

Diagnosis dan Tatalaksana Stroke dengan Disfungsi Ereksi pada Pria Usia 50 Tahun Melalui Pendekatan Dokter Keluarga

Vika Annisa Putri¹, Azelia Nusadewiarti²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Stroke merupakan kumpulan tanda klinis dari gangguan fungsi otak fokal (atau global) yang berkembang pesat, yang berlangsung lebih dari 24 jam atau lebih atau menyebabkan kematian, tanpa disebabkan oleh sebab lain selain vaskular. Stroke dapat menyebabkan disabilitas dan gangguan psikososial. Studi ini merupakan laporan kasus yang bertujuan untuk mengidentifikasi faktor risiko dan masalah klinis yang terdapat pada pasien, serta menerapkan pendekatan dokter keluarga yang holistik dan komprehensif sesuai masalah yang ditemukan pada pasien, dan melakukan penatalaksanaan berbasis *Evidence Based Medicine* yang bersifat *patient-centered* dan *family focused*. Data primer didapatkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah. Hasil, Tn. UH berusia 50 tahun dengan keluhan lemah pada anggota gerak kiri sejak dua tahun yang lalu disertai ketidakmampuan untuk melakukan ereksi. Pada pemeriksaan klinis neurologis didapatkan paresis anggota gerak sebelah kiri, peningkatan refleks fisiologis pada anggota gerak kiri, refleks babinsky kiri positif, refleks hoffman tromer kiri positif, dan paresis nervus fasialis kiri sentral. Hipertensi yang tidak terkontrol dan dislipidemia menjadi penyebab stroke pada pasien ini. Pada aspek psikososial menunjukkan adanya pengetahuan pasien dan keluarga yang kurang mengenai penyakit dan komplikasi yang dialami pasien. Edukasi dan intervensi diberikan kepada pasien dan keluarga tentang stroke, pencegahan terhadap komplikasi lainnya serta pengobatan dalam 3 kali kunjungan rumah. Setelah dilakukan evaluasi didapatkan peningkatan kepatuhan pasien dalam mencegah faktor risiko dan meningkatnya pengetahuan keluarga mengenai perawatan pasien.

Kata Kunci: Disfungsi ereksi, pelayanan kedokteran keluarga, pola hidup, stroke

Diagnosis and Management of Stroke and Erection Dysfunction on 50 Years Old Man Through Family Medicine Approach

Abstract

Stroke is a rapidly clinical signs of focal (or global) disturbance of cerebral function, with symptoms lasting 24 hours or longer or leading to death, with no cause other than of vascular origin. Stroke may cause disability and psychosocial disturbance. This study is a case report which aims to identify risk factors and clinical problems found in patients, and apply a holistic and comprehensive family doctor approach according to the problems found in patients, and conduct Evidence Based Medicine based management that is patient-centered and family focused. Primary data is obtained through history taking, physical examination and home visits. The result, Mr. UH, 50-years-old, complained left-sided limbs weakness since 2 years ago and also unable to get an erection. On the neurological clinical examination, we found paresis of the left side of the limb, increase of left-sided physiological reflex, positive left-sided babinsky reflex, positive left-sided hoffman tromer, and left-sided facial nerve palsy. Uncontrolled hypertension and dyslipidemia causes stroke in these patients. In the psychosocial aspect, there is a lack of family knowledge about the patient's illness. Education and intervention are given to patients and families about stroke, prevention of other complications and treatment in 3 home visits. In the evaluation found an increase in patient compliance to avoid risk factors and family knowledge about patient care.

Keywords: Erectile dysfunction, family care medicine, lifestyle, stroke

Korespondensi: Vika Annisa Putri, alamat Jl. Soemantri Brodjonegoro No. 1, HP 081288638833, e-mail vikannisa@gmail.com

Pendahuluan

Stroke merupakan kondisi kesehatan serius dimana terapi yang terlambat dan tidak adekuat dapat menyebabkan kematian. Stroke juga merupakan salah satu penyebab dari

berbagai disabilitas permanen, seperti paralisis, kesulitan bicara, pelo, dan lain-lain. Menurut WHO, stroke adalah sindrom klinis dengan gejala gangguan fungsi otak fokal atau global, selama 24 jam atau lebih, atau menyebabkan kematian

kurang dari 24 jam, tanpa penyebab lain selain vaskular.¹

Stroke adalah penyebab kematian terbanyak kedua dan penyebab kecacatan terbanyak ketiga setelah penyakit jantung iskemik di dunia.² Berdasarkan data yang dikumpulkan sporadik dari rumah sakit di Indonesia, ditemukan peningkatan angka morbiditas sejalan dengan peningkatan harapan hidup dan perubahan gaya hidup. Menurut Kementerian Kesehatan tahun 2007, stroke merupakan penyakit nomor satu penyebab kematian dan disabilitas di Indonesia.³

Stroke dapat menyebabkan disabilitas pada seseorang, dapat berupa gangguan saraf motorik, sensorik, dan otonom. Gangguan saraf otonom yang bisa terjadi adalah masalah defekasi, miksi, atau disfungsi seksual. Disfungsi seksual pada pasien stroke telah diketahui sangat kompleks, namun hanya sedikit mekanisme pasti dan faktor prediksi disfungsi ereksi pada stroke yang telah diketahui. Bagi pria, disfungsi seksual yang umum termasuk disfungsi ereksi, penurunan keinginan, dan masalah ejakulasi. Beberapa penelitian menunjukkan hubungan antara lokasi lesi pada stroke dengan onset disfungsi ereksi. Lesi pada hemisfer kiri berhubungan kejadian disfungsi ereksi pada pasien stroke.⁴ Regulasi disfungsi ereksi diduga lebih dipengaruhi oleh sistem saraf parasimpatis dibanding sistem saraf simpatis. Banyak faktor yang dapat menjadi penyebab disfungsi ereksi pada pasien stroke, diantaranya faktor organik maupun psikososial.⁵

Faktor komorbid yang diduga memiliki peran penting pada kejadian disfungsi ereksi pada pasien stroke antara lain hipertensi, diabetes mellitus, dan hiperkolesterolemia. Faktor risiko lainnya adalah usia, merokok, dan obesitas.⁶⁻¹⁰ Selain itu, faktor psikologis juga memiliki peran dalam kejadian disfungsi ereksi. Depresi pasca stroke merupakan salah satu masalah emosional yang sering terjadi pada penderita stroke, dan disfungsi seksual juga sering ditemukan pada pasien dengan depresi pasca stroke.¹¹⁻¹² Disfungsi seksual dapat memengaruhi emosi dan kesejahteraan psikologis pada pasien pasca stroke yang bertahan dan berdampak pada kualitas hidup

mereka.¹² Pada satu penelitian disebutkan bahwa salah satu konsekuensi sosial dari stroke selain kehidupan kerja, hubungan keluarga, masalah finansial dan aktivitas sosial adalah disfungsi seksual.¹³

Tujuan penulisan ini adalah mengidentifikasi faktor risiko dan masalah klinis yang terdapat pada pasien, serta menerapkan pendekatan dokter keluarga yang holistik dan komprehensif sesuai masalah yang ditemukan pada pasien, dan melakukan penatalaksanaan berbasis *Evidence Based Medicine* yang bersifat *patient-centered* dan *family focused*.

Kasus

Pasien Tn. UH, usia 50 tahun datang ke Puskesmas Pasar Ambon pada tanggal 21 Juli 2019 dengan keluhan lemah pada anggota gerak kiri sejak dua tahun yang lalu. Keluhan muncul mendadak saat pasien baru bangun dari tidur di pagi hari. Pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan anggota gerak kiri sama sekali. Pasien juga mengeluh bicara pelo dan tidak bisa ereksi.

Awalnya keluhan berupa lemah pada seluruh anggota gerak tubuh. Pasien tidak bisa mengangkat lengan dan kakinya serta tidak bisa duduk sendiri maupun berdiri. Pasien juga mengeluh berbicara pelo yang muncul bersamaan dengan keluhan rasa lemah pada anggota gerak kanan. Pasien masih dapat berbicara dengan jelas dan dapat dipahami orang lain. Pasien juga paham akan pembicaraan orang lain. Pasien juga mengeluh bibir pasien miring ke sisi kanan.

Keluhan seperti muntah, mual, nyeri kepala, pusing, penurunan kesadaran, demam disangkal pasien. Keluhan lainnya seperti gangguan penciuman, gangguan mendengar, telinga berdenging, penglihatan kabur atau melihat dobel, perubahan suara atau suara menjadi bindeng, sulit menelan, rasa kesemutan atau baal atau hilang rasa pada kulit, gangguan buang air besar dan buang air kecil tidak dialami pasien. Riwayat trauma disangkal. Pasien dibawa ke RSUD A. Dadi Tjokrodipo, yang kemudian dirujuk ke RSUD dr. H. Abdoel Moeloek (RSAM) Bandarlampung.

Pasien dirawat di RSAM selama satu minggu. Pasien mengatakan keluhannya berkurang, pasien sudah dapat menggerakkan anggota gerak kanannya meskipun masih lemah. Namun untuk anggota gerak kiri, masih belum dapat digerakkan. Pasien juga menyadari bahwa kemaluannya tidak bisa tegang saat melakukan hubungan seksual sejak mengalami stroke. Pasien mengatakan penisnya bisa membesar namun tidak bisa keras walaupun ada hasrat seksual. Pasien juga tidak mengalami penis tegang setelah bangun tidur di pagi hari. Selain pasien juga mengeluh mengalami penurunan nafsu makan sejak stroke. Hal ini dikarenakan pasien merasa perutnya cepat terasa penuh setelah makan dan makanan yang dimakan terasa pahit.

Setelah itu pasien dipulangkan dan dianjurkan untuk melakukan kontrol ke poliklinik saraf RSAM. Namun pasien mengaku tidak kembali kontrol ke RSAM karena kendala transportasi dan biaya. Saat ini pasien masih belum bisa menggerakkan anggota gerak kirinya sama sekali. Pasien juga merasakan kaku saat mencoba menggerakkan anggota gerak yang lumpuh. Namun saat ini pasien sudah bisa melakukan aktivitas seperti berjalan dengan bantuan tongkat dan dapat melakukan perawatan diri secara mandiri.

Pasien juga memiliki keluhan lain berupa nyeri kepala belakang sejak 2 hari yang lalu. Keluhan terasa hilang timbul dan semakin memberat. Nyeri kepala dirasakan mulai dari belakang kepala terutama pada tengkuk dan bahu.

Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak sekitar 10 tahun yang lalu. Pasien mengaku tidak pernah berobat untuk mengatasi hipertensi. Pasien tidak memiliki riwayat kencing manis, penyakit jantung, atau penyakit ginjal sebelumnya. Sebelum muncul keluhan lemah, pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit dan jarang berobat ke fasilitas kesehatan. Dalam keluarga, pasien merupakan 5 bersaudara dan hanya pasien yang diketahui menderita stroke. Saudara kandung pasien tidak pernah memeriksakan kesehatannya sehingga tidak diketahui apakah ia juga menderita penyakit

hipertensi atau stroke. Istri pasien juga mengalami hipertensi. Istri pasien rutin kontrol ke puskesmas untuk mengecek tekanan darah.

Pasien tidak memiliki riwayat minum-minuman beralkohol dan merokok. Namun pasien minum kopi hitam pekat setiap hari paling tidak 1 gelas. Pasien mengatakan bahwa ia sudah berhenti merokok sejak mengalami keluhan lemah anggota gerak kiri, sebelumnya pasien merupakan perokok berat yang bisa menghabiskan 2 bungkus perhari sejak usia 14 tahun.

Selama ini pasien mengaku belum pernah mengonsumsi obat apapun. Pasien juga mengatakan tidak pernah meminum ramuan herbal atau mencoba berobat ke pengobatan alternatif. Pasien mengatakan bahwa selama ini istri pasien terus menyemangati pasien untuk rutin kontrol ke puskesmas. Namun pasien baru bisa rutin kontrol sekitar 3 bulan terakhir karena kondisi pasien sudah memungkinkan untuk dibonceng mengendarai sepeda motor.

Pasien biasanya makan makanan berat tiga kali dalam sehari. Makanan yang dimakan cukup bervariasi, tergantung kondisi ekonomi pada saat itu. Dalam satu kali makan, pasien mengambil nasi sebanyak 1 centong nasi, 1 lauk (ikan, tempe, tahu) dan 1 sendok makan sayur. Nasi yang dimakan pasien biasanya hanya 2-4 sendok makan. Pasien sangat jarang mengonsumsi buah. Aktivitas sehari-hari yang rutin dikerjakan pasien adalah berjalan-jalan disekitar rumah di pagi hari, kemudian sisa harinya dihabiskan dengan menonton televisi di rumah atau berkumpul bersama keluarga.

Istri yang dinikahi pasien saat ini adalah istri kedua. Pasien memiliki seorang anak perempuan dari istri yang pertama namun tidak tinggal serumah. Pasien belum memiliki anak dari istri yang kedua. Saat ini pasien tinggal di rumah kakak istri bersama istri dan anak tiri. Hubungan pasien dengan istri dan anak tirinya baik dan harmonis. Begitu pula hubungan dengan lingkungan tetangga baik dan harmonis. Pasien mendapatkan dukungan dan motivasi dari istri dan lingkungan sekitarnya. Pendapatan dalam keluarga berasal dari istri yang bekerja sebagai tukang parkir. Penghasilan yang

didapatkan dirasa cukup untuk melangsungkan hidup sehari-hari.

Pemeriksaan Fisik

Kondisi umum tampak sakit sedang, kesadaran *compos mentis* dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*) 15. Berat badan 68 kg, tinggi badan 170 cm., IMT 23,5 (normal). Tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 84x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,3°C. Mata, telinga, hidung dan mulut dalam batas normal. Tenggorokan, leher, paru, dan jantung, dan abdomen dalam batas normal.

Pada pemeriksaan klinis neurologis didapatkan pada ekstremitas superior dan inferior sinistra mengalami penurunan kekuatan otot (0) dan ditemukan atrofi otot, peningkatan refleks fisiologis dan refleks patologis seperti babinsky dan hoffman tromer positif. Sedangkan pada ekstremitas superior dan inferior dekstra dalam batas normal. Pada pemeriksaan nervus cranialis didapatkan paresis nervus fasialis (VII) sinistra sentral. Pada sistem saraf otonom pasien tidak memiliki keluhan defekasi dan miksi, namun pasien mengeluh tidak bisa ereksi. Pada pasien tidak didapatkan tanda rangsang meningeal dan pemeriksaan sensoris dalam batas normal.

Pemeriksaan penunjang

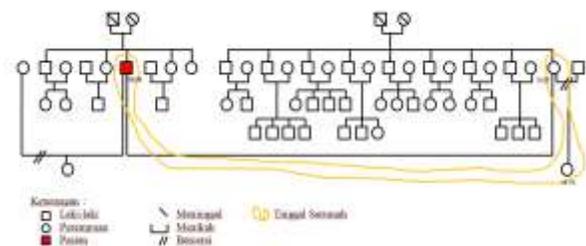
Pada saat kunjungan rumah (*home visit*) dilakukan pemeriksaan penunjang menggunakan *accu check* dan didapatkan hasil sebagai berikut: Kolesterol total 278 mg/dL, gula darah sewaktu 125 mg/dL, dan asam urat 7,1 mg/dL.

Data Keluarga

Pasien seorang laki-laki berusia 50 tahun dan tidak bekerja. Pasien merupakan anak ketiga dari lima bersaudara. Istri pasien saat ini merupakan istri kedua berusia 34 tahun dan bekerja sebagai tukang parkir. Pasien memiliki satu orang anak perempuan yang berusia 18 tahun dari pernikahan dengan istri pertama. Saat ini pasien tinggal dengan istri dan anak tiri dari istri. Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga dimusyawarahkan bersama dan

diputuskan oleh pasien dan istri pasien sebagai pengambil keputusan.

Hubungan antar anggota keluarga terjalin cukup erat. Keluarga masih menyempatkan untuk kumpul bersama dalam sehari, yakni biasanya untuk mengobrol saat malam hari setelah istri selesai bekerja. Keluarga pasien juga biasanya beribadah bersama di rumah. Keluarga mendukung untuk segera berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit dan berusaha mendampingi saat pergi berobat, kecuali apabila sedang ada keperluan lain. Perilaku berobat keluarga masih mengutamakan kuratif, yakni memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila ada keluhan mengganggu kegiatan sehari-hari. Jarak rumah ke puskesmas ± 3-4 kilometer.



Gambar 1. Genogram keluarga Tn. UH

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal dengan istri dan anak perempuan tiri. Tinggal di dalam satu rumah yang berukuran 10m x 5m tidak bertingkat, memiliki 2 kamar tidur, seluruh anggota keluarga tidur dalam kamar masing-masing. Lantai sebagian terbuat dari keramik pada bagian depan dan semen pada daerah dapur dan kamar. Dinding terbuat dari tembok. Penerangan oleh sinar matahari pada siang hari dan lampu listrik pada malam hari. Penerangan dan ventilasi baik di ruang tamu, namun masih kurang di ruang keluarga dan dapur. Bantuan ventilasi terdapat kipas angin. Kebersihan ruang tamu cukup, namun kebersihan dapur dan kamar tidur kurang-terkesan lembab dengan penataan barang yang kurang teratur.

Sumber air untuk cuci masak dari sumur pompa, untuk makan minum dari isi ulang. Jarak septic tank dari sumber air ±10m. Kamar mandi 1 dan WC 1 terpisah. Jamban jongkok tanpa pegangan. Tempat sampah hanya tersedia

didalam rumah. Kesan kebersihan lingkungan rumah kurang karena letak antara satu rumah dengan yang lainnya berdekatan dan tidak ada tempat sampah di luar rumah. Rumah pasien cukup dekat dengan laut dan terdapat tumpukan sampah di pinggir laut karena warga sekitar membuang semua limbah ke laut. Terdapat banyak paparan asap di lingkungan rumah pasien.



Gambar 2. Denah Rumah Tn. UH

Diagnosis holistik pada pasien ini

1) Aspek personal

- Keluhan : lemah pada anggota gerak sebelah kiri sejak 2 tahun yang lalu dan badan terasa lemas dan pegal terutama di belakang leher sejak 2 hari yang lalu.
- Kekhawatiran : keluhan lemah dirasakan tidak berkurang dan tak kunjung sembuh, pasien tidak bisa beraktivitas normal, dan tidak bisa memiliki anak dari istri yang sekarang.
- Harapan: keluhan bisa berkurang hingga dapat beraktivitas seperti biasa.
- Persepsi: keluhan lemah pada anggota gerak mengganggu aktivitas sehari-hari, pasien tidak mengerti penyebab lemah badannya, pasien merasa badannya semakin pegal karena darah tinggi atau kolesterol yang meningkat

2) Diagnosis klinis

- Stroke (ICD X: I64)
- Disfungsi ereksi (ICD 10: N52.9)
- Hiperkolesterolemia (ICD 10: E78.0, ICPC-2: T93)

3) Risiko Internal

- Pola berobat kuratif (ICD10: Z92.3)
- Jarang berolahraga dan aktivitas fisik tergolong ringan (ICD 10: Z72.3)
- Pola makan yang tidak sesuai (ICD 10 : Z724)
- Pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita (ICD 10: Z55.9)

4) Psikososial Keluarga

- Keadaan ekonomi keluarga yang kurang (ICD X: Z59.6)
- Dukungan dan pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit (ICD 10- Z55.9)
- Kurangnya kesadaran menjaga kebersihan lingkungan

5) Skala fungsional

Derajat 3 yaitu mampu melakukan perawatan diri, namun tak mampu untuk melakukan pekerjaan ringan.

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien ini berupa terapi nonfarmakologi yang bersifat *patient centered* dan *family focus*

Patient-centered

Non Farmakologi

1. Edukasi kepada pasien dan keluarga dengan media intervensi flipchart mengenai penyakit stroke dan hipertensi, faktor risiko stroke yang harus dihindari hingga komplikasi serta rencana tatalaksananya.
2. Edukasi mengenai faktor risiko yang dapat menjadi penyebab disfungsi ereksi serta memberikan konseling dan menyarankan pasien untuk melakukan konsultasi ke dokter spesialis.

3. Edukasi dan motivasi pasien untuk kontrol teratur untuk memeriksa tekanan darah, berat badan, dan kadar kolesterol tiap bulan.
4. Edukasi tentang kolesterol dan kebutuhan kalori pasien dengan media intervensi flipchart serta memotivasi pasien dan keluarga untuk mencari info dari bagian gizi puskesmas mengenai makanan apa saja yang diperbolehkan, harus dibatasi dan dihindari sehingga tidak memperburuk komplikasi stroke.
5. Menginformasikan aktifitas yang dianjurkan untuk pasien dan latihan fisik sederhana yang dapat dilakukan oleh pasien di rumah untuk meningkatkan fungsi otot pasien serta mengurangi dampak stroke yang berkelanjutan

Farmakologi

Menurut Panduan Tatalaksana Dislipidemia 2017 oleh PERKI, terapi farmakologi yang dapat diberikan pada pasien dengan dislipidemia adalah Statin 1 x 10mg tab/hari.¹⁹

Family Focused

1. Edukasi tentang cara perawatan pasien stroke yang diajukan pada keluarga pasien berupa *bathing* (mandi), *dressing* (berpakaian), *going to toilet* (pergi ke toilet), *transfer*, *continence* (*bladder and bowel*), serta *feeding* (makan).
2. Edukasi mengenai penyakit disfungsi ereksi pada istri pasien serta memberikan konseling dan menyarankan pasien untuk melakukan konsultasi ke dokter spesialis.
3. Edukasi dan motivasi mengenai perlunya dukungan dari semua anggota keluarga terhadap perbaikan penyakit pasien.
4. Meminta anggota keluarga untuk melakukan pengawasan terhadap makanan pasien.
5. Edukasi kepada keluarga untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit.
6. Edukasi kepada seluruh anggota keluarga mengenai kebersihan rumah agar tidak ada penyakit lainnya yang dapat menyerang anggota keluarga.

Pembahasan

Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah seorang pria, usia 50 tahun yang datang dengan keluhan lemah pada anggota gerak kiri sejak 2 tahun yang lalu. Pasien juga memiliki keluhan bicara pelo, penurunan nafsu makan, dan sulit untuk ereksi. Pasien juga mengalami nyeri kepala belakang sejak 2 hari yang lalu. Hasil pemeriksaan fisik secara umum didapatkan bahwa tekanan darah: 110/80 mmHg; nadi: 84x/menit; frekuensi napas: 20x/menit; suhu 36,30C; berat badan: 68 kg; tinggi badan: 170 cm; IMT: 23,5.

Pada pasien ini dilakukan intervensi dengan *home visit* pada pasien dan keluarga sebanyak 3 kali, dimana dilakukan kunjungan pertama pada tanggal 23 Juli 2019. Pada kunjungan pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis lebih mendalam perihal penyakit pasien dan keluarga. Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep *Mandala of Health*, dari segi perilaku kesehatan pasien masih mengutamakan kuratif daripada preventif dan memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit-penyakit yang ia derita.

Keluhan kelemahan anggota gerak sebelah kiri terjadi mendadak setelah pasien baru bangun tidur dan hendak berwudhu. Pasien tidak bisa melakukan gerakan volunteer sama sekali pada anggota gerak kiri. Keluhan kelemahan secara total pada anggota gerak ini disebut sebagai plegi. Plegi (kelumpuhan) merupakan hilangnya kemampuan untuk menggerakkan anggota gerak.¹ Keluhan pada pasien terjadi pada anggota gerak sebelah kiri, sehingga disebut dengan hemiplegia sinistra.

Pasien juga mengalami bicara pelo dan mulut terlihat turun di bagian kiri yang disebabkan oleh parese nervus cranial fasialis (VII) kiri sentral. Disebut sentral karena bagian terkena hanya di bagian sebelah kiri bawah wajah (mulut), sedangkan bagian atas wajah (mata dan alis) tidak mengalami parese.

Menurut WHO, kelumpuhan (hemiparesis) secara tiba-tiba pada bagian, lengan, kaki, wajah, yang lebih sering terjadi pada separuh bagian

tubuh merupakan gejala umum stroke.² Pada stroke, faktor risiko dibagi menjadi dua yaitu faktor risiko yang dapat diubah dan faktor risiko yang tidak dapat diubah. Dimana faktor risiko yang tidak dapat diubah tidak dapat dikontrol pengaruhnya terhadap kejadian stroke, diantaranya faktor keturunan (genetik), ras, umur dan jenis kelamin. Sedangkan faktor risiko yang dapat diubah yaitu hipertensi, diabetes melitus, hiperkolesterolemia, stress, merokok, obesitas (kegemukan), aktifitas fisik yang rendah, minum kopi, pil KB (kontrasepsi oral) dan konsumsi alkohol.¹⁴

Pada pasien ini terdapat faktor risiko yang tidak dapat diubah yaitu usia. Usia pasien yaitu 50 tahun. Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa salah satu faktor terbanyak terjadinya stroke adalah pada usia 48-84 tahun. Selain itu pada pasien ini juga terdapat faktor risiko yang dapat diubah yaitu riwayat hipertensi yang tak terkontrol sejak 10 tahun yang lalu serta tidak pernah mengontrol kesehatannya bahkan untuk melakukan pengobatan ke dokter. Pasien juga memiliki kecenderungan makan-makanan tinggi garam dan berlemak (goreng-gorengan) jarang makan sayur dan buah, tidak pernah melakukan olahraga, pengetahuan mengenai penyakit yang kurang.

Diagnosis stroke pada pasien ini ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang. Dari hasil pemeriksaan neurologis didapatkan penurunan kekuatan otot pada ekstremitas superior dan inferior sinistra (0) dengan ditemukannya atrofi otot, refleks fisiologis yang meningkat serta refleks patologis babinsky (+) pada ekstremitas inferior sinistra dan refleks patologis hoffman tromer (+) pada ekstremitas superior sinistra sedangkan pada ekstremitas superior dan inferior dextra dalam batas normal, dengan kekuatan otot normal (5). Dari pemeriksaan nervus cranialis ditemukan adanya paresis nervus fasialis (VII) sinistra sentral yang dibuktikan dengan wajah tertarik ke kanan ketika diminta untuk tersenyum dan meringis, namun kedua mata dapat terpejam sempurna. Pada pemeriksaan fungsi otonom, tidak didapatkan

adanya kelainan miksi maupun defekasi, namun pasien memiliki keluhan tidak bisa melakukan ereksi. Pada pasien tidak didapatkan tanda rangsang meningeal.

Sesuai dengan algoritma stroke Gajah Mada sebagai penegakan diagnosis stroke paling sederhana yaitu dengan menilai ada atau tidaknya penurunan kesadaran, nyeri kepala dan refleks patologis (babinsky). Pada pasien didapatkan GCS (*Glasgow Coma Scale*) E3V4M5 sehingga tidak ditemukan penurunan kesadaran. Nyeri kepala ditemukan pada pasien, dan ditemukan adanya refleks patologis berupa refleks babinsky pada pasien. Sehingga berdasarkan algoritma Stroke Gajah Mada dapat disimpulkan bahwa pasien terdiagnosa stroke hemoragik.¹⁵

CT scan (*Computerised Tomography Scanning*) merupakan pemeriksaan baku emas untuk mendiagnosis penyakit stroke dan membedakan antara stroke hemoragik dan stroke non hemoragik.¹⁵ Dari hasil pemeriksaan CT scan pada Tn. UH didapatkan adanya perdarahan intraserebri di subkortikaltemporalis dextra dengan edema perifokal, sehingga pada pasien ini dapat didiagnosis sebagai stroke hemoragik.

Pasien mengalami kemaluan yang tidak bisa tegang saat melakukan hubungan seksual sejak mengalami stroke. Ia juga mengatakan bahwa penisnya bisa membesar namun tidak bisa keras walaupun ada hasrat seksual. Pasien juga tidak mengalami penis tegang setelah bangun tidur di pagi hari. Hal ini dapat mengarah kepada suatu disfungsi seksual, yaitu disfungsi ereksi.

Disfungsi ereksi merupakan ketidakmampuan untuk mencapai dan mempertahankan ereksi penis untuk melakukan senggama yang memuaskan yang bersifat konsisten minimal tiga bulan. Faktor risiko dari disfungsi ereksi diantaranya psikogenik, organik, dan campuran. Disfungsi ereksi juga diklasifikasi menjadi dua, yaitu psikogenik dan organik.¹⁶ Pada pasien ini terdapat gejala berupa disfungsi secara global dan tidak adanya *waking erection* yang mengarah ke disfungsi ereksi tipe organik. Hal ini dapat disebabkan oleh masalah neurologis yaitu

stroke. Salah satu instrumen yang dapat digunakan untuk menilai derajat disfungsi ereksi adalah *5-Item International Index of Erectile Function* (IIEF-5). Pada kasus ini didapatkan total skor adalah 5, dimana dari masing-masing pertanyaan skornya adalah satu. Maka dapat diketahui bahwa pasien ini mengalami disfungsi ereksi derajat berat.¹⁷

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan mengintervensi pasien beserta keluarga sebanyak 3 kali, dimana dilakukan kunjungan pertama pada tanggal 23 Juli 2019. Pada kunjungan pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis lebih mendalam perihal penyakit pasien dan keluarga.

Pada tanggal 1 Agustus 2019 dilanjutkan dengan kunjungan kedua untuk melakukan intervensi terhadap pasien. Pasien diberikan intervensi dengan menggunakan media *flipchart* mengenai stroke, perawatan pasca stroke, kolesterol, hipertensi, dan gizi seimbang. Pasien juga diberikan poster mengenai gerakan rehabilitasi pasca stroke yang dapat dilakukan di rumah. Selain itu dilakukan edukasi secara lisan pada pasien dan istri pasien mengenai disfungsi ereksi yang dialami pasien. Intervensi juga diberikan kepada keluarga pasien agar dapat membantu memotivasi dan mengingatkan pasien.

Penilaian faktor resiko dilakukan kepada istri pasien dan didapatkan tekanan darah tinggi, sehingga tetap diberikan edukasi untuk pencegahan penyakit hipertensi sampai komplikasi hipertensi, yaitu guna meningkatkan pengetahuan dan kesadaran istri pasien mengenai penyakitnya serta menimbulkan rasa dukungan keluarga untuk pasien. Anak tiri pasien diberikan edukasi dengan *flipchart* mengenai jajan sehat dan cara cuci tangan yang baik. Intervensi ini dilakukan dengan tujuan untuk merubah pola hidup pasien dan keluarganya yang tidak teratur, memberikan gambaran mengenai sebab dan penanganan keluhan yang diderita serta keluarga diharapkan mampu melakukan perawatan pada pasien yang merupakan pasien stroke meskipun untuk

merubah hal tersebut bukanlah hal yang dapat dilihat hasilnya dalam kurun waktu yang singkat.

Ketika intervensi dilakukan, istri dan anak tiri pasien juga turut serta mendampingi dan mendengarkan apa yang disampaikan pada pasien. Tujuan dari penatalaksanaan pasien yang mengalami stroke adalah pengendalian faktor risiko melalui pola hidup pasien, memperbaiki fungsi anggota gerak, serta mengontrol penyakit agar tidak memperburuk komposisi yang sudah ada.

Tatalaksana stroke akut yaitu dilakukan dengan penanganan faktor- faktor etiologik maupun penyulit. Juga dilakukan tindakan terapi fisik, okupasi, wicara dan psikologis serta telaah sosial untuk membantu pemulihan pasien. Penjelasan dan edukasi kepada keluarga pasien perlu, menyangkut dampak stroke terhadap pasien dan keluarga serta tata cara perawatan pasien yang dapat dilakukan keluarga.

Salah satu hal yang menjadi kekhawatiran pasien adalah disfungsi seksual yang timbul akibat stroke atau kondisi psikologis pasien. Pasien juga disarankan untuk melakukan pengobatan ke dokter spesialis urologi atau andrologi. Tatalaksana untuk disfungsi ereksi dapat berupa tatalaksana farmakologi maupun non-farmakologi. Terapi farmakologi erektogenik oral diantaranya adalah inhibitor fosfodiesterase PDE5i (sildenafil, vardenafil, tadalafil), substitusi testoteron (metiltestosteron), dan lain-lain. Selain itu, terdapat terapi farmakologi dengan cara pemberian lain seperti topikal (testosterone patch, gel), intraurethra (alprostadil), intrakavernosa (alprostadil, papaverin, fentolamin), atau intramuskular (testosterone propionate). Untuk tatalaksana nonfarmakologi pada pasien dengan disfungsi ereksi psikogenik, dapat dilakukan psikoterapi berupa sesi konseling terhadap pasien dan pasangannya. Efektivitas psikoterapi rendah dan sering diperlukan dalam jangka lama. Terapi lainnya yang dapat dipertimbangkan apabila dengan medikamentosa tidak berhasil yaitu pompa vakum penis atau prosthesis penis.¹⁶

Pasien memiliki kadar kolesterol yang cukup tinggi yaitu 278 g/dL. Konsumsi makanan tinggi lemak dan kolesterol dapat meningkatkan

risiko terkena serangan stroke, sebaliknya risiko konsumsi makanan rendah lemak dan kolesterol dapat mencegah terjadinya stroke. Pasien disarankan untuk mengurangi makanan yang mengandung asam lemak trans seperti biskuit asin, kue, donat, roti, dan makanan lain seperti kentang goreng atau ayam yang digoreng dengan minyak nabati. Asam lemak trans dapat menyebabkan peningkatan kolesterol LDL dan menurunkan kolesterol HDL. Selain itu, pasien juga dianjurkan untuk diet makanan tinggi serat, seperti kacang-kacangan, buah, sayur, dan sereal yang memiliki efek hipokolesterolemik secara langsung. Pada istri pasien juga disarankan untuk memasak makanan keluarga dengan cara memanggang, merebus, atau mengukus dan mengurangi memasak dengan cara menggoreng makanan.¹⁸

Pasien juga diedukasi untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara teratur dan taat anjuran dokter. Obat-obatan dapat membantu pasien menghindari faktor-faktor resiko seperti penyakit jantung, hipertensi, dislipidemia, diabetes mellitus (DM) harus dipantau secara teratur. Faktor-faktor resiko ini dapat dikoreksi dengan pengobatan teratur, diet dan gaya hidup sehat. Latihan jasmani selain dapat menjaga kebugaran dan menurunkan berat badan dapat juga mengendalikan dan mencegah hipertensi dan dislipidemia. Pada pasien yang telah mengalami komplikasi stroke maka dianjurkan untuk melakukan kegiatan jasmani berupa berjalan cepat dan melakukan gerakan-gerakan sederhana yang dapat dilakukan di kursi atau tempat tidur. Kegiatan ini dapat dilakukan secara teratur selama 30 menit per hari selama 5 hari per minggu.¹⁸

Edukasi tentang cara perawatan pasien stroke kepada keluarga pasien antara lain adalah bantuan dalam perawatan diri yang terdiri dari *dressing, bathing, toileting*, bantuan dalam mobilitas seperti: berjalan, naik atau turun dari tempat tidur, melakukan tugas keperawatan seperti: memberikan obat dan mengganti balutan luka, memberikan dukungan emosional, menjadi pendamping, melakukan tugas-tugas rumah tangga seperti: memasak, belanja,

pekerjaan kebersihan rumah, serta bantuan dalam masalah keuangan.¹⁹

Kunjungan ketiga dilakukan pada tanggal 8 Agustus 2019, dari hasil anamnesis lanjut didapatkan bahwa keluhan pasien yaitu lemah pada anggota gerak kiri masih dirasakan, namun kekakuan sendinya mulai berkurang. Keluhan lain seperti nyeri pada tengkuk leher belakang juga sudah berkurang. Pasien sudah mulai membiasakan makan sehari 3 kali dengan 2 kali selingan berupa buah-buahan. Istri dan anak-anak pasien juga lebih memperhatikan makanan yang dimakan pasien dengan mengurangi penggunaan garam dan lemak pada makanannya. Kegiatan jasmani berupa latihan sederhana rutin seperti berjalan setiap pagi dan sore sudah mulai dilakukan. Selain itu, pasien dan istrinya mulai mengetahui mengenai disfungsi seksual yang diderita pasien, sehingga istri pasien dapat memahami apa yang dialami oleh suaminya.

Penyakit yang diderita pasien ini merupakan akibat penyakit kronis. Penyakit kronis seperti stroke memiliki perjalanan penyakit yang cukup lama dan umumnya penyembuhannya tidak dapat dilakukan. Sehingga penyakit tersebut hanya bisa dikontrol untuk menjaga agar tidak memperburuk komplikasi yang sudah ada dan menghindari komplikasi lainnya. Untuk itu pasien diharuskan untuk rutin mengunjungi sarana kesehatan untuk mengontrol penyakitnya. Karena pasien sudah memiliki asuransi kesehatan maka tidak akan mempersulit pasien memperoleh pelayanan kesehatan setiap kali kontrol berobat.

Faktor pendukung dalam penyelesaian masalah pasien dan keluarga adalah pelaku rawat yang serumah dengan pasien sehingga pasien mendapatkan dukungan dan bantuan yang cukup baik dalam melakukan pola hidup sehat serta dalam kontrol pengobatan. Sedangkan faktor penghambatnya adalah belum terbiasanya pasien dalam menerapkan pola hidup yang sehat seperti melakukan aktifitas fisik sederhana dan merubah pola makannya.

Menurut Bloom, Ada beberapa langkah atau proses sebelum orang mengadopsi perilaku baru. Pertama adalah kesadaran (*awareness*),

dimana orang tersebut menyadari stimulus tersebut. Kemudian dia mulai tertarik (*interest*). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*). Setelah itu, dia akan mencoba melakukan apa yang dikehendaki oleh stimulus (*trial*). Pada tahap akhir adalah *adoption*, berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya.²⁰ Pada proses perubahan perilaku, Tn. UH sudah mencapai tahap *trial* yaitu pasien sudah mencoba meminum obat secara teratur, menjaga pola makan, serta melakukan kegiatan jasmani sederhana.

Melihat tingkat kepatuhan pasien cukup baik maka prognosis pada pasien ini adalah *quo ad vitam: dubia ad bonam* dilihat dari kesehatan dan tanda-tanda vitalnya masih baik; *quo ad functionam: dubia* karena pasien bisa merawat diri sendiri secara mandiri, namun aktivitas yang dilakukan terbatas; dan *quo ad sanationam: dubia ad malam* karena keluhan pasien dapat berkurang namun tetap ada gejala sequale atau gejala sisa.

Simpulan

Telah dilakukan penatalaksanaan pada pasien secara holistik dan komprehensif, *patient center, family approach* dengan memberikan edukasi mengenai penyakit stroke dan komplikasinya. Dalam melakukan intervensi terhadap pasien tidak hanya memandang dalam hal klinis tetapi juga terhadap psikososial pasien. Intervensi juga perlu melibatkan peran dan fungsi keluarga agar mendapatkan hasil pengobatan yang lebih baik.

Daftar Pustaka

1. Truelsen T, Mahonen M, Tolonen H, Asplund K, Bonita R, Vanuzzo D. Trends in stroke and coronary heart disease in the WHO MONICA Project. *Stroke*. 2003; 34(6):1346-52.
2. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global burden of stroke. *Circulation Research*. 2017; 120(3):439-48.
3. Kusuima Y, Venketasubramanian N, Kiemas LS, Misbach J. Burden of stroke in Indonesia. *International Journal of Stroke*. 2009; 4(5): 379-80.
4. Purwata TE, Andaka D, Nuartha D, Wiratni C, Sumada K. Positive correlation between left hemisphere lesion and erectile dysfunction in post-stroke patients. *Open Access Maced J J Md Sci*. 2019; 7(3):363-68.
5. Suffren S, Braun CM, Guimond A, Devinsky O. Opposed hemispheric specializations for human hypersexuality ad orgasm? *Epilepsy & Behaviour*. 2011; 21(1):12-9.
6. Kimura M, Murata Y, Shimoda K, Robinson RG. Sexual dysfunction following stroke. *Compr Psychiatry*. 2001; 42(3):217-22.
7. Duits A, Van Oirschot N, Van Oostenbrugge RJ, Van Lankveld J. The relevance of of sexual responsiveness to sexual function in male stroke patients. *The journal of sexual medicine*. 2009; 6(12):3320-6.
8. Roumegere T, Wespes E, Carpentier Y, Hoffman P, Schulman C. Erectile dysfunction is associated with a high prevalence of hyperlipidemia and coronary heart disease risk. *Eur Urol*. 2003; 44(3):355-359.
9. Hood S, Kirby M. Review: Risk factor assessment of erectile dysfunction. *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease*. 2004;4(3):157-61.
10. Wespes E, Amar E, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, Montorsi F, Pryor J, Vardi Y. EAU Guidelines on erectile dysfunction: an update *European urology*. 2006; 49(5):806-15.
11. Pistola F, Govoni S, Boselli C. Sex after stroke: A CNS only dysfunction? *Pharmacological research*. 2006, 54(1):11-6.
12. Gaete JM, Bougasslavsky J. Post-stroke depression. *Expert Rev Neurother*. 2008;8(1):75-92.
13. Daniel K, Wolfe CD, Busch MA, McKeivitt C. What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic review. *Stroke*. 2009;40(6):e431-40.
14. De Freitas GR, Christoph DDH, Bogousslavsky J. Topographic classification of ischemic stroke, in Fisher M. (ed). 2009. *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 93 (3rd series). Elsevier BV.

15. Gofir A. Klasifikasi Stroke dan Jenis Patologi Stroke, Manajemen Stroke. Pustaka Cendekia. 2019;45
16. Wespes E, Amar E, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, Montorsi F, Pryor J, Vardi Y. EAU Guidelines on erectile dysfunction: an update European urology. 2006; 49(5):806-15.
17. Radic et al. Erectile dysfunction and neurologic disorders. Neurol Croat. 2013;62:1-2
18. Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. Panduan tata laksana dislipidemia. Jurnal Kardiologi Indonesia. 2017.
19. Arksey et al. Caregiver Literature Review: A report prepared for the National Health Committee. 2015;1-125.
20. Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta. 2010.