

Hemiplegia Sinistra dan Paresis Nervus VII dan XII Et Causa Stroke Non Hemoragik

Duta Hafsari¹, R.A. Neylan², Zam Zanariah²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

³Bagian Syaraf, Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Moeloek

Abstrak

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di negara maju maupun negara berkembang. Sebagian besar (80%) disebabkan oleh stroke non hemoragik. Pada kasus ini, seorang wanita, usia 42 tahun dengan keluhan lengan dan tungkai sebelah kiri tidak dapat digerakkan. Keluhan dirasakan secara tiba-tiba saat bangun tidur. Pasien juga mengeluhkan bicara pelo, suara tidak jelas dan bibir miring ke kiri. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu dan tidak rutin meminum obat. Pasien juga memiliki riwayat diabetes mellitus dan tidak rutin meminum obat. Pasien memiliki hiperkolesterolemia dan tidak mengontrol gaya hidupnya. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis dengan GCS E4V5M6, TD 150/100mmHg, nadi 88x/menit, RR 20x/menit, dan suhu 36,5°C. Pada pemeriksaan saraf kranial didapatkan adanya paresis nervus VII yaitu pada inspeksi wajah sewaktu diam miring kearah kiri, saat tertawa tertarik kearah kanan dan paresis nervus XII yaitu deviasi lidah kearah kiri. Pada pemeriksaan motorik didapatkan hasil kekuatan otot lengan dan tungkai kiri 0 yang menunjukkan kesan hemiplegia sinistra. Pada pemeriksaan rontgen thoraks didapatkan kardiomegali dan adanya aterosklerosis dan pemeriksaan CT Scan Kepala didapatkan *infark* cerebri pada kortikal dan subkortikal temporoparietalis dextra. Diagnosis klinis hemiplegia sinistra dan paresis nervus VII dan XII et causa stroke non hemoragik, diberi tatalaksana berupa terapi cairan ringer laktat 20ggt/menit, antihipertensi amlodipine 1x10mg untuk penanganan tekanan darah, antitrombotik aspirin 1x80mg untuk menghambat agregasi trombosit sehingga menyebabkan terhambatnya pembentukan thrombus, dan diberikan metformin untuk mengatasi diabetes mellitus pada pasien.

Kata kunci : Stroke, Stroke Non Hemoragik

Left Hemiplegia and Nerves VII and XII Paresis Et Causa Non-Hemorrhagic Stroke

Abstract

Stroke is the third leading cause of death in the world after coronary heart disease and cancer in both developed and developing countries. Most (80%) are caused by non-hemorrhagic strokes. In this case, a woman, aged 42 years with a complaint of left arm and leg cannot be moved. Complaints are felt suddenly after waking up. Patient also complains her speech became slurred, difficult in swallowing and the lips tilts to the left. Patient has a history of hypertension since 3 years ago and does not routinely take medication. Patient also has a history of diabetes mellitus and does not routinely take medication. The patient has hypercholesterolemia and does not keep his lifestyle well. The result of the physical examination shows that the patient appeared to be moderately ill, consciousness was compos mentis with GCS E4V5M6, tension was 150 / 100mmHg, pulse was 88x / minute, RR was 20x / minute, and the temperature was 36.5°C. The cranial nerve examination shows that there is VII nerve paresis on inspection of the face showing that there was tilt to the left, when laughing was tilted to the right and paresis of the XII nerve was the deviation of the tongue to the left. On motor examination, the results of the muscle strength of the left arm and leg result is 0 showed the appearance of sinistra hemiplegia. Chest X-ray examination showed cardiomegaly and atherosclerosis while head CT scan revealed cerebral infarction of cortical and subcortical temporoparietal dextra. Clinical diagnosis of hemiplegia sinistra and paresis nerves VII and XII et causa non-hemorrhagic stroke, treatments are 20gtt/min of lactate ringer fluid, antihypertensive amlodipine 1x10mg for blood pressure management, antithrombotic aspirin 1x80mg to inhibit platelet aggregation causing thrombus formation, and metformin to treat diabetes mellitus in patients.

Keywords : Non-Hemorrhagic Stroke, Stroke

Korespondensi: Duta Hafsari, Jalan P. Niti adat Gg. Sutan ibu 1 no. 30 kedamaian Bandarlampung, HP 081379352933, e-mail duta_hafsa@yahoo.com

Pendahuluan

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di negara maju maupun negara berkembang. Berdasarkan Riset kesehatan dasar tahun 2013 didapatkan

prevalensi stroke di Indonesia sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Jadi, sebanyak 57,9% penyakit stroke terdiagnosis oleh nakes.¹

Data *International Classification of Disease Vital Statistic Report* Amerika Serikat untuk tahun 2011 menunjukkan rata-rata kematian akibat stroke adalah 41,4% dari 100.000 penderita.² Selain itu, kejadian stroke memiliki tingkat morbiditas yang tinggi dalam menyebabkan kecacatan.

Insidensi stroke di Asia umumnya lebih tinggi dibandingkan dengan Amerika Serikat dan juga lebih banyak terjadi pada negara Eropa bagian timur dibandingkan bagian barat. Prevalensi di Indonesia mencapai 8,3 dari 1000 populasi. Angka prevalensi ini meningkat dengan meningkatnya usia. Data nasional Indonesia menunjukkan bahwa stroke merupakan penyebab kematian tertinggi, yaitu 15,4. Didapatkan sekitar 750.000 insiden stroke per tahun di Indonesia, dan 200.000 diantaranya merupakan stroke berulang.³

Stroke yaitu berupa sindrom yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak (GPDO) yang disebabkan baik oleh perdarahan spontan atau suplai darah yang tidak adekuatnya ke suatu bagian otak sebagai akibat aliran darah yang rendah, trombosis, dan emboli yang berhubungan dengan suatu penyakit pembuluh darah, jantung atau darah (stroke iskemik atau infark serebri) dengan awitan akut, disertai manifestasi klinis berupa defisit neurologis dan bukan sebagai akibat tumor, trauma, ataupun infeksi susunan saraf pusat. Stroke dapat dibagi menjadi dua, yaitu stroke non hemoragik dan stroke hemoragik. Sebagian besar (80%) disebabkan oleh stroke non hemoragik.⁵

Stroke non hemoragik atau stroke iskemik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak.⁶

Kasus

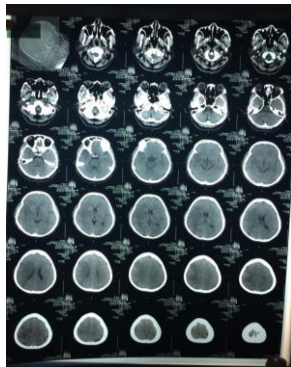
Pasien wanita, usia 42 tahun, datang ke RSUD Dr. H. Abdul Moeloek pada tanggal 3 Januari 2018 dengan keluhan lengan dan tungkai sebelah kiri tidak dapat digerakkan sejak 1 hari SMRS. Keluhan dirasakan secara tiba-tiba saat bangun tidur. Keluhan ini belum pernah dirasakan sebelumnya. Pasien tidak dapat menggerakkan lengan dan tungkai kirinya,

pasien merasa berat untuk menggerakkannya, dan tidak dapat digunakan untuk berjalan. Keluhan tersebut juga bersamaan dengan munculnya keluhan bicara pelo dan bibir miring ke kiri. Saat bicara, pasien merasa sulit mengeluarkan kata-kata dan terdengar tidak jelas saat berbicara yaitu saat berbicara dengan kalimat yang panjang atau berbicara dalam durasi yang lama. Pasien dapat minum dengan baik dan dapat makan makanan padat dengan baik. Keluhan bibir miring ke kiri terlihat saat pasien sedang diam. Pasien juga mengeluh memiliki keluhan nyeri kepala pada seluruh lapang kepala. Keluhan nyeri kepala timbul setelah pasien dirawat selama 2 hari di rumah sakit. Keluhan dirasakan secara tiba-tiba dan bersifat hilang timbul dan membaik dengan istirahat. Pasien masih dapat merasakan sentuhan di seluruh anggota gerak dan tidak dirasakan adanya kesemutan. Nafsu makan baik, buang air kecil dan buang air besar normal tidak ada keluhan. Pasien dapat diajak berkomunikasi. Riwayat jatuh, demam, penurunan kesadaran, muntah dan kejang disangkal. Pasien belum pernah berobat setelah mengalami keluhan di atas. Pasien diketahui memiliki riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu dan tidak rutin meminum obat. Pasien juga memiliki riwayat diabetes mellitus dan tidak rutin meminum obat. Pasien memiliki hiperkolestroleemia dan tidak mengontrol gaya hidupnya.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis dengan GCS E4V5M6, TD 150/100mmHg, nadi 88x/menit, RR 20x/menit, dan suhu 36,5°C. Pada pemeriksaan saraf kranial didapatkan adanya paresis nervus VII yaitu pada inspeksi wajah sewaktu saat diam miring kearah kiri, saat tertawa tertarik kearah kanan dan paresis nervus XII yaitu deviasi lidah kearah kiri. Pada pemeriksaan motorik didapatkan hasil kekuatan otot lengan dan tungkai kiri 0 yang menunjukkan kesan hemiplegia sinistra serta tidak ditemukan adanya refleks patologis.

Pada pemeriksaan penunjang, laboratorium darah didapatkan hemoglobin 13,6 g/dl, leukosit 16.300/ μ l, eritrosit 4,8 juta/ μ l, hematokrit 38, trombosit 442.000/ μ l, GDS 235mg/dl, ureum 24 mg/dl, kreatinin 0,66 mg/dl. Pada pemeriksaan rontgen thoraks didapatkan kardiomegali dan adanya

aterosklerosis dan pemeriksaan CT Scan Kepala didapatkan *infark* cerebri pada kortikal dan subkortikal temporoparietalis dextra.



Gambar 1. CT scan kepala tanpa kontras

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang maka diagnosis pada kasus ini adalah hemiplegia sinistra dan paresis nervus VII dan XII et causa stroke non hemoragik.

Tatalaksana umum yang diberikan yaitu tirah baring dan pemantauan tanda vital. Pemberian medikamentosa infus ringer laktat 20gtt/menit, amitriptiline 25mg/hari (0-0-0,5), amlodipine 1x10mg, aspilet 1x80mg, metformin 500mg/12jam. Pasien juga diberikan rehabilitasi berupa fisioterapi.

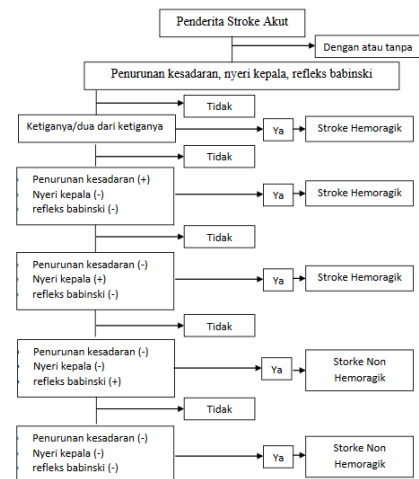
Pembahasan

Pada pasien ini di diagnosis hemiplegia sinistra dan paresis nervus VII dan XII et causa stroke non hemoragik. Diagnosis didapatkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang.

Dari anamnesis didapatkan pasien telah mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit. Kelemahan anggota gerak terjadi secara mendadak saat pasien bangun tidur dan tidak dapat beranjak dari tempat tidur akibat lengan dan tungkai kirinya tidak dapat digerakkan sama sekali disertai bibir miring ke kiri dan bicara pelo. Pada pasien stroke, hal tersebut merupakan keluhan yang sering ditemukan serta timbul secara mendadak seperti kelumpuhan sebagian kedua ekstremitas, bicara pelo, wajah yang tampak miring kesisi yang lumpuh, gangguan bicara serta nyeri kepala hebat.⁵

Hasil pemeriksaan fisik khususnya pemeriksaan neurologis ditemukan hemiplegia sinistra disertai paresis nervus VII dan XII.

Kedua nervus ini merupakan nervus yang paling sering terkena pada pasien stroke.⁸ Pada pasien ini tidak ditemukan adanya refleks *babinsky* dan dari anamnesis keluhan nyeri kepala serta mual dan muntah disangkal, serta pasien dalam kesadaran penuh. Adapun penegakkan diagnosis dari algoritma gajah mada sebagai berikut: Penurunan kesadaran (-), nyeri kepala (-), refleks *babinsky* (-), sehingga bermakna stroke non hemoragik.



Gambar 2. Algoritma Gajah Mada

Sedangkan dari siriraj skor didapatkan hasil sebagai berikut:

Skor Siriraj :

$(2,5 \times \text{derajat kesadaran}) + (2 \times \text{vomit}) + (2 \times \text{nyeri kepala}) + (0,1 \times \text{tekanan diastolik}) - (3 \times \text{petanda ateroma}) - 12 =$

Hasil :

$SS > 1 = \text{Stroke Hemoragik}$

$-1 > SS > 1 = \text{perlu pemeriksaan penunjang (CT-Scan)}$

$SS < -1 = \text{Stroke Non Hemoragik}$

Keterangan :

- Derajat kesadaran : sadar penuh (0), somnolen (1), koma (2)
- Nyeri kepala : tidak ada (0), ada (1)
- Vomit : tidak ada (0), ada (1)
- Ateroma : tidak ada penyakit jantung, DM (0), ada (1)

Adapun hasil Siriraj Skor pada pasien ini yaitu:

$(2,5 \times 0) + (2 \times 0) + (2 \times 0) + (0,1 \times 80) - (3 \times 1) - 12 = -7$

Pada pasien ini didapatkan skor siriraj -7 maka termasuk pada kategori stroke non hemoragik.

Untuk memastikan diagnosis kerja dilakukan CT-Scan kepala, dimana *gold*

standard dari stroke hemoragik adalah dengan pemeriksaan tersebut.⁷ Pada gambaran radiologi ditemukan kesan infark cerebri pada kortikal dan subkortikal temporoparietalis dextra.

Penegakkan diagnosis stroke pada pasien ini sudah sesuai dengan definisi stroke yaitu berupa sindrom yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak (GPDO) dengan awitan akut, disertai manifestasi klinis berupa defisit neurologis dan bukan sebagai akibat tumor, trauma, ataupun infeksi susunan saraf pusat. Faktor resiko yang paling berperan menyebabkan stroke pada pasien ini yaitu adanya hipertensi, diabetes mellitus, dan hiperkolestolemia. Dari gambaran rontgen thoraks juga ditemukan adanya kardiomegali dan aterosklerosis yang beresiko menyebabkan stroke dibandingkan dengan pasien tanpa adanya tanpa gambaran tersebut. Pada aterosklerosis, dinding pembuluh darah menjadi menyempit akibat diokupasi oleh plak-plak yang tidak seharusnya berada di sana sehingga beresiko terbentuknya trombus atau emboli, apabila trombus terlepas menjadi emboli yang selanjutnya dapat menyumbat aliran darah menyebabkan hipoksia neuron yang diperdarahnya. Selanjutnya daerah tersebut akan mengalami iskemik dan berlanjut menjadi infark. Apabila pembuluh darah yang tersumbat adalah aliran darah ke otak maka akan menyebabkan infark cerebri.⁷

Kelemahan anggota gerak sebelah kiri pada pasien ini terjadi karena adanya infark cerebri pada corona radiata kanan, serta multipel infark lakuner pada ganglia basalis terutama kanan sehingga impuls dari sistem saraf pusat terganggu ke lengan dan tungkai sebelah kiri akibat neuron pada jaringan tersebut telah mati.⁷

Berdasarkan data anamnesis dan pemeriksaan fisik serta penunjang yang dibandingkan dengan teori maka pasien dapat didiagnosis dengan hemiplegia sinistra dan paresis nervus VII dan XII et stroke non hemoragik.

Dasar tatalaksana di ruang rawat inap pada pasien ini adalah cairan. Pasien diberikan cairan ringer laktat sesuai kebutuhan cairan yaitu 30 ml/kgBB/hari dan dilakukan pemeriksaan elektrolit. Kebutuhan selanjutnya yaitu nutrisi, pasien ini dapat menelan dengan baik sehingga diberikan nutrisi oral. Kebutuhan

kalori 25-30 kkal/kgBB/hari dengan komposisi karbohidrat 30-40%, lemak 20-35%, protein 20-30%. Untuk pencegahan dan penanganan komplikasi, pada pasien ini telah dilakukan mobilisasi dan pencegahan dekubitus.⁴

Fase akut terjadi pada hari ke-0 sampai dengan hari ke-14 sesudah onset penyakit. Obat-obatan yang digunakan harus menjamin perfusi darah ke otak tetap cukup. Pada pasien ini diberikan obat antihipertensi yaitu amlodipine 1x10mg untuk penanganan tekanan darah. Penanganan hipertensi dapat mengurangi kerusakan di sekitar daerah iskemik hingga kondisi klinis pasien stabil. Pemberian antihipertensi ini juga merupakan salah satu strategi untuk mencegah stroke dan mengurangi risiko kekambuhan pada stroke iskemik dan perdarahan.⁹ Obat antitrombotik yaitu aspirin 1x80 mg untuk menghambat agregasi trombosit sehingga menyebabkan terhambatnya pembentukan thrombus yang terutama sering ditemukan pada sistem arteri.¹⁰ Diberikan metformin 500mg/8 jam untuk mengatasi diabetes mellitus pada pasien.

Simpulan

Seorang wanita, usia 42 tahun datang dengan keluhan lengan dan tungkai sebelah kiri tidak dapat digerakkan sejak 1 hari SMRS. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang, pasien didiagnosis klinik hemiplegia sinistra dan paresis nervus VII dan XII et causa stroke non hemoragik. Pasien mendapatkan terapi cairan ringer laktat 20ggt/menit, antihipertensi amlodipine 1x10mg untuk penanganan tekanan darah, antitrombotik aspirin 1x80mg untuk menghambat agregasi trombosit sehingga menyebabkan terhambatnya pembentukan thrombus, dan diberikan metformin untuk mengatasi diabetes mellitus pada pasien.

Daftar Pustaka

1. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Riset kesehatan dasar 2013. Jakarta: PERDOSSI; 2013. hlm. 91-94.
2. Hoyert DL, Xu J. Deaths: Preliminary Data for 2011. National Vital Statistics Report. 2012. 61 (6): 1-4.
3. Rasky R, Tri A, Bebasari E. Profil faktor risiko yang dapat dimodifikasi pada kasus

- berulang Di RSUD Arifin Achmad provinsi Riau. Jom FK [internet]. 2014; 1(2). [disitasi tanggal 4 Agustus 2018]; Tersedia dari: <http://media.neliti.com/media/publications/187544-ID-profil-faktor-resiko-yang-didapat-dimodifi.pdf>
4. Persatuan Dokter Saraf Indonesia. Guideline stroke. Jakarta: PERDOSSI. 2011; hlm. 32-41.
 5. Hinkle JL, Guanci MM. Acute ischemic stroke review. J Neurosci Nurs. 2007; 39(5):285-93, 310.
 6. Padiastuti. Penyakit pemicu stroke. Yogyakarta: Nuha Medika; 2011.
 7. Misbach J, Soertidewi L. Anatomi pembuluh darah otak dan patofisiologi stroke. Dalam: Misbach J, Soertidewi L, Jannis J, editor. Stroke, aspek diagnostik, patofisiologi, manajemen. Jakarta: Universitas Indonesia; 2011.
 8. Tobing L. Neurologi klinik pemeriksaan fisik dan mental. Jakarta: FKUI; 2007.
 9. Sari IM. Rasionalitas penggunaan obat antihipertensi pada penderita stroke di instalasi rawat inap RSUD Dr. M. Ashari Pemalang tahun 2008 [Skripsi]. Surakarta: Universitas Muhamadiya Surakarta; 2009.
 10. Kanyal N. The Science of ischemic stroke: pathophysiology and pharmacological treatment. Int J Pharm Res Rev. 2015; 4(10):65-84.