan untuk melakukan konseling melalui telepon, guna menindaklanjuti kondisi pasien setelah dipulangkan, khususnya mereka yang bekerja/belajar, karena tuntutan untuk segera kembali bekerja/belajar, dimana bekerja/belajar dapat meningkatkan kerja otak atau berpikir yang akan mengganggu pemulihan pasca cedera kepala.

Referensi

- Baggerly, J. (2004). *The experience of mild traumatic brain injury for selected cases* (Doctoral dissertation). Diakses dari ProQuest Dissertation and Theses database. (UMI No. 3135891)
- Barkhoudarian, G., Hovda, A. D., & Giza, C. C. (2011). *The molecular pathophysiology*

- of concussive brain injury. *Clinical*, 30, 33-48. doi:10.1016/j.csm.2010.09.001
- Bergman, K. S. (2011). *Symptom self-management for mild traumatic brain injury* (Doctoral dissertation). Diakses dari ProQuest Dissertation and Theses database. (UMI No. 3489662).
- Bergman, K., Fabiano, R., & Blostein, P. (2011). Symptom self-management measure for TBI: A pilot study. *Journal of Trauma Nursing*, 18, 143-148. doi: 10.1097/JTN.0b013e31822b7e2d
- Boake, C., McCauley, S. R., Pedroza, C., Levin, H., Brown, S. A., & Brundage, S. I. (2005). Lost productive work time after mild to moderate traumatic brain injury with and without hospitalization. *Neurosurgery*, 56, 994-1003. doi: 10.1227/01.NEU.0000158319.38230.C3
- Center for Disease Control and Prevention [CDC]. (2010). *mTBI: Mild traumatic brain injury*. Diakses dari <http://www.neuroskills.com/brain-injury/traumatic-brain-injury-statistics.php> pada tanggal 1 Oktober 2012
- Defense Centers of Excellence [DCoE]. (2010). Case management of concussion/mild TBI: guideline document. Diakses dari <http://www.dcoe.health.mil/Content/navigation/documents/Case%20Management%20Of%20Concussion%20Mild%20TBI.pdf> pada tanggal 19 May 2012
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, S. E., Humphreys, J.,... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 668 - 676.
- Faul, M., Xu, L., Wald, M. M., & Coronado, V. G. (2010). *Traumatic brain injury in the United States: emergency department visits, hospitalizations, and deaths 2002-2006*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Diakses dari http://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pdf/blue_book.pdf pada tanggal 20 Agustus 2012
- Fourtassi, M., Hajjioui, A., El Ouahabi, A., Benmassaoud, H., Hajjaj-Hassouni, N., & El Khamlichi. A. (2011). Long term outcome following mild traumatic brain injury in Moroccan patients. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 113, 716-720. doi:10.1016/j.clineuro.2011.07.010
- Gioia, G. A., Collins, M., & Isquith, P. K. (2008). Improving identification and diagnosis of mild traumatic brain injury with evidence: psychometric support for the

- acute concussion evaluation. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 23, 230-242.
- Greenberg, S. M. (2006). *Handbook of neurosurgery*. (6th ed.). New York: Theme.
- King, N. S., Crawford, S., Wenden, F. J., Moss, M. E., & Wade, D. T. (1995). The rivermead post concussion symptoms questionnaire: a measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. *Journal of Neurology*, 242, 587-592.
- King, N. S., & Kirwilliam, S. (2011). Permanent post-concussion symptoms after mild head injury. *Brain Injury*, 25, 462-470. doi: 10.3109/02699052.2011.558042
- Kliangda, R. (2009). *Experience of headache, management strategies and health related quality of life in patients with mild traumatic brain injury*. Unpublished master thesis. Mahidol University, Thailand.
- Kristofersson, G. K. (2012). *The effects of a mindfulness based intervention on impulsivity, symptoms of depression, anxiety, experiences and quality of life of persons suffering from substance use disorders and traumatic brain injury* (Doctoral dissertation). Diakses dari ProQuest Dissertation and Theses database. UMI No. 3540920
- Lannsjö, M., Af Geijerstam, J. L., Johansson, U., Bring, J., & Borg, J. (2009). Prevalence and structure of symptoms at 3 months after mild traumatic brain injury in a national cohort. *Brain Injury*, 23, 213–219. doi:10.1080/02699050902748356
- Len, K. T., & Neary, P. J. (2011). Cerebrovascular pathophysiology following mild traumatic brain injury. *Scandinavian Society of Clinical Physiology and Nuclear Medicine*, 31, 85-93. doi: 10.1111/j.1475-097X.2010.00990.x
- Marshall, S., Bayley, M., McCullagh, S., Velikonja, D., & Berrigan, L. (2012). Clinical practice guideline for mild traumatic brain injury and persistent symptom. *Canadian Family Physician*, 58, 257-267.
- Munjal, S. K., Panda, N. K., & Pathak, A. (2010). Relationship between severity of traumatic brain injury and extent of auditory dysfunction. *Brain Injury*, 24, 525 – 532.
- McCrea, M. A. (2008). *Mild traumatic brain injury and postconcussion syndrome*. Oxford: Oxford Press.
- Nolin, P., & Heroux, L. (2006). Relations among sociodemographic, neurologic, clinical, and neuropsychologic variables, and vocational status following mild traumatic brain injury: A follow-up

- study. *Journal Head Trauma Rehabilitation*, 21, 514-540.
- Paniak, C., Reynolds, S., Philips, K., Toller-Lobe, G., Melnyk, A., & Nagy, J. (2002). Patient complaints within 1 month of mild traumatic brain injury: a controlled study. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 319-334.
- Prigatano, G. P., & Gale, S. D. (2011). The current status of postconcussion syndrome. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 243–250. doi:10.1097/YCO.0b013e328344698b
- Roe, C., Sveen, U., Alvsaker, K., & Bautz-Holter, E. (2009). Post-concussion symptoms after mild traumatic brain injury: influence of demographic factors and injury severity in a 1-year cohort study. *Disability and Rehabilitation*, 31, 1235-1243.
- Sigurdardottir, S., Andelig, N., Roe, C., Jerstad, T., & Schanke, A. (2009). Post-concussion symptoms after traumatic brain injury at 3 and 12 month post-injury: A prospective study. *Brain Injury*, 23, 489-497.
- Werner, C., & Engelhard, K. (2007). Pathophysiology of traumatic brain injury. *British Journal of Anaesthesia*, 99, 4-9. doi:10.1093/bja/aem131
- Yang, C., Hua, M., Tu, Y., & Huang, S. (2009). Early clinical characteristic of patients with persistent post-concussion symptoms: a prospective study. *Brain Injury*, 23, 299-306.