

BAB I

PENGANTAR

I. 1. Latar Belakang Masalah

Stroke merupakan penyakit neurologis yang paling banyak dijumpai, baik di negara maju maupun di negara berkembang termasuk Indonesia. Disamping mortalitasnya yang cukup tinggi, penyakit ini juga merupakan penyebab utama cacat fisik sebagai gejala sisa dari serangan penyakit ini.¹

Sebagai masalah masyarakat, stroke merupakan penyebab kecacatan pada manusia yang akan menjadi beban bagi penderita, keluarga dan masyarakat. Usaha untuk mengurangi keadaan ini perlu dilakukan yaitu dengan usaha-usaha promosi dan penanganan terhadap faktor resiko terjadinya stroke. Dalam penatalaksanaannya, stroke digolongkan ke dalam penyakit gawat darurat, sehingga penanganannya memerlukan sistem kerja yang efisien, efektif, tepat dan cepat untuk menyelamatkan nyawa pasien. Setiap dokter dituntut untuk mampu menangani atau setidaknya memberi pertolongan pertam yang tepat sebelum dikirim ke rumah sakit.

Perlombaan dengan waktu dalam penatalaksanaan stroke sangat penting diketahui waktu sesudah serangan stroke yang dapat memberikan peluang untuk memberikan terapi, ada yang menyatakan 3-8 jam, ada yang kurang dari 12 jam, tetapi yang penting semakin cepat penanganannya semakin baik hasil yang di harapkan dan bahkan ada yang menganjurkan pengobatan stroke paling baik sedini

L2. Tinjauan pustaka

L2. (a) Definisi Stroke.

Stroke adalah gangguan fungsional otak fokal maupun global secara akut, lebih dari 24 jam (kecuali ada intervensi bedah atau meninggal), berasal dari gangguan aliran darah otak.

Gangguan fungsional otak fokal karena gangguan aliran darah otak (lesi vaskuler) dapat berupa hemiparesis atau hemiparalisis yang kontralateral terhadap sisi lesi.

Gangguan global ialah terjadinya gangguan kesadaran sampai koma. Hal ini terjadi apabila destruksi morfologik dan kompresi substansia retikularis di diensefalon atau di mesensefalon akibat perdarahan atau infark yang luas.

L2. (b) Pembagian Stroke

Stroke sebagai diagnosa klinis, dibagi menjadi :

I. Stroke non Haemorrhagic

1. Transient Ischemic Attack
2. Stroke in Evolution
3. Trombosis Stroke
4. Embolic Stroke
5. Stroke akibat kompresi terhadap arteri oleh proses di luar arteri, seperti tumor, abses dan granuloma.

II. Stroke Haemorrhagic

L2. (c) Insidensi Stroke

Stroke non-perdarahan merupakan bagian terbesar kasus stroke, yakni sekitar 70 % terdiri dari tromboซิส serebri (60%), emboli serebri (5%) dan lain-lain. Sedangkan stroke perdarahan dijumpai pada 30% kasus stroke.

L2. (d) Patofisiologi

1. Stroke Pendarahan

Faktor resiko terbesar untuk terjadinya perdarahan dalam otak ialah hipertensi. Pecahnya mikroaneurisma dalam arteriola menyebabkan perdarahan di ganglia basalis, talamus, pons atau serebelum.

Sebab lain perdarahan dalam otak ialah angiopati amiloid yang biasanya dijumpai pada usia lanjut. Lokasi perdarahan pada umumnya ialah pada daerah pertemuan korteks dengan substansia putih, sering disebut parietalis posterior.³

2. Stroke non perdarahan (iskhemik)

Iskhemik otak ialah berkurangnya aliran darah ke otak, sehingga terjadi kekurangan persediaan oksigen dan glukose serta zat-zat lain yang penting untuk kehidupan sel-sel otak dan berkurangnya pembuangan CO₂ dan asam laktat.

Pada umumnya stroke iskhemik disebabkan oleh penyumbatan arteri otak akibat arterosklerosis pembuluh-pembuluh darah intra atau ekstra kranium, embolus

1.2. (e) Faktor Resiko Stroke

Faktor resiko stroke adalah suatu karakteristik yang ada pada seseorang (demografi, psikologik, anatomik, fisiologik, patologik) yang dapat menaikkan resiko stroke pada orang tersebut.

Adapun faktor-faktor tersebut menurut urutan kepentingannya adalah :

1. Umur, lebih tua lebih mungkin untuk mengidap stroke.
2. Hipertensi merupakan faktor resiko baik untuk orang tua maupun dewasa muda.
3. Diabetes Mellitus.
4. Faktor keturunan mengembangkan ateroma (aterogenik)
5. Penyakit jantung
6. Merokok
7. Pil KB, obesitas, cara hidup juga merupakan salah satu faktor resiko mengidap stroke.

1.2.(f) Gambaran Klinis

Gambaran klinis stroke bervariasi, namun tanda-tanda dan gejala-gejala stroke lebih sering menunjukkan jenis patalogis stroke.

Pada dasarnya gejala-gejala dan tanda-tanda stroke ditentukan oleh 6 defisit neurologis, yaitu gangguan kesadaran, hemidefisit motorik, hemidefisit sensorik, hemianopsia, gangguan fungsi luhur, defisit batang otak.⁴

Abnormalitas neurologis yang membedakan stroke pendarahan intraserebri dengan stroke iskemik akut atau stroke infark, biasanya berasal

kenaikan tekanan intrakranial yang berasal dari perdarahan intraserebri atau lesi iskemik fokal yang masif dapat berupa penurunan kesadaran (somnia, stupor, koma), nyeri kepala, dan muntah. Manifestasi lesi tersebut disertai dengan hemiparesis/hemiplegia, paresis fasialis dan afasia/gangguan bicara. Biasanya lesi tersebut terjadi pada hemisfer.⁵

Gambaran klinis yang mencolok dari perdarahan intraserebri ialah manifestasi kenaikan intrakranial, setelah 5 sampai 30 menit setelah serangan terjadi penurunan tingkat kesadaran, sebagai akibat kenaikan tekanan intrakranial.

I.2. (g). Diagnosa Stroke

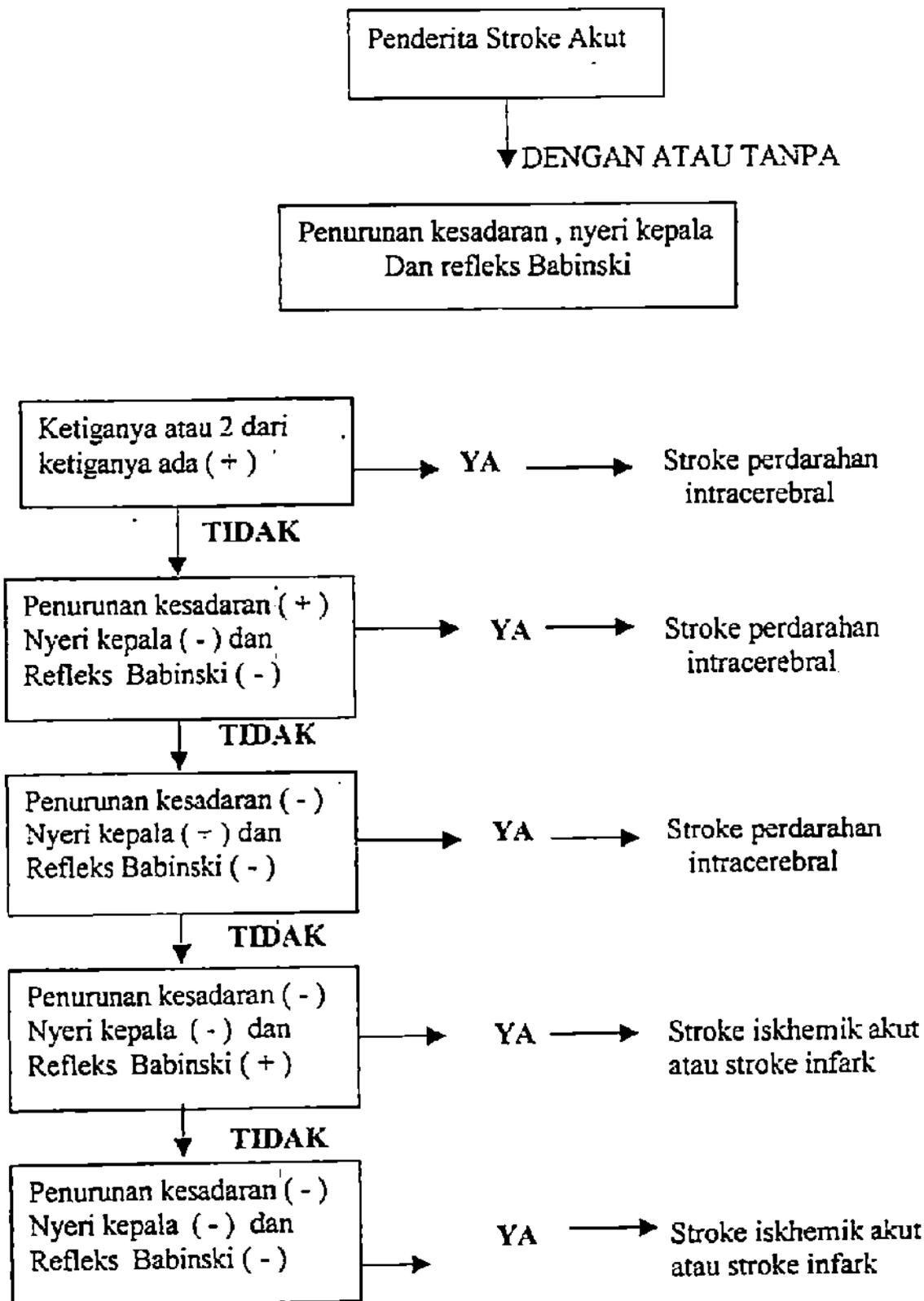
Penegakan diagnosis, penentuan jenis patologis stroke, dan pengobatan yang tepat berperan menurunkan angka mortalitas stroke.⁶

Diagnosis jenis patologis stroke dapat ditegakkan secara tepat dan aman dengan menggunakan pemeriksaan CT-Scan kepala. Dengan dimulainya pemeriksaan CT-Scan kepala pada penderita stroke dengan mudah dan aman, dapat dibedakan jenis patologis stroke, yaitu antara stroke perdarahan intraserebri dengan stroke iskemik atau infark pada fase akut stroke dengan cepat dan akurat.⁷

Penelitian epidemiologis stroke dalam skala besar untuk membedakan stroke perdarahan intraserebri dengan stroke iskemik akut atau stroke infark serebri dengan menggunakan CT-Scan kepala, akan mengalami kesulitan dan akan membutuhkan biaya yang tidak sedikit. Untuk itu diperlukan alternatif lain untuk membedakan

Lamsudin⁸ melaporkan hasil penelitiannya untuk membuat Algoritma Stroke Gajah Mada (ASGM) untuk membedakan stroke perdarahan intraserebral dengan stroke iskemik akut atau infark.

Variabel yang signifikan untuk menyusun ASGM adalah penurunan kesadaran, nyeri kepala pada waktu saat serangan, dan refleks babinski. Hasilnya menunjukkan bahwa ASGM adalah reliabel dan valid untuk membedakan stroke perdarahan intraserebral dengan stroke iskemik akut atau infark. ASGM tersebut



I.2. (h) Prognosis Stroke

Terdapat 6 aspek prognosis, yaitu :

1. Disease

Meskipun Stroke mempunyai onset yang akut, namun bagi para pasien yang selamat, mereka harus menghadapi beberapa kemungkinan yang berlangsung kronik. Yang cukup sering dialami ialah :

- a. Recurrent Stroke (Stroke ulang)
- b. Demensia
- c. Depresi

2. Death.

Kematian yang dapat diakibatkan langsung oleh stroke biasanya terjadi pada minggu-minggu pertama setelah onset.

3. Disability

Selain menyebabkan kematian, stroke juga merupakan penyebab utama kecacatan kronis.⁹ Selain pada anggota gerak, gangguan/kecacatan yang sering muncul sangat bervariasi.

4. Discomfort

5. Dissatisfaction

Tingkat ketidakpuasan pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dibandingkan dengan sebelum mendapat serangan stroke, rata-rata terjadi peningkatan 1,5 sampai 2 kali lipat keluhan gangguan jantung. R:

6. Destitution

.....