

PRIA 66 TAHUN DENGAN *Intracerebral Hemorrhagic* dan *Intraventricular Hemorrhagic* DENGAN KOMORBID HIPERTENSI STAGE II: LAPORAN KASUS

Men 66 Years As Intracerebral Hemorrhagic And Intraventricular Hemorrhagic With Stage II Hypertension Komorbid: Case Report

Marti Eka Ning Tias¹, Titian Rakhma²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Bagian Ilmu Penyakit Saraf, RSUD dr. Sayidiman Magetan

Korespondensi: Marti Eka Ning Tias¹. March17.tias@gmail.com

ABSTRAK

Stroke merupakan manifestasi klinis akut akibat disfungsi neurologis pada otak yang menetap selama lebih dari 24 jam. Stroke hemorrhagic terjadi karena pembuluh darah otak yang pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembas ke dalam area otak. Stroke menjadi penyebab kematian tertinggi tahun 2012 menurut WHO sebanyak 21%. Insiden stroke pada 200 per 100.000 penduduk dunia, berdasarkan kelompok usia stroke 65-74 tahun 2,7 per 1.000. Pada kasus ini laki-laki 66 tahun dengan keluhan utama tidak dapat diajak komunikasi sejak 30menit post terjatuh saat bekerja disawah. Keluhan sebelumnya kepala pusing, cekot-cekot selama 3 hari, mual muntah 3x, terdapat anggota gerak kanan. Riwayat penyakit hipertensi tidak terkontrol. Keadaan umum lemah, E3VXM5, tekanan darah 205/120 mmHg, nadi 84 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu badan 37 oC. Pemeriksaan neurologis tonus otot ekstremitas kanan menurun, klonus patella (+/+), ankle (+/+), defiasi konjugae (+/-), hoffman (+/+), tromer (+/+), babinsky (+/+). Dari pemeriksaan penunjang kolesterol total 152, trigliserida 54, LDL 91. Hasil CT scan di dapatkan ICH volume 54 cc dilobus frontoparietalis kiri, IVH minimal di ventrikel lateral cornu posterior kiri. Pasien diberikan injeksi citicolin 250mg/12 jam, manitol 100cc/8 jam, pantoprazole /24jam, nicardipin 8cc/jam. Kesimpulan diagnosis klinis afasia motorik, diagnosis topik lesi structural di capsula cerebri, diagnosis etiologi stroke intracerebral hemorrhagic, dan intraventricular hemorrhagic. Melihat luas perdarahan yang terjadi sebaiknya pasien dilakukan craniotomy.

Kata Kunci: *Stroke Iskemik, Hipertensi, Perdarahan intraventricular, Perdarahan intracerebral..*

ABSTRACT

Stroke is an acute clinical manifestation due to neurological dysfunction in the brain that persists for more than 24 hours. Hemorrhagic stroke occurs because the brain's blood vessels burst, causing normal blood flow and blood to seep into the brain area. Stroke is the highest cause of death in 2012 according to WHO by 21%. The incidence of stroke in 200 per 100,000 world population, based on the age group of stroke 65-74 years 2.7 per 1,000. In this case, a 66-year-old man with the main complaint was unable to be invited to communication since 30 minutes of posting fell while working at the rice field. Previous complaints were dizzy head, throbbing pain for 3 days, throwing 3x, there are right limbs. History of hypertension is not controlled. Weak general condition, E3VXM5, blood pressure 205/120 mmHg, pulse 84 times / minute, respiration 20 times / minute, body temperature 37 oC. Neurological examination of decreased right limb tone, patellar clone (+ / +), ankle (+ / +), conjugated defiation (+/-), hoffman (+ / +), tromer (+ / +), babinsky (+ / +)). From investigations of 152 total cholesterol, triglycerides 54, LDL 91. CT scan results obtained ICH volume of 54 cc in the frontoparietalis left lobe, minimal IVH in the left ventricle lateral posterior cornu. Patients were given 250 mg / 12 hours of citicolin injection, mannitol 100cc / 8 hours, pantoprazole / 24 hours, nicardipin 8cc / hour. Conclusions of the clinical diagnosis of motor aphasia, the topic of structural diagnosis in cerebral capsules, the etiologic diagnosis of intracerebral hemorrhagic stroke, and intraventricular hemorrhage. Seeing the extent of bleeding that occurs in patients undergoing craniotomy.

Keywords: *ischemic Stroke, hypertension, intraventricular bleeding, intracerebral bleeding*

2. ANAMNESIS

PENDAHULUAN

Stroke merupakan tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global dengan gejala yang berlangsung lebih dari 24 jam hingga menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab yang jelas selain vaskular (Sacco dkk, 2013). Stroke menjadi penyebab kematian tertinggi pada tahun 2012 menurut WHO *country risk profile*, yaitu sebanyak 21%. Prevalensi stroke di Indonesia sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Insiden stroke pada 200 per 100.000 penduduk dunia, berdasarkan kelompok usia stroke 65-74 tahun 2,7 per 1.000 (Rikesdas, 2013). Perdarahan intraventrikular timbul pada 12% sampai 45%. Kasus ICH dapat timbul tanpa keterlibatan komponen parenkim. ICH menjadi penyebab timbulnya IVH dengan mortalitas 45-80%. Pada pasien ICH primer 40% mengalami IVH (Nyquist, 2015). Sedangkan, ICH primer disebabkan oleh hipersensitif kronik yang menyebabkan vaskulopati kronik sehingga mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak. Sedangkan perdarahan sekunder bukan akibat hipertensif, melainkan akibat anomali vascular konginetal, koagulopati, tumor otak, vaskulopati non hipertensif (*amiloid serebral*), *post stroke iskemik*, obat anti koagulan (fibrinolitik atau simpatomimetik). Pecahnya pembuluh darah disebabkan oleh kerusakan dinding arteri (*arteioskeloris*), atau karena kelainan konginetal seperti malformasi arteri-vena, infeksi, dan adanya trauma (Misbach, 2014).

LAPORAN KASUS

1. IDENTITAS PASIEN

Nama : Tn. Sr
Jenis Kelamin : Laki-laki
Usia : 66 tahun
Pekerjaan : Petani
Alamat : Randugede 14/3
Agama : Islam
Masuk RS : 14-10-2019
Tanggal Periksa : 15-10-2019

- a. Keluhan utama
Tidak bisa diajak komunikasi
- b. Riwayat penyakit sekarang
Pasien diantar oleh keluarga ke IGD RSDS dr.Sayidiman Magetan pada pukul 09.44 dengan keluhan utama tidak dapat diajak komunikasi sejak setengah jam yang lalu. Kronologi yang didapatkan, pasien tiba-tiba tidak dapat diajak komunikasi setelah terjatuh saat beraktivitas disawah pukul 08.00, posisi jatuh dalam posisi duduk, dalam kondisi tidak pingsan. Sebelumnya pasien mengeluhkan kepala pusing dan ceket-cekot selama 3 hari berturut-turut. Kondisi lain yang menyertai pasien saat ini lemas, mual muntah kurang lebih 3x, muntah cair tanpa ampas berwarna putih, kelemahan anggota gerak kanan. Adapun riwayat penyakit pasien adalah hipertensi (140-160 mmHg), namun tidak terkontrol, riwayat merokok sejak muda 11-14 batang per hari. Riwayat riwayat kejang (-), riwayat terbentur benda tumpul (-), Sebelumnya sudah dicoba memberikan makan dan minum namun tidak tersedak.

- a. Riwayat penyakit dahulu:
 - 1) Riwayat hipertensi : ada, tidak terkontrol
 - 2) Riwayat diabetes mellitus: disangkal
 - 3) Riwayat penyakit paru kronis : disangkal
 - 4) Riwayat penyakit jantung : disangkal
 - 5) Riwayat stroke : disangkal
- b. Riwayat kebiasaan
 - 1) Riwayat merokok: (+)sejak muda 11-14 batang per hari. Termasuk dalam perokok sedang (WHO, 2013)
 - 2) Riwayat minum alcohol: disangkal
 - 3) Riwayat konsumsi obat penenang, konsumsi narkotika : disangkal
- c. Riwayat Keluarga
 - 1) Riwayat asma : disangkal
 - 2) Riwayat Hipertensi : tidak ada
 - 3) Riwayat diabetes mellitus :

- disangkal
- 4) Riwayat penyakit jantung: disangkal
- 5) Riwayat stroke : disangkal

3. PEMERIKSAAN FISIK

a. Status Generalis

- 1) Keadaan Umum: Lemah
- 2) GCS: E3VXM5
- 3) Siriraj Score : $(2,5 \times 0) + (2 \times 1) + (2 \times 1) + (0,1 \times 120) - 12 = 4$
- 4) Skor Gadjah Mada : Nyeri kepala (+)
- 5) NIHHS : 13
- 6) Tekanan Darah : 205/120 mmHg
- 7) Nadi : 84 kali/menit
- 8) Respirasi : 20 kali/menit
- 9) Suhu : 37 oC

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Status generalis
 - a) Kepala: Normocephal, pupil isokor (+/+), edema palpebral (-), sclera icteric (-), konjungtiva anemis (-), trauma (-)

Pemeriksaan	Ekstremitas Atas		Ekstremitas Bawah	
	Kiri	Kanan	Kiri	Kanan
Kekuatan	3/ 3/ 3	1/ 1/ 1	4/ 4/ 4	1/ 1/ 1
Gerakan	Bebas Terbatas	Terbatas	Bebas Terbatas	Terbatas
Tonus	DBN	Turun	DBN	Turun

- b) Leher : Gerakan leher normal (fleksi dan ekstensi).
- c) Thoraks
 - Paru
 - Inspeksi: Warna kulit normal, pengembangan dada simetris
 - Palpasi: Gerakan dada simetris kanan dan kiri

- Perkusi : sedikit redup/pekak
- Auskultasi: sdv (+/+) rhonki (-/-), wheezing (-/-)

Jantung
Inspeksi: iktus kordis tidak tampak

Palpasi: iktus kordis teraba (+) di SIC V linea midklavikularis sinistra

Perkusi : kanan atas SIC II linea parasternalis dextra. kanan bawah SIC IV linea parasternalis dextra.

kiri atas SIC II linea parasternalis sinistra.

kiri bawah SIC V linea midklavikularis sinistra.

Auskultasi: bunyi jantung I & II irreguler

d) Abdomen

- Inspeksi: distended (-)
- Auskultasi: Bising usus (+)
- Perkusi: timpani (+)
- Palpasi: supel, turgor kulit kembali cepat.

e) Ekstremitas

Akral hangat (+/+), CRT <2dtk.

2) Status saraf

1. Kesadaran

Kualitatif :
Kuantitatif : E2VXM3

2. Tanda Meningeal :

- Kaku kuduk : (+)
- Brudzinski I : (+)
- Brudzinski II : (+)
- Brudzinski III : (+)
- Brudzinski IV : (-)
- Kernig sign : (-)

- Lateralisasi : (+) Dextra

- Defiasi conjugae: (+)

- Klonus:

patella (+/+)

ankle (+/+)

3. Refleks Fisiologis

+2	+2
+2	+2

4. Refleks Patologis

Hoffman (+/+)

Tromner (+/+)

Babinsky (+/+)

Chaddock (-/-)

Openheim (-/-)

Gordon (-/-)

4. PEMERIKSAAN PENUNJANG

c. Laboratorium :

Darah Lengkap

WBC : 6,11

HGB : 13,7

HCT : 40,2

Trombosit : 207

Cholesterol total: 152

TG : 54

LDL : 91

Faal ginjal

BUN : 19,2

Serum creatinine: 1,27

Elektrolit

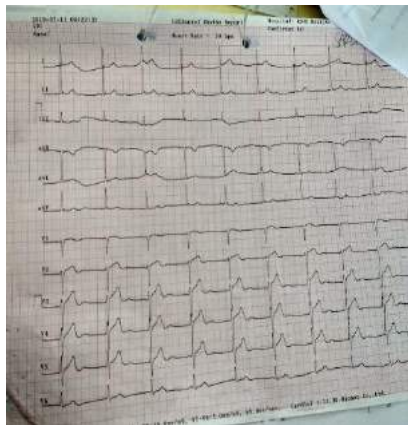
Natrium : 145

Kalium : 3,2

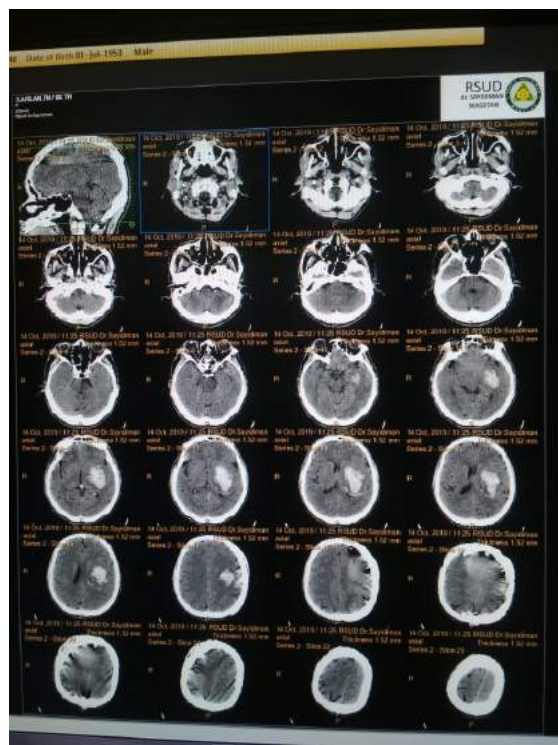
Clorida : 104

Calsium ion : 1,19

d. Pemeriksaan EKG



e. Pemeriksaan CT Scan



Kesan:

ICH volume 54 cc dilobus frontoparietalis kiri, korona radiata kiri dan basal ganglia kiri yang menyebabkan herniasi subfalxine ke kanan sejauh 3,9 mm. IVH minimal mengisi ventrikel lateral cornu posterior kiri, mastoditis kiri.

PENATALAKSANAAN

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, maka :

1. Non Farmakologi
 - Posisi elevasi kepala leher 30 derajat
 - IVFD PZ 16 tpm
 - Nasal Canul + O₂ 3 lpm
 - NGT
 - DC
2. Farmakologi
 - Inj. Citalin 250mg/12 jam
 - Inj. Manitol 100cc/8 jam
 - Inj. Pantoprazole /24jam
 - Inj. Nicardipin 8cc/jam
3. Pemantauan Sistem Saraf Pusat
 - a. Pemantauan tekanan darah
 - b. Pemantauan nadi
 - c. Pemantauan pernapasan dan saturasi oksigen
 - d. Pemantauan refleks-refleks tubuh.

PEMBAHASAN

Pada pasien ini didiagnosis ICH, IVH. Diagnosis didapatkan dari aloanamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Dari aloanamnesis didapatkan keluhan utama tidak dapat diajak komunikasi sejak setengah jam yang lalu dengan onset tiba-tiba setelah terjatuh saat beraktivitas disawah pukul 08.00, posisi jatuh dalam posisi duduk, dalam kondisi tidak pingsan. Sebelumnya pasien mengeluhkan kepala pusing, cekot-cekot selama 3 hari berturut-turut. Kondisi lain yang menyertai pasien saat ini lemas, mual muntah kurang lebih 3x, muntah cair tanpa ampas berwarna putih, kelemahan tangan dan kaki kanan. Adapun riwayat penyakit pasien adalah hipertensi tak terkontrol, riwayat merokok sejak muda 11-14 batang per hari. Riwayat riwayat kejang disangkal, riwayat terbentur benda tumpul disangkal.

Pemeriksaan fisik ditemukan tekanan darah 205/120 mmHg. Jika dilihat, pasien ini mengalami hipertensi grade II. Terdapat keterbatasan gerak pada ekstremitas kanan, tonus otot ekstremitas kanan juga menurun, lateralisasi dextra, klonus (+) patella (+/+), ankle (+/+), defiasi konjugae (+), hoffman (+/+), tromer (+/+), babinsky (+).

Hipertensi merupakan faktor risiko yang paling penting dan merupakan faktor risiko yang dapat dimodifikasi pada perdarahan intraserebral. Penderita hipertensi yang tidak mendapatkan terapi lebih berat dibandingkan penderita hipertensi yang mendapatkan terapi. Faktor risiko perdarahan intraserebral, hipertensi diperkirakan sebagai faktor risiko perdarahan pada daerah *deep hemisfer* dan *brainstem* (Carhuapoma, 2010). Hipertensi menjadi faktor risiko pada terminal akibat pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak yang mengakibatkan perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit maka aliran darah ke otak akan terganggu sehingga sel-sel otak akan mengalami kematian.

Pasien diberikan citicolin sebagai neuroprotektan pada daerah neuronal untuk memperbaiki membran sel dengan cara menambah sintesis *phosphatidylcholine* yang merupakan komponen utama membran sel terutama otak. Meningkatnya sintesis *phosphatidylcholine* akan berpengaruh pada perbaikan fungsi membran sel yang

mengarah sehingga dapat perbaikan sel (Doijad, dkk. 2012), membantu mempertahankan fungsi otak secara normal, mengurangi jaringan otak yang rusak akibat cedera, meningkatkan aliran darah dan konsumsi oksigen di otak. Penggunaan manitol sebagai diuretik osmotik dengan rentang dosis 0,25-1 gram/kg berat badan, diberikan secara bolus intermiten. Manitol dapat menurunkan tekanan intrakranial melalui efek reologik, yaitu menurunkan hematokrit dan viskositas darah, meningkatkan aliran darah ke otak sehingga menurunkan diameter vaskuler otak sebagai hasil dari autoregulasi. Nifedipin merupakan golongan *calcium channel blocker* yang dapat membantu menangani tekanan darah tinggi dengan mekanisme mengurangi kontraksi pembuluh darah ke jantung serta mengurangi beban kerja jantung yang bersamaan dengan masuknya darah dan oksigen.

KESIMPULAN

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan didapatkan :

- Diagnosis Klinis : afasia motorik, keterbatasan gerak pada ekstremitas kanan, tonus otot ekstremitas kanan menurun, lateralisasi dextra
- Diagnosis Topik: Capsula interna dengan perdarahan luas ICH di lobus frontoparietalis kiri, korona radiata kiri dan basal ganglia kiri sehingga herniasi pada subfalx ke kanan serta IVH pada ventrikel lateral cornu posterior kiri, mastoiditis kiri.
- Diagnosis Etiologi : Stroke Hemoragik jenis ICH dan IVH, Hipertensi stage II

DAFTAR PUSTAKA

1. Persatuan Dokter Saraf Indonesia. Guideline stroke. Jakarta: PERDOSSI; 2015. hlm. 32-41.
2. Sacco dkk, 2013. Acute ischemic stroke review. J Neurosci Nurs. 2007; 39(5):285-93, 310.
4. Mardjono M, Priguna S. Neurologi klinis dasar. Edisi ke-6. Jakarta: Dian Rakyat; 2009. hlm. 270-90.
5. Suroto. 2012. Atherosclerosis, Trombosis, dan Stroke Iskemik. Surakarta : UNS Press Publishing and Printing
6. Tobing L. Neurologi klinik pemeriksaan fisik dan mental. Jakarta: FKUI; 2007.

7. Widjaja L. Stroke patofisiologi dan penatalaksanaan. Surabaya: Bagian Ilmu

Penyakit Saraf FK UNAIR; 2013. hlm. 1-48.