

BAB I PENGANTAR

A. Latar belakang

Stroke dengan serangan yang akut dapat menyebabkan kematian dalam waktu yang singkat oleh karena itu, diperlukan penanganan yang cepat, tepat, dan akurat untuk menyelamatkan penderita dari kematian dan cacat fisik maupun mental.

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga tersering setelah penyakit jantung dan kanker, serta penyebab ketidakmampuan pada kebanyakan penduduk di negara industri.¹

Secara umum *stroke* terbagi menjadi *stroke iskhemi* dan *stroke haemorrhagic*. Sebagian besar kasus *stroke* (dapat mencapai 75%) merupakan *stroke iskhemi*. Akan tetapi adakalanya kedua hal tersebut terjadi bersama-sama.²

Untuk membedakan *stroke haemorrhagic* dan *non haemorrhagic* adalah sangat mudah seandainya tersedia alat pemeriksaan CT-Scan, dimana pada *stroke haemorrhagic* akan terlihat gambaran *lesi hiperdens*, sedang pada *stroke non haemorrhagic* terlihat gambaran *lesi hipodens*, namun pada kenyataan alat tersebut sampai pada saat ini hanya dapat di jumpai di kota- kota besar tertentu saja dan lagi pula biaya pemeriksaannya masih terlalu mahal.³

Tampaknya terdapat peningkatan insidensi pada dekade terakhir ini, mungkin hal ini berkaitan dengan bertambah majunya sarana diagnostik hingga yang dahulu didiagnosis sebagai *stroke non haemorrhagic*, saat ini dengan bantuan alat diagnostik yang lebih canggih ternyata adalah *stroke haemorrhagic*.

37,7%), AVM (3-10%), tumor otak terutama yang tumbuh cepat baik primer atau metastasis (1,5-11%), *diskrasia* darah (1,2-13%).

Bagaimana mekanisme hipertensi dapat menyebabkan perdarahan masih merupakan topik pembicaraan. Perbedaan dapat terjadi akibat ruptur arteriola, kapiler atau vena. Dengan bertambahnya usia, adanya hipertensi dan aterosklerosis pembuluh darah akan menjadi berkelok-kelok atau spiral.¹

Sedangkan menurut Widjaja, patofisiologi dan patogenesis *stroke* iskhemi dapat ditinjau dari peran utama pembentukan trombus.¹:

1. Trombosit
2. Leukosit dan Sitokin
3. Glutamat

3. Epidemiologi

Walaupun angka mortalitas dan morbiditas *stroke* telah menurun di negara-negara maju, *stroke* masih merupakan penyebab kematian utama. Penurunan angka morbiditas dan mortalitas tersebut karena keberhasilan pengendalian faktor risiko *stroke*, terutama hipertensi. Penegakan diagnostik, penentuan jenis patologi *stroke*, dan pengobatan yang tepat juga ikut berperan menurunkan angka mortalitas *stroke*. Banyak penelitian patologi *stroke* yang membuktikan bahwa pasien yang segera datang ke RS dan didiagnosis jenis patologi *stroke*-nya dan segera ditegakkan dalam waktu yang singkat, serta dengan pemberian terapi yang tepat, dapat menyelamatkan penderita *stroke* dari kematian dan cacat tubuh.

Di Indonesia, walaupun belum ada penelitian epidemiologis yang sempurna, survey kesehatan rumah tangga melaporkan bahwa proporsi *str*

rumah sakit di 27 propinsi di Indonesia antara tahun 1984 –1986 meningkat, yaitu 0,72 per 100 penderita pada tahun 1984, naik menjadi 0,89 per 100 penderita pada tahun 1985 dan 0,96 per 100 penderita pada tahun 1986. Dilaporkan pula bahwa prevalensi *stroke* adalah 35,6 per 100.000 penduduk pada tahun 1986. Prevalensi *stroke* ini pada kelompok umur 25-34 tahun adalah 6,9 per 100.000 penduduk, pada kelompok umur 35-44 tahun adalah 20,4 per 100.000 penduduk, dan pada kelompok umur 55 tahun atau lebih adalah 276,3 per 100.000 penduduk.

Lamsudin et al melaporkan hasil penelitian pendahuluan tentang proporsi, pola klinis, diagnosis, dan faktor resiko *stroke* di lima rumah sakit di Yogyakarta antara 1 Juni – 31 Agustus 1989 dengan rancangan studi potong lintang (*cross-sectional study*). Selama tiga bulan tersebut dari lima rumah sakit yang diteliti didapatkan 89 penderita yang terdiri dari: (1) jenis kelamin terdiri dari 40% laki-laki, 60% wanita. (2) kelompok umur yang terserang adalah 35-44 tahun 7%, kelompok umur 45-54 tahun 23%, kelompok umur 55-64 tahun 33%.Kelompok umur 65-74 tahun 15%. (3). Jenis *stroke* terdiri dari 66% *stroke* infark trombolitik, 6% *stroke* infark embolik, 24% *stroke* perdarahan intraserebral, 4% *stroke* perdarahan subarakhnoidal.^{5,6}

4. Diagnosis

Untuk menegakkan diagnosis *stroke* dan penentuan jenis *stroke* dibahas lebih lanjut pada bab II.

5. Prognosis

Pembahasan tentang prognosis *stroke* akan diuraikan pada bab II