

BAB I PENDAHULUAN

I. Latar belakang masalah

Penyakit serebrovaskuler atau yang lazim dikenal sebagai stroke termasuk salah satu golongan penyakit neurologik yang paling sering dijumpai dalam praktek. Stroke dahulu diduga banyak terdapat hanya di negara-negara maju yang menduduki tempat ketiga dalam urutan penyakit yang sering menyebabkan kematian, ternyata juga tidak jarang dijumpai di negara-negara Asia Tenggara.¹

Penyakit ini semakin menarik perhatian orang karena jumlah penderita semakin bertambah dan tetap menduduki urutan teratas dari penderita penyakit saraf yang dirawat inap di rumah sakit.

Insidennya meningkat dengan bertambahnya usia, sehingga dapat diperkirakan bahwa dengan meningkatnya usia harapan hidup, jumlah kasus stroke juga akan bertambah besar. Hal ini dapat dimengerti bila diingat bahwa faktor-faktor risiko lebih sering ditemukan pada usia lanjut. Selain sering menyebabkan kematian, stroke adalah penyebab utama invaliditas, sehingga juga ditinjau dari segi psikologi dan sosio-ekonomi penyakit tersebut merupakan masalah besar.²

Stroke mempunyai sifat serangan yang akut, berakibat fatal terhadap kelangsungan hidup, serta kecacatan yang menetap sehingga ditempatkan dalam kriteria kedaruratan neurologi, artinya para dokter diharuskan secepat mungkin melakukan tindakan untuk mencegah akibat tersebut di atas. Tindakan ini dikenal dengan istilah *therapeutic window*. *Therapeutic Window* adalah waktu sesudah serangan stroke yang dapat memberikan peluang untuk memberikan terapi. Ada yang mengatakan kurang dari 24 jam setelah serangan, dan ada pula yang berpendapat kurang dari 6 jam.

Penanggulangan penderita stroke sebaiknya dilakukan secara komprehensif oleh suatu tim stroke multidisipliner yang terdiri dari spesialis berbagai bidang, diantaranya neurolog, bedah saraf, penyakit dalam, kardiolog, neuroradiolog, neuro-intensivis, fisioterapi, terapis okupasional, terapis wicara, ahli diet, perawat-perawat khusus stroke, perawat-perawat bangsal, pekerja sosial dan ahli farmasi.⁴

Manajemen sebaiknya dilakukan di rumah sakit yang memiliki fasilitas memadai dan terbiasa untuk melakukan tindakan cepat dan efisien. Dalam kenyataannya di Indonesia penanggulangan penderita stroke masih belum memuaskan. Sebagian besar penderita terlambat dirawat di rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan pengalaman untuk menangani penderita stroke, sehingga kesempatan untuk memperbaiki keadaan penderita atau mencegah terjadinya komplikasi sering sudah lewat.⁵

Instalansi gawat darurat merupakan suatu instalansi pelayanan dari rumah sakit yang berfungsi untuk merawat dan melayani pasien yang datang dalam keadaan gawat. Kasus-kasus neurologi yang masuk lewat instalansi gawat darurat didiagnosis sementara oleh dokter umum. Untuk meyakinkan diagnosis sementara tersebut, dokter umum merekomendasikan pasien tersebut ke dokter ahli saraf. Karena kasus stroke merupakan kasus darurat dan memerlukan tindakan *therapeutic window* yang cepat, maka dokter ahli penyakit saraf harus segera datang ke instalansi gawat darurat untuk mendiagnosis klinis dan melakukan tindakan sesuai diagnosisnya baru dikirim ke instalasi rawat inap untuk pengelolaan selanjutnya sesuai prosedur pengobatan standar.

Lamsudi (1998) menyebutkan masalah prinsip untuk memenej kedaruratan stroke adalah secepatnya menegakkan diagnosis stroke secara cepat dan akurat, menentukan jenis patologisnya, memutuskan pemberian terapi yang tepat untuk menyelamatkan nyawa penderita dan atau mencegah terjadinya cacat yang menetap, dan melakukan usaha pencegahan sekunder agar tidak terjadi stroke ulang.⁶

Hachinski (1985) menekankan bahwa penderita stroke akut perlu dirawat di rumah sakit dengan alasan, ketepatan penanganan tergantung kepada kebenaran penegakkan diagnosis, yang hanya dapat dicapai di rumah sakit.⁷

Melihat permasalahan di atas perlu dilakukan suatu pengamatan atau observasi terhadap penderita stroke yang dirawat di instalasi rawat inap. Dilihat berapa lama waktu yang terpakai dari saat masuk di instalansi rawat inap sampai penderita keluar dari instalasi rawat inap dengan kondisi yang lebih baik dari sebelumnya dapat dianggap hasil prognosis awal yang lebih baik.

Untuk itu penelitian ini dibuat untuk menilai dan mengamati berapa waktu yang terpakai dalam melakukan perawatan terhadap pasien stroke dan pengaruhnya terhadap prognosis awal.

II. Kepentingan masalah

Penelitian ini diharapkan dapat berguna sebagai masukan informasi bagi para pasien stroke dan keluarganya serta para tenaga medis agar dapat memahami berapa lama seorang pasien stroke dirawat di instalasi rawat inap rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

III. Tujuan penelitian

Menghitung waktu yang terpakai di instalansi rawat inap rumah sakit PKU Muhammadiyah dalam rangka penatalaksanaan pasien stroke.

IV. Perumusan masalah

Berdasarkan latar belakang yang ada, maka perumusan permasalahan dalam penelitian ini adalah:

1. Berapakah lamanya pasien stroke dirawat di instalasi rawat inap rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 1999.
2. Hal-hal apa saja yang mempengaruhi lamanya pasien dirawat.
3. Berapa besar biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk perawatan selama di rumah sakit.
4. Seberapa besar peranan para medis dalam penanganan pasien stroke.

V. Tinjauan pustaka

A. Definisi:

Berdasarkan definisi tentang stroke menurut *World Health Organization* (WHO) adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam (kecuali akibat dari pembedahan atau kematian), tanpa tanda-tanda penyebab *non* vaskuler termasuk di sini tanda-tanda perdarahan subarakhnoid, perdarahan intraserebri, iskemik atau infark serebri.⁸

B. Klasifikasi:

Untuk mengidentifikasi jenis stroke yang paling akurat yaitu dengan mengadakan *CT (computer tomography)-Scan*.

Berdasarkan hasil tersebut stroke dapat dibagi atas:

- a. Stroke iskemik *non* perdarahan, yang dapat dibagi atas:
 1. Stroke emboli.
 2. Stroke trombolitik (merupakan kasus yang paling banyak).
- b. Stroke hemoragik (perdarahan), dapat dikelompokkan atas:

1. Perdarahan intraserebral.
2. Perdarahan subaraknoid.

C. Faktor resiko:

a. Faktor resiko tunggal.

1. Faktor resiko yang telah terbukti dengan pasti:

1.1. Yang tidak dapat diobati:

- Umur dan jenis kelamin.
- Faktor familial.
- Ras.
- Diabetes Mellitus.
- Prior stroke.
- Bruits karotis asimtomatis.

1.2. Yang dapat diobati:

- Hipertensi.
- Penyakit jantung.
- Gangguan peredaran darah sepintas.
- Kadar hematokrit yang naik.
- Penyakit sel sickle.

2. Faktor resiko yang belum terbukti dengan pasti:

2.1 Yang tidak dapat diobati:

- Lokasi geografis.
- Musim dan cuaca.
- Faktor sosial-ekonomi.

2.2. Yang dapat diobati:

- Hiperkolesterolemia.
- Hiperlipidemia.
- Rokok.
- Konsumsi alkohol.
- Pil kontrasepsi.
- Inaktivitas fisik.
- Obesitas.

b. Faktor risiko multiplek.

Profil Framingham:

- Tekanan darah sistolik.
- Serum kholesterol.
- Gangguan toleransi glukosa.
- Rokok.
- Hipertrofi ventrikel kiri.

Kriteria Paffenbarger dan Williams:

- Rokok.
- Tekanan darah sistolik.
- Indeks ponderol rendah.
- Tinggi badan.
- Riwayat stroke orang tua.⁹

D. Diagnosis.

Menegakkan diagnosis stroke dapat dilakukan dengan anamnesis yang cermat

tentang riwayat stroke, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan

a. Anamnesis riwayat serangan stroke.

Diawali dengan anamnesis riwayat serangan stroke, di mana terjadi defisit neurologik secara tiba-tiba seperti lumpuh separoh badan atau sulit digerakkan, berjalan terpaksa diseret, tidak dapat bicara dan lain-lain. Dengan catatan pada saat serangan penderita dalam keadaan sadar dan tidak tampak tanda kenaikan intrakranial seperti nyeri kepala dan muntah.

Sewaktu melakukan anamnesis baik kepada penderita stroke yang sadar ataupun kepada keluarga penderita stroke, dapat dikumpulkan data faktor risiko stroke seperti riwayat hipertensi, merokok dan lain sebagainya. Pengumpulan data ini penting untuk menentukan terapi yang secara simultan akan dilakukan bersama-sama dengan terapi stroke.

b. Pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan fisik sangat penting dalam menegakkan diagnosis, karena pemeriksaan ini membantu dokter untuk menentukan luasnya kerusakan neurologi. Pemeriksaan fisik ini dapat dilakukan pada pasien:

1. Pemeriksaan pada penderita stroke yang sadar.

Untuk menentukan adanya hemidefisit motorik tersebut dapat dilakukan pemeriksaan dengan meminta atau memerintahkan mengangkat kedua lengan atau tungkai penderita. Apabila terjadi hemidefisit motorik akan terlihat lengan atau tungkai yang paresis tidak dapat mengangkat dengan sempurna seperti lengan atau tungkai yang sehat, yang dapat menahan gravitasi bumi.

2. Pemeriksaan pada penderita stroke dengan penurunan kesadaran atau yang tidak sadar.

Dalam keadaan penurunan kesadaran atau koma dapat dilakukan penentuan lokasi lesi, seperti lesi hemisfer, lesi batang otak dan lesi serebellar. Data ini penting untuk menentukan prognosis serangan stroke tersebut.

c. Pemeriksaan tambahan, meliputi:

1. Tes laboratorium.

Evaluasi tes darah terdiri atas:

- a. *Complete blood count* (CBC).
- b. RPR (untuk sipilis).
- c. *Coagulation studies* (PT, PTT).
- d. Untuk pasien muda; protein C, protein S, antithrombin III.
- e. *Antiphospholipid antibodies*.

2. Tes spesifik.

Tes spesial diagnosis terdiri atas:

- a. *Echocardiogram*.
- b. *Transthoracic echocardiogram* (TTE).
- c. EEG.
- d. Holter monitor.

3. Pencitraan.

- a. CT (*computer tomography*)-Scan, pada fase akut digunakan untuk stroke hemorragik.
- b. MRI (*magnetic resonance imaging*) untuk menentukan lokasi dan luas/ besarnya stroke.
- c. MRA (*magnetic resonance angiography*).

d. *Carotid duplex ultrasonography.*

e. *Cerebral angiography.*

Stroke harus dicurigai apabila seorang penderita dengan karakteristik serangan defisit neurologi fokal yang mendadak (akut), seperti hemiparesis, afasia, atau hemianosia atau penurunan kesadaran. Sehingga disimpulkan diagnosis stroke dapat ditegakkan dari data anamnesis dan pemeriksaan fisik, yaitu terjadi gangguan fungsi otak yang mendadak dapat berupa hemidefisit sensorik, gangguan kesadaran, gangguan fungsi luhur dan gangguan saraf otak. Dapat saja gangguan fungsi otak tersebut tidak lengkap seperti tersebut di atas.¹⁰

E. Penatalaksanaan stroke

Menurut Lamsudin (1998) beberapa masalah yang prinsipil dalam penatalaksanaan pasien stroke adalah:

1. Menegakkan diagnosis stroke yang akurat.

Di mulai dengan anamnesis riwayat serangan. Dengan catatan pada saat serangan penderita dalam keadaan sadar dan tidak tampak tanda kenaikan intrakranial seperti nyeri kepala dan muntah. Kemudian dilakukan pemeriksaan fisik bila perlu dilakukan pemeriksaan tambahan.

2. Menentukan jenis patologis stroke yang akurat.

3. Memutuskan pemberian terapi yang tepat untuk menyelamatkan nyawa penderita dan atau mencegah untuk tidak terjadi cacat yang menetap.

Pertama, dilakukan terapi umum dengan mendeteksi penyakit sistemik seperti kelainan jantung, diabetes mellitus, kelainan ginjal dan lain-

lain. Mengatasi gangguan jalan nafas dengan oksigenasi dan kalau perlu

dengan tube-nasal, mendeteksi penyakit sistemik yang kalau ada cepat diatasi dan terakhir keadaan umum dengan menjaga kebersihan badan kateterisasi. Kateterisasi untuk mengatasi ngopol dan lain-lainnya untuk sanitasi badan serta fisioterapi.

Kedua, dengan terapi spesial dengan memakai obat-obatan untuk memperbaiki perfusi jaringan otak iskemik, akan tetapi pemberian obat ini berkaitan dengan *therapeutic window*, diteruskan dengan cairan hemodilusi dengan memakai cairan seperti dextran-I, pentoxifillin (hemorheologi agent), vasodilator, antikoagulantia, trombolitik, obat melindungi jaringan otak iskemik, anti udem dan substansi hiperosmolar.

4. Melakukan usaha prevensi sekunder untuk mencegah terjadinya stroke ulang.¹¹

Hachinski (1985) berpendapat bahwa penatalaksanaan dari stroke iskemik akut harus dilakukan di rumah sakit, karena dokter dengan disiplin keahlian yang bermacam-macam ada di rumah sakit dan urutan penatalaksanaan terapi penyakit stroke hanya dapat dilakukan di rumah sakit. Disebutkan juga ketepatan penanganan bergantung kepada kebenaran penegakkan diagnosis yang hanya dapat dicapai di rumah sakit.¹²