

Penatalaksanaan Contusio Cerebri

Syawaluddin Nasution, Adril A. Hakim

Bagian Neurologi Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
Rumah Sakit Dr Pirngadi, Medan

PENDAHULUAN

Akhir-akhir ini jumlah kendaraan bermotor makin bertambah dan tidak sebanding dengan peningkatan sarana jalan yang tersedia, di samping jumlah manusianya juga makin bertambah; akibatnya angka kecelakaan lalu lintas yang menyebabkan cedera kepala juga ikut meningkat. Dari 2063 penderita kecelakaan lalu lintas yang dirawat di RSCM Jakarta pada tahun 1983 ternyata 35,9% mengalami memar otak (contusio cerebri).

Berat ringannya cedera kepala tergantung pada kekuatan, arah, dan tempat benturan. Pada daerah frontal dan oksipital dimana terdapat otot, kekuatan benturan bisa dikurangi dengan adanya otot-otot tersebut.

Pada contusio cerebri, daerah yang mengalami cedera menjadi-lunak, nekrosis, dan didapati adanya pelebaran pembuluh darah, serta perdarahan kecil di samping hilangnya respons terhadap rangsangan fisiologis. Kerusakan jaringan otak ini menyebabkan gangguan peredaran darah otak (*cerebral blood flow*) dan keadaan ini memperburuk hipoksi otak yang menimbulkan acidosis lokal, edema otak, gangguan autoregulasi dan peninggian tekanan intrakranial. Kondisi di atas menyebabkan adanya defisit neurologis.

PENATALAKSANAAN

Perdefinisi dapat dikatakan bahwa memar otak adalah perdarahan otak tanpa gangguan kontinuitas jaringan yang disebabkan cedera kepala.

Gangguan kesadaran dapat dipantau dengan mempergunakan *Glasgow Coma Scale*. Dengan melihat skor GCS tadi dapat dinilai apakah penderita dalam kondisi membaik atau sebaliknya. Pemeriksaan *CT Scan* kepala sangat dianjurkan bila fasilitas merhungkinkan, terutama bila ada kecurigaan timbulnya

hematom intrakranial.

Sewajarnya penderita contusio cerebri dirawat di ICU dengan fasilitas yang memadai.

Pernafasan

Ditujukan untuk membebaskan jalan nafas dan menjamin ventilasi yang baik.

- bersihkan lendir, muntah, atau darah dari jalan nafas.
- pasang *endotracheal tube*.
- kalau perlu lakukan tracheostomi.
- pemberian O₂ secara intermiten.

Sirkulasi

Dalam waktu 24 jam pertama tekanan darah dan nadi harus dikontrol secara ketat; tiap 15 menit pada 4 jam pertama dan sesudah itu tiap 30 menit. Bila tekanan darah turun, nadi naik berarti *shock*; bila tekanan darah naik, nadi melambat berarti tekanan intrakranial meninggi; sedangkan bila tekanan darah naik, nadi naik berarti permulaan dari hiperkapnia.

Bila ada, *shock* diberantas dengan pemberian infus.

Pemberian cairan dan elektrolit

Masukan cairan dibatasi untuk menghindari menghebatnya edema otak, jumlah cairan diberikan sekedar pengganti cairan yang hilang melalui pernafasan, kulit dan saluran kencing. Pada 3 – 4 hari pertama dapat diberikan cairan sebanyak 1 – 1,5 liter dalam bentuk infus berupa cairan glukose 10% sebanyak 1 – 2 kolf, dan 1 kolf NaCl 0,9%. Kemudian secara bertahap jumlah ini dinaikkan mejadi 1500 – 2000 ml, terbagi atas cairan glukose dan NaCl (3 : 1).

Pemberian makanan

Diberikan makanan personele; biasanya sesudah 48 jam

sesuai dengan terdengarnya peristaltik usus. Jumlah makanan diperhitungkan sesuai dengan cairan, elektrolit dan kalori yang dibutuhkan dihitung bersama dengan cairan infus.

Hari pertama diberikan larutan glukose 10% sebanyak 100 ml tiap 2 jam. Hari berikutnya dapat diberikan susu dengan cairan yang lama. Pemberian protein 100 g/hari untuk 4 – 5 hari, kemudian 400 g/hari, disertai makanan cair.

Pemberian anti edema

Upaya mencegah menghebatnya edema otak, kecuali melalui perbaikan ventilasi, pembatasan cairan yang masuk juga dipergunakan obat baik perinfus maupun parenteral. Mannitol 20%; 500 ml diberikan perinfus selama 30 menit per 24 jam. Gliserol 10%; 500 ml diberikan perinfus selama 6 – 8 jam per 24 jam secara intermiten.

Peranan kortikosteroid sebagai obat untuk mencegah peninggian tekanan intrakranial masih dipertanyakan, namun pemakaian kortikosteroid dapat menstabilkan membran sel dan lisosomal, menghambat agregasi trombosit, melindungi sel endotel kapiler dari pengaruh faktor toksis, dan memelihara metabolisme prostaglandin di tingkat sel. Preparat dexamethason mula-mula diberikan 10 mg intravena, kemudian 5 mg tiap 6 jam selama 2 hari pertama, diteruskan 5 mg/8 jam pada hari ke 3. 5 mg/12 jam pada hari ke 4 dan 5 mg/hari pada hari ke 5.

Pemberian obat-obatan

Bila suhu tubuh penderita mcningkat, diturunkan dengan jalan mengkompres, dan mcmbcri antipiretika, di camping menutupi penderita dengan selimut tipis, dan memperlancar aliran angin dalam ruangan.

Pemberian analgetik pada kasus yang kesakitan, baik karena luka maupun karena fraktur yang dialaminya.

Keadaan gaduh gelisah dapat disebabkan karena nyeri, kandung kencing yang penuh, atau karena tekanan intrakranial yang meninggi. Pemberian *minor tranquilizer* cukup membantu, namun tidak jarang terpaksa dikombinasikan dengan *major tranquilizer* dosis rendah.

KEPUSTAKAAN

1. Beks JWF. **Pathophysiology** of Head Injuries. *Neurona* 1988; 7(1).
2. Capita Selecta Kedokteran U.I.
3. Jennet B. Diagnosis and Management of Head Trauma. *Journal of Neurotrauma*, July 1991.
4. Markam S. **Kumpulan Makalah Neurologi. Bagian Neurologi FKUI.**
5. Minderhoud JP. Medical Management of Head Injuries. *Neurona* 1988; 7(1).
6. Sutanto dkk. Defisit neurologi pada penderita **kecelakaan lalu lintas tanpa atau dengan memakai helm dirawat di RSUP Dr. Sardjito — Yogyakarta.** **Kumpulan Naskah Lengkap, Kongres IDASI Ujung Pandang, 1988.**

