

Laporan Kasus: G1POA0 Hamil 26 Minggu Belum Inpartu dengan Perdarahan Intraserebral dan Cedera Kepala Sedang e.c Post Trauma Kecelakaan Lalu Lintas Janin Tunggal Hidup Intrauterine Presentasi Kepala

Lisa Dwi Aryani¹, Mega Rusdiyanti¹, Nurul Islamy²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kebidanan dan Kandungan, RSUD Dr. H. Abdul Moeloek

Abstrak

Kecelakaan lalu lintas menjadi penyebab kematian ke-8 di Indonesia. Cedera kepala merupakan cedera mekanik pada kepala yang berdampak luka di kulit kepala, fraktur tulang tengkorak, robekan lapisan pembungkus otak serta kerusakan jaringan otak yang menyebabkan gangguan neurologis. Perdarahan intraserebral merupakan manifestasi klinis dari cedera kepala. Ibu hamil dengan perdarahan intraserebral berisiko mengalami abrupcio plasenta dan persalinan preterm. Studi ini bersifat laporan kasus. Didapatkan data seorang wanita 27 tahun, mengeluhkan nyeri kepala setelah terjatuh dari sepeda motor, pingsan, muntah menyembur, kejang. Pemeriksaan fisik didapatkan sakit sedang, kesadaran compos mentis, GCS 12 (E3M4V5), tekanan darah 110/70 mmhg, nadi 84 kali/menit regular, pernafasan 20 kali/menit, suhu tubuh 36,7°C, vulnus laceratum pada regio frontalis sinistra berukuran 0,2 cm x 7 cm. Pemeriksaan neurologis normal. Pemeriksaan obstetri didapatkan TFU 2 jari di atas pusat, DJJ 157x/ menit, kontraksi HIS (-). Leopold 1 kesan bokong, leopold 2 kesan punggung di kiri dan ekstremitas di kanan, leopold 3 kesan kepala, leopold 4 konvergen. Pemeriksaan dalam, portio tebal, kenyal dan kuncup, pendataran serviks 0%, pembukaan serviks (-). Pasien didiagnosa G1POA0 Hamil 26 Minggu Belum Inpartu dengan ICH dan CKS e.c Post Trauma KLL JTH Intrauterine Preskep. Selanjutnya pasien direncanakan terapi konservatif berupa observasi his, DJJ dan tanda vital ibu, IVFD RL gtt XX/menit, dexamethason 12 mg/hari, nifedipine 4x10 mg PO, ceftriaxone 1 gr/12 jam.

Kata kunci : Cedera Kepala Sedang, Hamil, Perdarahan Intrasebral

Case Report: G1POA0 26 Weeks Pregnant with Intracerebral Haemorrhage and Moderate Head Injury e.c Post Traumatic Traffic Accident Singular Embryo Life Presentation of Head

Abstract

Traffic accidents are the 8th cause of death in Indonesia. A head injury is a mechanical injury to the head which results in injuries to the scalp, fractures of the skull, tears in the lining covering the brain and damage to brain tissue which causes nerve disorders. Intracerebral hemorrhage is a clinical manifestation of head injury. Pregnant women with intracerebral hemorrhage are at risk of experiencing placental abruption and preterm labor. This study is a case report. Data was obtained from a 27-year-old woman who complained of headaches after falling from a motorcycle, fainting, vomiting, and seizures. Physical examination found moderate pain, compos mentis awareness, GCS 12 (E3M4V5), blood pressure 110/70 mm Hg, pulse 84 beats/minute regular, breathing 20 times/minute, body temperature 36.7°C, vulnus laceratum in the left frontalis region measuring 0.2cm x 7cm. Normal nerve examination. Obstetric examination found TFU 2 fingers above center, DJJ 157x/minute, HIS contractions (-). Leopold 1 image of the buttocks, Leopold 2 impression of the back on the left and the extremities on the right, Leopold 3 impressions of the head, Leopold 4 converging. Internal examination, thick portio, supple and bud, cervical effacement 0%, cervical dilatation (-). The patient was diagnosed as G1POA0 26 weeks pregnant and not yet in labor with ICH and CKS e.c Post Trauma KLL JTH Intrauterine Preskep. Furthermore, the patient plans agulation therapy in the form of observation, FHR and maternal vital signs, IVFD RL gtt XX/minute, dexamethasone 12 mg/day, nifedipine 4x10 mg PO, ceftriaxone 1 gram/12 hours.

Keywords : Moderate Head Injury, Pregnant, Intracerebral Haemorrhage

Korespondensi: Lisa Dwi Aryani, alamat Jl. Sam Ratulangi, No.17, Penengahan Raya, Tanjung Karang Pusat, Bandar Lampung, HP 082160171667, e-mail lisadwiaryani1@gmail.com

Pendahuluan

Kecelakaan lalu lintas menjadi salah satu penyebab kematian ke-8 di Indonesia.

Menurut data laporan *World Health Organization (WHO)*, 1,2 juta orang dengan diagnosis cedera kepala berat mengalami

kematian akibat kecelakaan lalu lintas. Di Indonesia, menurut data Riset Kesehatan Dasar (RISKEDAS), presentase kasus cedera kepala berada pada angka 11,9%. Menurut data Badan Pusat Statistik, kecelakaan lalu lintas di Indonesia mengalami kenaikan rata-rata 4,87% per tahun selama kurun waktu 2015-2019. Kenaikan ini diikuti dengan kenaikan jumlah korban meninggal dunia dan luka ringan (1,41% dan 6,26%), serta kenaikan nilai kerugian materi akibat kecelakaan (4,23% per tahun) (BPS, 2020). Kenaikan tersebut sangat tinggi dibandingkan di negara tetangga, seperti Singapura, Malaysia, dan Australia.¹

Cedera kepala (trauma capitis) merupakan cedera mekanik yang mengenai kepala secara langsung (*coup*) ataupun tidak langsung (*countrecoup*) yang berdampak pada luka di kulit kepala, fraktur tulang tengkorak, robekan pada lapisan pembungkus otak serta kerusakan jaringan otak yang dapat menyebabkan gangguan neurologis.² Cedera kepala dapat menyebabkan kerusakan yang *irreversible*. Berbeda dengan organ lainnya, trauma mekanik pada kepala dapat memberikan gangguan kompleks pada sistem tubuh akibat struktur anatomik dan fisiologik dari isi ruang tengkorak berupa cairan serebrospinal, selaput otak, jaringan saraf, pembuluh darah, tulang dan otak. Peningkatan tekanan intrakranial, fraktur tulang tengkorak, pendarahan, edema jaringan otak, dan hipoksia merupakan permasalahan yang dapat timbul akibat cedera kepala³

Derajat keparahan cedera kepala dibagi menjadi ringan, sedang dan berat yang dapat dinilai dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS). GCS merupakan indikator penting dalam menilai tingkat keparahan cedera kepala dengan menilai respon mata, verbal, serta respon motorik seseorang. Cedera Kepala Ringan (CKR) ditandai dengan nilai GCS 13-15, nyeri kepala, tanpa adanya fraktur tengkorak, kontusio serebri, atau hematoma, serta dapat terjadi kehilangan kesadaran dalam <30 menit. Cedera Kepala Sedang (CKS) ditandai dengan nilai GCS 9-12, dapat mengalami

fraktur tengkorak, disorientasi ringan (bingung), nyeri kepala, mual, muntah, serta kehilangan kesadaran. Cedera Kepala Berat (CKB) ditandai dengan nilai GCS 3-8, kontusio serebri, laserasi/hematoma intrakranial dan dapat mengalami kehilangan kesadaran >24 jam.^{4,5}

Perdarahan intraserebral akibat trauma merupakan manifestasi klinis dari cedera kepala dengan mekanisme *contusio contrecoup*, yaitu otak menjauh dari lokasi benturan untuk terluka di area berlawanan dari tengkorak. Pergerakan otak ke satu arah menghasilkan stres ke area otak yang berlawanan dan menyebabkan kerusakan pada jaringan otak tersebut. Selama tumbukan, cairan serebrospinal bergerak menuju lokasi benturan dan menggusur otak yang kurang padat ke arah yang berlawanan⁶

Pada hampir 40% kasus, peningkatan volume perdarahan intrakranial terjadi dalam beberapa jam pertama setelah trauma, dan dapat menyebabkan timbulnya *massa effect*, hipertensi intrakranial refrakter, dan herniasi. Tingkat keparahan trauma, usia lanjut, lesi multipel, dan deviasi garis tengah atau kompresi sisternal adalah beberapa faktor yang terkait dengan pertumbuhan perdarahan intraserebral dan hematoma⁷

Kasus

Pasien wanita, Ny D, usia 27 tahun datang ke IGD Ponek RSUD Abdul Moeloek pada pukul 02.37 WIB dengan diagnosis rujukan G1POA0 Hamil 26 Minggu Belum Inpartu dengan Cedera Kepala Sedang e.c Post Trauma Kecelakaan Lalu Lintas JTH Intrauterine Preskep.

Pasien dengan usia kehamilan 26 minggu mengeluhkan nyeri kepala setelah terjatuh dari sepeda motor. Kejadian terjadi akibat pasien terpeleset di jalan menurun karena rusaknya rem dan terjatuh dengan mekanisme kepala bagian depan terbentur aspal terlebih dahulu. Pasien sempat pingsan selama lebih kurang 40 menit. Riwayat muntah menyembur sebanyak 2 kali. Riwayat kejang sebanyak 3 kali selama lebih kurang 2 menit. Pasien ingat proses

kecelakaan 1,5 jam setelah sadar. Riwayat keluar darah atau cairan pada hidung, mulut, telinga dan kemaluan tidak ada. Keluhan nyeri perut dan pinggang tidak ada. Riwayat menderita ayun, menggunakan narkoba, minum alkohol, mengkonsumsi obat-obatan seperti obat batuk, obat penenang, obat tidur dan obat flu tidak ada. Gangguan pendengaran, penglihatan dobel, bicara pelo, fotofobia, gangguan menelan, kelemahan anggota gerak, perubahan tingkah laku, wajah merot, bicara pelo tidak ada.

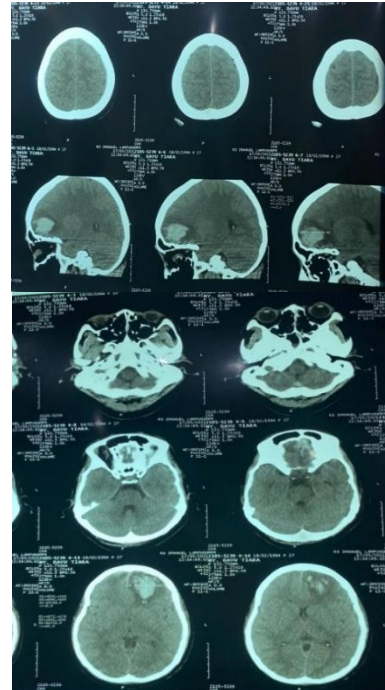
Pemeriksaan fisik didapatkan tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis dengan penilaian GCS 12 (E3M4V5), tekanan darah 110/70 mmhg, nadi 84 kali/menit regular isi cukup, frekuensi napas 20 kali/menit tidak ada sesak, gerak dada simetris, dan suhu tubuh 36,7°C. Didapatkan vulnus laceratum pada regio frontalis sinistra dengan ukuran 0,2 cm x 7 cm. Kepala, leher, thorax, abdomen, dan ekstremitas dalam batas normal.

Pada pemeriksaan neurologis dari nervus I- XII tidak ada kelainan, Refleks patologis dan fisiologis dalam batas normal, rangsang selaput otak tidak ada kelainan.

Pada pemeriksaan obstetri didapatkan tinggi fundus uterus (TFU) 2 jari di atas pusat, detak jantung janin (DJJ) 157x/ menit dan tidak ada kontraksi HIS. Pada palpasi abdomen ditemukan Leopold 1 kesan bokong, leopold 2 kesan punggung di kiri dan kesan ekstremitas di kanan, leopold 3 kesan kepala, dan leopold 4 konvergen. Pada pemeriksaan dalam ditemukan portio tebal, kenyal dan kuncup, pendataran serviks 0% dan tidak ditemukan adanya pembukaan serviks. Sehingga pasien didiagnosis dengan G1POA0 Hamil 26 Minggu Belum Inpartu dengan Cedera Kepala Sedang e.c Post Trauma Kecelakaan Lalu Lintas Janin Tunggal Hidup Intrauterine Presentasi Kepala.

Pemeriksaan darah lengkap didapatkan Hb 10,5 g/ dL, leukosit 19.530 / uL, eritrosit 3,2 juta / uL, hematokrit 31%, Ureum 12 mg/dl, natrium 119 mmol/L, kalium 3,2 mmol/L, kalsium 8,3 mg/dl. Pemeriksaan penunjang *Ultrasonography*

(USG), didapatkan hasil JTH intrauterin, usia kehamilan 26 minggu 2 hari, plasenta di anterior dan tidak ditemukan adanya tanda solusio plasenta, Ketuban cukup. Pemeriksaan CT scan kepala dari RS rujukan didapatkan hasil adanya gambaran hiperdens di area lobus frontal sinistra.



Gambar 1. Hasil CT Scan Kepala

Penatalaksanaan pada kasus ini antara lain diberikan IVFD RL 20 gtt/menit, dilakukan manajemen konservatif untuk kehamilan dan konsul ke departemen bedah saraf untuk cedera kepala dan perdarahan intracerebral. Manajemen konservatif dilakukan dengan observasi tanda-tanda vital ibu, ada tidaknya kejang, kontraksi his dan denyut jantung janin. Pasien diberikan medikamentosa inj Dexamethason 12 mg/ hari selama 2 hari, inj ceftriaxone 1 gr/ 12 jam, dan nifedipine 10 mg/ 6 jam per oral. Pasien diobservasi selama 2 hari dan didapatkan hasil tanda-tanda vital baik, tidak kejang, denyut jantung janin normal dan tidak ada kontraksi his. Pasien diperbolehkan pulang dengan membawa obat asam folat dan phenitoin (diminum bila kejang).

Pembahasan

Seorang ibu, usia 27 tahun datang ke

Intalasi Gawat Darurat Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (IGD PONEK) Rumah Sakit Abdul Moelek dilakukan didiagnosis dengan G1P0A0 hamil 26 minggu belum inpartu dengan cedera kepala sedang e.c post trauma kecelakaan lalu lintas janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik umum, neurologis, obstetrik dan pemeriksaan penunjang.

Cedera kepala berat pada penderita dengan kehamilan relatif jarang terjadi, akan tetapi, berisiko dua kali lipat dibandingkan cedera tanpa kehamilan sebab menyebabkan ancaman keselamatan ibu dan janinnya. Beberapa kasus telah dilaporkan mengenai perawatan intensif ibu dengan kehamilan preterm disertai cedera kepala berat, kehamilannya dipertahankan hingga bayinya cukup mampu untuk hidup di luar kandungan, kemudian dilakukan terminasi kehamilan.⁸

Cedera kepala hingga saat ini masih merupakan penyebab kematian dan kesakitan di dunia pada populasi di bawah usia 45 tahun. Berbagai penelitian eksperimental dan analisis klinis tentang biomekanisme cedera dan kerusakan jaringan telah menambah wawasan mengenai patofisiologi utama kejadian yang bertanggung jawab dalam mendefinisikan penyebab atau melakukan strategi baru dalam pengobatan.

Klasifikasi cedera kepala berdasarkan patokan klinis adalah klasifikasi menurut *Glasgow Coma Scale (GCS)* yang pertama kali diperkenalkan oleh Teasdale dan Jennet tahun 1974. Berdasarkan klasifikasi ini, Valadka dan Narayan pada tahun 1996 mengelompokan cedera kepala menjadi tiga yaitu cedera kepala ringan (CKR) dengan GCS 14-15, cedera kepala sedang (CKS) dengan nilai GCS 9-13 dan cedera kepala berat (CKB) dengan nilai GCS 3-8.⁹

Pada pasien ini, didiagnosis dengan cedera kepala sedang berdasarkan klasifikasi cedera kepala berdasarkan skoring GCS pada pemeriksaan fisik, yaitu pasien E3M4V5 dapat membuka mata bila dipanggil atau dengan rangsangan suara,

menarik anggota badan bila dirangsang nyeri, dapat berkomunikasi secara verbal dengan baik dan jawaban tepat.

Klasifikasi lain adalah berdasarkan mekanisme utama cedera otak traumatika yaitu 1) kerusakan otak fokal akibat cedera langsung pada otak berupa kontusi, laserasi dan perdarahan intrakranial dan 2) kerusakan otak difus akibat cedera akselerasi dan deselerasi berupa cedera axon difus atau edema otak. Luaran cedera kepala ditentukan oleh dua mekanisme yang berbeda: a) Kerusakan primer (*Primary insult*; kerusakan mekanis) yang terjadi saat terjadi cedera.

Tabel 1. Klasifikasi cedera kepala berdasarkan nilai Glasgow Coma Scale (GCS)

Glasgow coma Scale	Score
Respon Membuka Mata (E)	
Buka mata spontan	4
Buka mata bila dipanggil/rangsangan suara	3
Buka mata bila dirangsang nyeri	2
Tak ada reaksi dengan rangsangan apapun	1
Respon Verbal (V)	
Komunikasi verbal baik, jawaban tepat	5
Bingung, disorientasi waktu, tempat, dan orang	4
Kata-kata tidak teratur	3
Suara tidak jelas 2	2
Tidak ada reaksi apapun	1
Respon motorik (M)	
Mengikuti perintah	6
Dengan rangsangan nyeri, dapat mengetahui tempat rangsangan	5
Dengan rangsangan nyeri, menarik anggota badan	4
Dengan rangsangan nyeri, timbul reaksi fleksi abnormal	3
Dengan rangsangan nyeri, timbul reaksi ekstensi abnormal	2
Dengan rangsangan nyeri, tidak ada reaksi	1

b) kerusakan sekunder (*Secondary Insult*; kerusakan non-mekanis yang tertunda) merupakan gambaran proses patologis yang dimulai saat cedera disertai dengan gejala klinis yang tertunda. Iskemia serebri

dan hipertensi intrakranial merupakan penyebab kerusakan sekunder. Jenis cedera ini berespon terhadap pengobatan.

Peningkatan resiko kelahiran pada ibu hamil sebelum waktunya (preterm) terjadi akibat mekanisme kecelakaan yang menstimulasi kontraksi rahim. Akan tetapi, meskipun biomekanisme terjatuh dapat mempengaruhi kontraksi rahim, hingga saat ini belum banyak diteliti.¹⁰

Persalinan preterm dapat terjadi akibat aktivasi poros hypothalamus-pituitary-ovary (HPO) maternal-fetal, inflamasi atau infeksi, perdarahan desidua atau thrombosis, dan distensi uterus patologis. Faktor risiko lain dari persalinan preterm adalah idiopatik, iatrogenik (elektif), sosiodemografik, faktor ibu, penyakit medis dan keadaan kehamilan, serta infeksi.¹¹

Faktor risiko persalinan preterm dari sisi ibu meliputi preeklampsia berat dan eklampsia, perdarahan antepartum (plasenta previa dan solusio plasenta), korioamnionitis, penyakit jantung, paru, dan ginjal yang berat. Selain itu, kondisi janin seperti gawat janin, anemia, hipoksia, asidosis, gangguan jantung janin, infeksi intrauterine, pertumbuhan janin terhambat, isoimunisasi rhesus, serta lilitan tali pusat menjadi faktor risiko terjadinya persalinan preterm.¹¹

Abruptio plasenta terjadi akibat deselerasi rahim secara tiba-tiba sehingga menyebabkan hilangnya atau lepasnya penempelan plasenta dari dinding rahim. Beberapa penelitian menunjukkan hubungan ketinggian kejatuhan dengan mekanisme abruptio plasenta, tetapi hingga saat ini masih menjadi perdebatan karena ukuran tinggi saat terjadi kecelakaan ataupun terjatuh tidak diketahui ataupun tidak ditulis dalam laporan unit gawat darurat. Cedera yang terjadi pada ibu hamil umumnya tanpa disertai tanda kegawatan janin ataupun ibu berdasarkan pemantauan selama di IGD. Abruptio plasenta dapat menyebabkan fetal distress dan hipoksia akibat menurunnya aliran darah ke uterus sehingga dapat berakhir dengan kematian janin. Hal ini lah yang menjadi alasan

beberapa pusat kesehatan untuk merawat ibu hamil yang mengalami kecelakaan terutama bila usia kehamilan telah memasuki trimester ketiga, atau disertai dengan tanda kegawatan janin, perdarahan dari jalan lahir, atau mekanisme cedera yang hebat. Adapun kematian janin akibat cedera ibu berkisar 3,4 hingga 38 persen akibat abruptio plasenta, kematian ibu, dan syok pada ibu.¹²

Pada pasien ini, didiagnosis dengan belum inpartu karena dari anamnesis dan pemeriksaan fisiknya tidak ada tanda-tanda inpartu, seperti rasa nyeri akibat his yang lebih kuat, sering, teratur, keluar lendir bercampur darah akibat robekan-robekan kecil pada serviks, ataupun pecahnya ketuban dan serviks yang lebih mendatar akibat adanya pembukaan.

Tabel 2. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kematian janin pasca trauma.⁸

Faktor yang Berhubungan Dengan Kematian Janin Pasca Trauma
Ibu mengalami hipotensi
ISS yang tinggi
Terlempar dari kendaraan bermotor
Ibu tertabrak kendaraan bermotor
Ibu mengalami Fraktur pelvis
Ibu mengkonsumsi alkohol
Ibu berusia muda
Ibu merokok
Ruptur uteri

Presentasi klinis dari ICH biasanya terdiri dari onset defisit neurologis fokal yang tiba-tiba. Penurunan tingkat kesadaran, muntah, sakit kepala, kejang, dan tekanan darah sangat tinggi mungkin menunjukkan adanya ICH. Gejala lain meliputi kelemahan, kesemutan, atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh, sakit kepala parah yang tiba-tiba muncul, kesulitan menelan, masalah dengan penglihatan di satu atau kedua mata, kehilangan keseimbangan dan koordinasi, pusing, masalah dengan keterampilan bahasa (membaca, menulis, berbicara, memahami), mual, muntah, apatis, mengantuk, lesu, kehilangan kesadaran, kebingungan, mengigau.¹³

Diagnosis ICH harus selalu mengandalkan *neuroimaging*. Sebagian besar pasien dengan ICH menunjukkan hilangnya setidaknya dua poin pada *Glasgow Coma Scale* (GCS) selama evaluasi akut dan koma dapat menjadi gejala utama dari perdarahan fossa posterior.¹³

Pada pasien ini, diagnosis ICH ditegakkan berdasarkan adanya gambaran CT-Scan kepala yang menunjukkan gambaran hiperdens di area lobus frontal sinistra.

Pengukuran tanda vital dan pemeriksaan fisik umum harus dilakukan pada semua pasien. *The American Heart Association dan American Stroke Association* (AHA/ASA) merekomendasikan aplikasi rutin skor dasar keparahan neurologis. GCS merupakan alat yang dikenal cepat untuk evaluasi kesadaran. Pada pasien ICH, hitung darah lengkap, elektrolit dan kreatinin, pemeriksaan glukosa dan koagulasi harus dilakukan. *Noncontrast computerized tomography* (NCCT) adalah teknik yang cepat dengan sensitivitas yang sangat baik untuk mengidentifikasi akut ICH, dan merupakan sebagai *gold standard* untuk diagnosis ICH. Di luar diagnosis ICH, NCCT dapat memberikan elemen yang berguna seperti lokasi ICH, ekstensi intraventrikular, hidrosefalus, keberadaan dan derajat edema, dan pergeseran garis tengah atau kompresi batang otak akibat efek massa dari hematoma.¹⁴

Dalam keadaan kejang, terjadi potensial aksi dan timbul kejang akibat adanya pembukaan saluran Na^+ yang dipicu oleh depolarisasi (pembukaan kanal Ca^{2+}). Obat-obatan yang berperan dalam inaktivasi kanal Na^+ , seperti fenitoin, menghambat terbukanya kembali kanal Na^+ (inaktivasi) sehingga tidak terjadi potensial aksi dan menurunkan serangan.¹⁵

Penatalaksanaan pada pasien ini sudah tepat, yaitu konservatif, dengan mempertahankan kehamilan sampai usia kehamilan mencapai usia aterm. Penatalaksanaan konservatif meliputi pemberian obat tokolitik dan pemberian obat untuk pematangan paru janin.

Pemberian obat tokolitik yaitu dengan pemberian Dexamethason 12 mg/ hari selama 2 hari dan nifedipine 10 mg/ 6 jam per oral. Pemberian antibiotik inj ceftriaxone 1 gr/ 12 jam, diberikan untuk mencegah infeksi intrauterin akibat terhubungnya cavum intrauterine dengan dunia luar sebagai profilaksis resiko pecahnya selaput ketuban akibat trauma kecelakaan lalu lintas.

Pada ibu hamil dengan resiko terjadi persalinan preterm dan/atau menunjukkan tanda-tanda persalinan preterm perlu dilakukan intervensi untuk meningkatkan *neonatal outcomes*. Beberapa langkah yang dilakukan pada persalinan preterm, terutama mencegah morbiditas dan mortalitas neonatus preterm adalah menghambat proses persalinan preterm dengan pemberian tokolisis, pematangan paru janin dengan kortikosteroid dan bila perlu dilakukan pencegahan terhadap infeksi. Beberapa macam obat yang dapat diberikan sebagai tokolisis adalah golongan kalsium antagonis, misalnya Nifedipine 10 mg/oral diulang 2-3 kali/jam, dilanjutkan tiap 8 jam sampai kontraksi hilang dan dapat diberikan lagi jika kontraksi berulang dan dosis perawatan 3 x 10 mg. Alternatif medikasi lainnya adalah golongan β -mimetik lain seperti salbutamol, terbutaline, ritrodin dan soksuprin atau sulfat magnesium (MgSO_4) dan antiprostaglandin (indometasin), namun jarang dipakai karena efek samping pada ibu ataupun janin.

Pemberian terapi kortikosteroid bertujuan untuk pematangan surfaktan paru janin, menurunkan insidensi RDS, mencegah perdarahan intraventrikular, yang akhirnya dapat menurunkan resiko kematian neonatus. Kortikosteroid perlu diberikan jika usia kehamilan < 35 minggu. Obat yang dapat diberikan adalah deksametason (dengan dosis 4x 6 mg i.m dengan jarak pemberian 12 jam) atau beksametason (dengan dosis 2 x 12 mg i.m dengan jarak pemberian 24 jam).

Simpulan

Seorang wanita, usia 27 tahun

didiagnosa dengan G1POA0 hamil 26 minggu belum inpartu dengan perdarahan intraserebral dan cedera kepala sedang e.c post trauma kecelakaan lalu lintas JTH intrauterine preskep. Penatalaksanaan pasien secara konservatif sudah tepat.

Daftar Pustaka

1. World Health Organization. Measuring Progress Towards Universal Health Coverage. Paris: OECD Publishing Health at a Glance Asia Pacific; 2020.
2. Sjahrir H. Nyeri Kepala dan Vertigo. Yogyakarta: Pustaka Cendekia Press; 2012.
3. Price SA, Wilson LM. Patofisiologi konsep klinis dan proses-proses penyakit. Edisi ke-6. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2014.
4. Jallo J, Loftus CM. Neurotrauma and Critical Care of the Brain. 2nd edition. New York: Thieme; 2018.
5. Michael A, Revest P, Shortland P. System of the body: The nervous system: basic science and clinical conditions. 2nd edition. Elsevier; 2010.
6. Gabriel AQ, Yeider DE, Huber PZ, Luis RF, Ravish K, Harsh D. The Puzzle Of Spontaneous Versus Traumatic Intracranial Hemorrhages. Egyptian Journal of Neurosurgery. 2020; 35(13).
7. William NP, Orlando DJ, Andrew N. Contrecoup Brain Injury. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2021.
8. Arifin Z, Leo S, Priguna FT. Cedera kepala berat pada pasien hamil. Jurnal Neuroanestesia Indonesia. 2012;1(3):149-157
9. Sjamsuhidajat R, De Jong W, Editors. Buku Ajar Ilmu Bedah Sjamsuhidajat-De Jong. Sistem Organ dan Tindak Bedahnya. Edisi ke-4. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2017.
10. Grossman NB. Blunt Trauma in Pregnancy. American Family Physician Journal. 2015;70:1303-10.
11. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia. Panduan Pengelolaan Persalinan Preterm Nasional Himpunan Kedokteran Fetomaternal POGI. Bandung : Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia;2011.
12. Werner C, Engelhard K. Pathophysiology of Traumatic Brain Injury. Br J Anaesth. 2012; 99(4-9)
13. Morotti A, Joshua N, Goldstein. Diagnosis and Management of Acute Intracerebral Hemorrhage. Emerg Med Clin North Am. 2017; 34(4): 883–899.
14. Adnan IQ, David M, Daniel FH. Diagnosis and Management of Acute Intracerebral Hemorrhage. Minnesota: Department of Neurology, University of Minnesota; 2017.
15. Wibowo S, Gofir A. Farmakologi obat antiepilepsi. Dalam: Buku obat anti epilepsi. Yogyakarta: Penerbit pustaka cendekia press; 2011.