

HEMIPARESE SINISTRA, PARESE NERVUS VII, IX, X, XII e.c STROKE NON-HEMORRHAGIC

Neny Khairunnisa¹⁾, Fitriyani²⁾

¹⁾Student of Medical faculty Lampung University ²⁾Neurology Division of Abdoel Moeloek Hospital

Abstract

Background. Stroke or brain attack is a clinical syndrome that early onset of sudden, progressive, fast, and a focal neurological deficitor global, lasting 24 hours or more or immediate cause of death, and solely caused by circulatory disorders of the brain non-traumatic. Hemorrhagic stroke is defined as an on-cerebrovascular disorder caused by blockage of blood vessels due to certain diseases such as atherosclerosis, arteritis, thrombus and embolus. Risk factor for non hemorrhagic stroke, such as hypertension, diabetes mellitus, heart disease, hiperkolesterolemi, smoking, others. **Case.** A 52 years old man presents with sudden left arm and leg weak since 3 days ago. Complaints are not accompanied by vomiting, headache, and loss of consciousness (-) with pelo. Physical examination found blood pressure 150/100 mmHg, mouth attracted towards the right, tongue deviation to the left, uvula deviation to the right, muscle strength obtained a value of 2 on the left arm and a value of 3 on the left leg. Babinsky pathological reflexes in the left inferior extremity. **Conclusion.** Stroke non hemoragic is diagnosed. [**Medula Unila.2014;2(3):52-59**]

Keywords: riskfactors, non-hemorrhagic stroke

HEMIPARESE SINISTRA, PARESE NERVUS VII, IX, X, XII e.c STROKE NON-HEMORAGIK

Abstrak

Latar Belakang. Stroke atau serangan otak adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif, cepat, berupa defisit neurologis fokal dan atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata di sebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Stroke non hemoragik didefinisikan sebagai gangguan cerebrovaskular yang disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah akibat penyakit tertentu seperti aterosklerosis, arteritis, trombus dan embolus. Faktor resiko terjadinya stroke nonhemoragik, antara lain hipertensi, diabetes mellitus (DM), penyakit jantung,hiperkolesterolemi, merokok. Kasus. Seorang laki-laki 52 tahun datang dengan keluhan lengan dan tungkai kirinya mendadak lemah sejak 3 hari yang lalu. Keluhan tidak disertai muntah, nyeri kepala, dan penurunan kesadaran (-) disertai pelo. Pemeriksaan fisik didapatkan TD150/100 mmHg, mulut tertarik kearah sebelah kanan, lidah deviasi ke kiri, uvula deviasi ke kanan, kekuatan otot didapatkan nilai 2 pada lengan kiri dan nilai 3 pada tungkai kiri. Refleks patologis babinsky pada ekstremitas inferior sinistra. Kesimpulan. Diagnosa stroke non hemoragik ditegakkan. [Medula Unila.2014;2(3):52-59]

Kata kunci: faktor risiko, stroke non hemoragik



Pendahuluan

Stroke atau serangan otak adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif, cepat, berupa defisit neurologis fokal dan atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan sematamata di sebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Stroke non hemoragik didefinisikan sebagai sekumpulan tanda klinik yang berkembang oleh sebab vaskular. Gejala ini berlangsung 24 jam atau lebih pada umumnya terjadi akibat berkurangnya aliran darah ke otak, yang menyebabkan cacat atau kematian (PERDOSSI, 2007).

Menurut taksiran WHO, sebanyak 20,5 juta jiwa di dunia sudah terjangkit stroke tahun 2011. Dari jumlahtersebut 5,5 juta jiwa telah meninggal dunia. Penyakit darah tinggi atau hipertensi menyumbangkan 17,5 juta kasus stroke di dunia. Di Indonesia penyakit ini menduduki posisi ketiga setelah jantung dan kanker. Sebanyak 28,5% penderita meninggal dunia dan sisanya menderita kelumpuhan sebagian atau total. Hanya15% saja yang dapat sembuh total dari serangan stroke dan kecacatan (Lloyd *et al*, 2009).

Berdasarkan patofisiologinya stroke terdiri dari stroke non hemoragik dan stroke hemoragik. Stroke non hemoragik adalah tipe stroke yang paling sering terjadi, hampir 80% dari semua stroke. Disebabkan oleh gumpalan atau sumbatan lain pada arteri yang mengalir ke otak. Pada pasien terdapat kelemahan anggota gerak, dan parese nervus VII dan XII yang mengarah pada stroke non hemoragik. Sehingga diperlukan penaganan segera untuk menghindari komplikasi lebih lanjut (Lloyd *et al*, 2009). Terdapat beberapa faktor resiko terjadinya stroke non hemoragik, antara lain usia lanjut, hipertensi, DM, penyakit jantung, hiperkolesterolemia, merokok dan kelainan pembuluh darah otak (Mardjono, 2006).

Gejala neurologik yang timbul akibat gangguan peredaran darah otak bergantung pada berat ringannya gangguan dan lokasi. Gejala utama stroke non hemoragik ialah timbulnya defisit neurologik secara mendadak, didahului gejala



prodromal, terjadi waktu istirahat atau bangun tidur dan kesadaran biasanya tidak menurun (Lumban, 2006).

Kasus

Seorang laki-laki 52 tahun datang dengan keluhan lengan dan tungkai kirinya mendadak lemah sejak 3 hari SMRS. Kejadian ini bermula saat pasien berjalan hendak ke kamar mandi dan tiba-tiba terjatuh, pasien mendadak merasa lemas dan akhirnya terjatuh. Pasien menyangkal adanya muntah, sakit kepala berdenyut maupun perasaan berputar atau sekeliling seakan berputar dan tidak adanya penurunan kesadaran baik sebelum dan sesudah terjatuh. Sejak itu, lengan dan tungkai kirinya tetap terasa lemah meskipun telah beristirahat, pasien juga mengeluh berbicara pelo dan suara bindeng, sehingga dibawa oleh keluarga ke UGD RSAM. Saat di UGD RSAM, tekanan darah pasien diukur dengan hasilnya adalah 150/100 mmHg.

Pasien menyangkal adanya perasaan kesemutan atau baal di wajah atau di anggota geraknya sebelum kejadian. Pasien masih dapat menelan (makanan padat, lunak, maupun cair) dengan lancar, masih dapat BAK dan BAB, serta dapat menahan keinginan BAB maupun BAK seperti biasa (tidak mengompol). Untuk aktivitas sehari-hari (penggunaan toilet, makan, berpakaian, mandi), pasien memerlukan bantuan orang lain.

Pasien baru mengetahui adanya penyakit hipertensi pada dirinya, diabetes mellituss (-), penyakit jantung (-). Riwayat anggota keluarga yang stroke (-); Riwayat darah tinggi (-); Riwayat kencing manis (-). Pasien mengaku terbiasa merokok setiap hari sejak usia ±16 tahun, sehari menghabiskan ±1 bungkus rokok, namun pasien telah berhenti merokok sejak usia 45 tahun. Pasien juga sering meminum kopi (setiap hari) sekitar ±3 gelas/hari. Pasien menyangkal konsumsi minuman beralkohol. Sehari-hari pasien biasa makan tahu, tempe, ikan, kadang-kadang daging ayam/sapi. Pasien mengaku jarang berolahraga, aktivitasnya hanya saat bekerja (bertani) saja.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 150/100 mmHg, nadi 84 kali permenit,



pernapasan 22 kali permenit, suhu 36,8 ^oC. Status generalis didapatkan kepala, mata, hidung, leher, jantung, paru dan abdomen dalam batas normal.

Pemeriksaan neurologis: N.VII: tertawa: tertarik ke kanan, meringis: tertarik ke kanan, menggembungkan pipi: kiri ↓, N.IX & X: uvula: deviasi ke kanan; N.XII: lidah deviasi ke kiri, kekuatan otot didapatkan hasil pada lengan kanan 5 dan tungkai kanan 5, sedangkan pada lengan kiri mendapatkan hasil 2 dan tungkai kiri 3.

Refleks fisiologis (+); refleks patologis : Babinsky -/+. Dari laboratorium didapatkan hasil leukosit 6100/μl; GDS 69, kolesterol total : 201 mg/dl, LDL : 116 mg/dl, kalium : 4,2 mg/dl , klorida : 106 mg/dl.

Pembahasan

Berdasarkan anamnesa pasien seorang laki-laki berusia 52 tahun datang dengan keluhan lengan dan tungkai kirinya mendadak lemah sejak 3 hari SMRS. Kejadian ini bermula saat pasien berjalan hendak ke kamar mandi dan tiba-tiba terjatuh, pasien mendadak merasa lemas dan terjatuh. Pasien menyangkal adanya muntah, sakit kepala berdenyut maupun perasaan berputar atau sekeliling seakan berputar dan tidak adanya penurunan kesadaran baik sebelum dan sesudah terjatuh. R/ hipertensi (+), R/ diabetes mellituss (-), R/ penyakit jantung (-). Riwayat anggota keluarga yang stroke (-); Riwayat darah tinggi (-); Riwayat kencing manis (-). Dilihat dari faktor resiko berupa usia, jenis kelamin dan R/ hipertensi maka pasien memiliki resiko tinggi untuk terjadinya stroke (Rismanto, 2006).

Pasien mengaku terbiasa merokok setiap hari sejak usia ±16 tahun, sehari menghabiskan ±1 bungkus rokok, namun pasien telah berhenti merokok sejak umur 45 tahun. Pasien juga sering meminum kopi (setiap hari) sekitar ±3 gelas/hari. Pasien juga memiliki kebiasaan kurang berolahraga. Dari kebiasaan pasien sehari-hari semakin meningkatkan resiko terjadinya stroke karena kebiasaan merokok dapat meningkatkan resiko terjadinya stroke (Oviana, 2013).

Dari hasil anamnesa dan pemeriksaan baik fisik maupun penunjang dapat dilakukan perhitungan menurut penilaian kategori stroke dengan menggunakan



algoritma gajah mada. Penilaian hasil perhitungan algoritma gajah mada kemudian disesuaikan dengan kriteria yang ada untuk menentukan jenis stroke. Perhitungan algoritma gajah mada yang dinilai adalah ada/tidaknya penurunan kesadaran, ada/tidaknya nyeri kepala, dan terdapat/tidaknya refleks babinsky. Hasil dari perhitungan algoritma gajah mada dinyatakan stroke hemoragik (perdarahan intraserebral) jika didapatkan ketiganya (+)/2 dari 3 kriteria (+), jika didapatkan penurunan kesadaran (+), jika terdapatkan nyeri kepala (+), sedangkan dinyatakan stroke non hempragik jika didapatkan refleks babinsky saja yang postif (+) atau ketiga kriteria tidak ditemukan atau negatif (-). Pada kasus ini tidak terdapat penurunan kesadaran,tidak ada nyeri kepala dan pada pemeriksaan reflek babinsky didapatkan hasil (-/+), maka dari hasil perhitungan dapat dinyatakan stroke non hemoragik (Isabel *et al*, 2006).

Tabel 1. Siriraj Stroke Score

A. Derajat Kesadaran

- Koma: 2

- Apatis: 1

Sadar: 0

B. Muntah

- (+):1

(-):2

C. Sakit Kepala

- (+):1

_ (-):2



D. Tanda-tanda Ateroma

- 1. Angina Pectoris
- (+): 1
- (-): 2
- 2. Claudicatio Intermiten
- (+): 1
- (-):2
- 3. Diabetes Mellitus
- (+): 1
- _ (-):2

Perhitungan dengan menggunakan siriraj stroke score dengan menggunakan rumus, yaitu:

$$SSS = (2,5 \text{ x kesadaran}) + (2 \text{ x muntah}) + (2 \text{ x sakit kepala}) + (0,1 \text{ x TD diastole})$$

- $(3 \text{ x ateroma}) - 12$

Rumus tersebut memiliki skor untuk menentukan jenis stroke yang terjadi. Jika hasilnya 0 maka pemeriksa harus melihat hasil CT scan, jika hasilnya \leq -1 dapat dinyatakan stroke non hemoragik/infark/ischemik, sedangkan jika hasil yang didapat \geq 1 dapat dinyatakan stroke hemoragik.

Dari hasil anamnesis, pemeriksaan baik fisik maupun penunjang serta hasil perhitungan skor dapat ditegakkan diagnosa sebagai berikut: diagnosis klinis yaitu hemiparese sinistra, parese nervus VII, IX, XI, XII. Diagnisis topik yaitu hemisfer cerebri dextra dan diagnosis etiologik yaitu stroke non hemoragik.

Pemberian ringer laktat karena pasien ini mengalami gangguan homeostatis dan harus segera diberi infus untuk mengembalikan keseimbangan air dan elektrolit pasien. Pemberian vitamin B19 sebagai vitamin untuk gangguan neurologiknya. Bisoprolol untuk menurunkan tekanan darah tinggi pada pasien ini, bisoprolol merupakan golongan B-blocker. Penggunaan piracetam bertujuan untuk mengobati gangguan serebrovaskular dan insufisiensi sirkulasi serebral.



Pemberian vasodilator dalam kasus ini diberikan citicoline untuk mengatasi infark cerebral dan dapat mempercepat rehabilitasi tungkai atas dan bawah pada pasien ini.Pasien akan disarankan untuk menjalani rehabilitasi medik untuk memberi kemampuan kepada penderita yang telah mengalami disabilitas fisik dan ataupenyakit kronis, agar dapat hidup atau bekerja sepenuhnya sesuai dengankapasitasnya. Program rehabilitasi medik yang dapat diikuti pasien berupafisioterapi, terapi wicara dan psikoterapi.

Simpulan

Telah ditegakkan diagnosa stroke non hemoragik pada pasien laki-laki usia 52 tahun. Berdasarkan anamnesia dan pemeriksaan fisik, serta telah ditatalaksana baik secara non medikamentosa dan medikamentosa yang sesuai dengan *evidence* base medicine.

Daftar Pustaka

- Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, Appel LJ. 2006. Primary prevention of ischemic stroke: A Guideline From the American Heart Association/American StrokeAssociation Stroke Counsil. Stroke.37:1583-1633.
- Isabel C, Samatra DP, & Nuartha A. 2003. Penentuan stroke hemoragik dan non-hemoragik memakai scoring stroke dalam Kongres Nasional V. 9-13 Juli 2003. Sanur-Bali.
- Lambardo MC. 2005. Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit edisi ke empat. 964-72.
- Lloyd JD, Adams R, Carnethon M, Simone G, Ferguson B, Flegal K. 2009. Heart disease and stroke statistics-2009 Update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and stroke statistics subcommittee. Circulation.119:e21-e181.
- Mardjono M. 2006. Mekanisme gangguan vascular susunan saraf dalam Neurologi klinis dasar edisi kesebelas. Dian Rakyat. 270-93.
- Oviana Y. 2013. Hubungan pola makan, olahraga dan merokok terhadap prevalensi penyakit stroke non hemoragik. The Jambi Medical Journal.
- PERDOSSI. 2007. Konsensus nasional pengelolaan stroke di Indonesia. Jakarta: 3-7.
- Price SA & Wilson LM. 2006. Patofisiologi, konsep klinis proses-proses penyakit jilid 2. Jakarta: EGC. 2006: 1110-19.



Prasetya Y. 2006. Faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian stroke non hemoragik. Universitas Diponegoro.

Rismanto. 2006. Gambaran faktor-faktor risiko penderita stroke di instalasi rawat jalan Rsud Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto Tahun 2006. FKM UNDIP. Semarang. http://www.fkm.undip.ac.id.