

Stroke Iskemik dengan Hemiparesis Sinistra pada Pasien Laki-Laki Usia 54 Tahun: Laporan Kasus

Ditya Ananda Safira¹, Winda Trijyanthi Utama²
^{1,2}Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Stroke iskemik merupakan kondisi neurologis akut yang membutuhkan penentuan waktu onset secara cepat karena terapi reperfusi hanya bermanfaat pada pasien terpilih dalam jendela waktu tertentu. Laporan kasus ini bertujuan membahas stroke iskemik dengan hemiparesis sinistra pada pasien laki-laki usia 54 tahun yang datang di luar jendela terapi reperfusi. Pasien datang ke instalasi gawat darurat pada 1 September 2024 pukul 13.31 WIB dengan kelemahan tangan dan kaki kiri, bicara pelo, deviasi lidah ke kiri, serta keluhan sulit menelan. Keluhan mulai dirasakan pada 30 Agustus 2024 sekitar pukul 09.00 WIB, sehingga durasi onset hingga kedatangan ke rumah sakit diperkirakan sekitar 52 jam 31 menit. Tekanan darah saat tiba di instalasi gawat darurat 157/108 mmHg. CT-scan kepala non-kontras menunjukkan gambaran hipodens pada lobus temporal dekstra yang mendukung stroke iskemik. Pasien tidak dilakukan terapi reperfusi karena datang melewati jendela terapi. Pasien mendapat antiplatelet, antihipertensi, skrining disfagia dengan water swallow test, fisioterapi selama perawatan, serta edukasi latihan di rumah. Setelah dirawat selama 7 hari, pasien dipulangkan dalam kondisi stabil dengan kesadaran compos mentis, GCS 15, kekuatan motorik ekstremitas kiri 5/5, bicara pelo membaik, deviasi lidah dan kemampuan menelan membaik, serta dapat berjalan mandiri. Obat pulang meliputi amlodipin 10 mg satu kali sehari dan aspirin 80 mg satu kali sehari. Kasus ini menekankan pentingnya dokumentasi onset, evaluasi menelan, rehabilitasi dini, dan pencegahan sekunder pada stroke iskemik.

Kata Kunci: Disfagia, hemiparesis sinistra, stroke iskemik, laporan kasus

Ischemic Stroke With Left Hemiparesis in a 54-Year-Old Male Patient: Case Report

Abstract

Ischemic stroke is an acute neurological condition requiring rapid onset-time assessment because reperfusion therapy is only beneficial in selected patients within a specific therapeutic window. This case report discusses ischemic stroke with left hemiparesis in a 54-year-old male patient presenting outside the reperfusion therapy window. The patient arrived at the emergency department on September 1, 2024, at 13:31 Western Indonesian Time with left arm and leg weakness, dysarthria, left tongue deviation, and swallowing difficulty. Symptoms began on August 30, 2024, at approximately 09:00, resulting in an estimated onset-to-door time of 52 hours and 31 minutes. Blood pressure on arrival was 157/108 mmHg. A non-contrast head CT scan showed a hypodense lesion in the right temporal lobe, supporting ischemic stroke. Reperfusion therapy was not performed because the patient presented beyond the therapeutic window. Management included antiplatelet therapy, antihypertensive therapy, dysphagia screening using the water swallow test, inpatient physiotherapy, and home exercise education. After seven days of hospitalization, the patient was discharged in stable condition with compos mentis consciousness, GCS 15, left-sided motor strength of 5/5, improved dysarthria, improved tongue deviation and swallowing ability, and independent ambulation. Discharge medications included amlodipine 10 mg once daily and aspirin 80 mg once daily. This case emphasizes the importance of onset documentation, swallowing assessment, early rehabilitation, and secondary prevention in ischemic stroke.

Key Words: Dysphagia, left hemiparesis, ischemic stroke, case report

Korespondensi: Ditya Ananda Safira, alamat Perumnas Hartono, Lampung Selatan, HP 088269768361, e-mail dityashfra@gmail.com; Winda Trijyanthi Utama, email Winda.trijyanthi@fk.unila.ac.id

Pendahuluan

Stroke iskemik terjadi akibat gangguan aliran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis fokal sesuai area otak yang terdampak. Pada fase akut, penentuan waktu onset merupakan bagian penting karena menjadi dasar penilaian kelayakan terapi

reperfusi. Pedoman AHA/ASA menekankan bahwa pemberian alteplase intravena dilakukan secepat mungkin pada pasien terpilih dan tidak melebihi 4,5 jam sejak onset, sedangkan trombektomi mekanik dapat dipertimbangkan hingga 24 jam pada pasien

terpilih dengan kriteria klinis dan pencitraan tertentu.¹

Pada pasien yang datang di luar jendela reperfusi, fokus tata laksana bergeser dari reperfusi menuju stabilisasi kondisi umum, pencegahan perluasan kerusakan, antiplatelet setelah perdarahan intrakranial disingkirkan, pengendalian faktor risiko, rehabilitasi, serta pencegahan stroke berulang.^{1,2} Oleh karena itu, laporan kasus stroke iskemik tidak hanya perlu mencantumkan diagnosis, tetapi juga waktu onset, waktu tiba di rumah sakit, hasil pencitraan, alasan tidak dilakukan reperfusi, skrining komplikasi seperti disfagia, tata laksana rehabilitatif, dan luaran neurologis pasien.

Meskipun stroke iskemik dengan hemiparesis merupakan kasus yang sering dijumpai, laporan ini memiliki nilai klinis karena menggambarkan pasien usia pertengahan yang datang terlambat, yaitu lebih dari dua hari sejak onset gejala, sehingga tidak memenuhi jendela terapi reperfusi. Kasus ini juga menekankan pentingnya dokumentasi onset-to-door time, korelasi gejala neurologis dengan CT-scan kepala, skrining disfagia sebelum pemberian obat oral, rehabilitasi selama rawat inap, serta pencegahan sekunder pada pasien dengan faktor risiko merokok.

Kasus

Pasien Tn. A, usia 54 tahun, datang ke instalasi gawat darurat rumah sakit pada 1 September 2024 pukul 13.31 WIB dengan keluhan kelemahan tangan dan kaki kiri. Keluhan mulai dirasakan sejak 30 Agustus 2024 sekitar pukul 09.00 WIB, sehingga durasi antara onset gejala hingga kedatangan ke rumah sakit diperkirakan sekitar 52 jam 31 menit. Selain kelemahan anggota gerak kiri, pasien juga mengeluhkan bicara pelo, deviasi lidah ke kiri, dan sulit menelan.

Saat tiba di instalasi gawat darurat, tekanan darah pasien 157/108 mmHg. Pemeriksaan neurologis awal menunjukkan kesadaran compos mentis dengan Glasgow Coma Scale (GCS) 15, hemiparesis sinistra dengan kekuatan motorik ekstremitas kiri 4/5, kekuatan ekstremitas kanan 5/5, bicara pelo, dan deviasi lidah ke kiri. Tidak didapatkan riwayat hipertensi sebelumnya, penyakit

jantung, diabetes melitus, maupun riwayat keluarga dengan keluhan serupa. Pasien memiliki riwayat merokok sejak muda selama kurang lebih 20 tahun. Aktivitas fisik sehari-hari pasien berupa berkebun. Riwayat alergi dan asma disangkal.

CT-scan kepala non-kontras dilakukan pada 1 September 2024 pukul 13.32 WIB dan menunjukkan gambaran hipodens pada lobus temporal dekstra, yang mendukung diagnosis stroke iskemik. Berdasarkan durasi onset yang telah melewati 4,5 jam dan bahkan lebih dari 24 jam sejak awal keluhan, pasien tidak dilakukan terapi reperfusi. Pemeriksaan elektrokardiografi (EKG) menunjukkan irama sinus. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan eosinofil 7,5%, sedangkan data profil lipid, HbA1c, gula darah, dan lingkaran perut tidak tersedia.

Mengingat adanya keluhan sulit menelan, pasien menjalani skrining disfagia menggunakan water swallow test. Hasil skrining menunjukkan adanya kesulitan menelan, tetapi air masih dapat tertelan dan tidak terdapat indikasi pemasangan nasogastric tube (NGT) berdasarkan evaluasi klinis saat itu. Pemberian obat oral dilakukan setelah skrining menelan dinyatakan aman. Di instalasi gawat darurat, pasien mendapat aspilet dengan dosis 2 tablet 80 mg sebagai loading dose total 160 mg setelah perdarahan intrakranial disingkirkan melalui CT-scan. Selama perawatan di ruang rawat inap, aspilet dilanjutkan 80 mg satu kali sehari, dan pasien mendapat amlodipin 10 mg satu kali sehari. Tekanan darah pada hari berikutnya di ruang rawat inap tercatat 122/85 mmHg.

Selama perawatan, pasien mendapatkan fisioterapi dan visite dokter rehabilitasi medik. Program rehabilitasi yang diberikan meliputi latihan exercise, mobilisasi bertahap, serta edukasi latihan mandiri di rumah. Setelah menjalani perawatan selama 7 hari, kondisi pasien membaik dan stabil. Pada evaluasi sebelum pulang, kesadaran pasien compos mentis dengan GCS 15, kekuatan motorik ekstremitas kiri membaik menjadi 5/5, bicara pelo membaik, deviasi lidah ke kiri mulai membaik, kemampuan menelan membaik, dan pasien mampu berjalan mandiri. Tekanan darah saat pulang 125/88 mmHg. Pasien

dipulangkan dengan obat pulang amlodipin 10 mg satu kali sehari dan aspilet 80 mg satu kali sehari, serta dijadwalkan kontrol ke poliklinik satu minggu kemudian.

Pembahasan

Pada kasus ini, kelemahan tangan dan kaki kiri, bicara pelo, deviasi lidah, dan keluhan sulit menelan menunjukkan defisit neurologis fokal yang konsisten dengan stroke. Pola hemiparesis sinistra mengarah pada keterlibatan sistem saraf pusat kontralateral, yaitu hemisfer kanan. Hasil CT-scan kepala non-kontras yang menunjukkan lesi hipodens pada lobus temporal dekstra mendukung diagnosis stroke iskemik. Namun, korelasi lokasi lesi dengan manifestasi motorik perlu ditafsirkan secara hati-hati karena defisit motorik umumnya berkaitan dengan keterlibatan korteks motorik, kapsula interna, atau jalur kortikospinal.^{1,2} Oleh sebab itu, deskripsi radiologis yang lebih rinci mengenai luas lesi dan kemungkinan keterlibatan area sekitarnya akan memperkuat interpretasi anatomi klinis.

Waktu onset pada kasus ini menjadi titik penting dalam pengambilan keputusan terapi. Pasien mengalami gejala sejak 30 Agustus 2024 pukul 09.00 WIB dan tiba di instalasi gawat darurat pada 1 September 2024 pukul 13.31 WIB, sehingga durasi onset-to-door sekitar 52 jam 31 menit. Durasi ini berada di luar jendela alteplase intravena 4,5 jam dan juga melewati batas 24 jam untuk pertimbangan trombektomi pada pasien terpilih.¹ Dengan demikian, tidak dilakukannya terapi reperfusi pada pasien ini sesuai dengan pertimbangan waktu onset, dan tata laksana lebih diarahkan pada stabilisasi, antiplatelet, pengendalian tekanan darah, pencegahan komplikasi, rehabilitasi, dan pencegahan sekunder.

CT-scan kepala non-kontras tetap menjadi pemeriksaan awal penting pada pasien stroke akut karena mampu membedakan stroke iskemik dan hemoragik secara cepat.^{1,3} Secara klinis, pasien tidak menunjukkan penurunan kesadaran berat yang kuat mengarah ke stroke hemoragik, tetapi penilaian klinis saja tidak cukup untuk menentukan jenis stroke. Algoritma klinis seperti Algoritma Stroke Gajah Mada dapat membantu penilaian awal ketika fasilitas

pencitraan belum tersedia, tetapi pada kasus ini CT-scan menjadi dasar utama penegakan diagnosis dan keputusan pemberian antiplatelet.^{3,4}

Terapi antiplatelet pada stroke iskemik akut perlu diberikan setelah perdarahan intrakranial disingkirkan. Berdasarkan pedoman Canadian Stroke Best Practices, pasien stroke iskemik akut yang belum menggunakan antiplatelet sebaiknya mendapat acetylsalicylic acid dengan loading dose minimal 160 mg setelah pencitraan otak menyingkirkan perdarahan.^{3,5} Pada kasus ini, pemberian aspilet 2 tablet 80 mg di instalasi gawat darurat setara dengan total 160 mg, sehingga sesuai sebagai loading dose minimum. Selanjutnya, pemberian aspilet 80 mg satu kali sehari di ruang rawat inap lebih sesuai sebagai dosis pemeliharaan antiplatelet jangka panjang.^{3,5}

Tekanan darah pasien saat tiba di instalasi gawat darurat 157/108 mmHg, kemudian pada hari berikutnya di ruang rawat inap menjadi 122/85 mmHg setelah observasi dan pemberian amlodipin 10 mg satu kali sehari. Pada stroke iskemik akut yang tidak menjalani reperfusi, penurunan tekanan darah umumnya dilakukan secara hati-hati untuk menjaga perfusi serebral, kecuali bila tekanan darah sangat tinggi atau terdapat indikasi komorbid tertentu.^{1,6} Tekanan darah saat pulang 125/88 mmHg menunjukkan kontrol yang membaik, meskipun pemantauan lanjutan tetap diperlukan untuk menentukan apakah pasien memiliki hipertensi menetap atau peningkatan tekanan darah sementara pada fase akut.

Faktor risiko yang paling jelas pada pasien ini adalah riwayat merokok selama sekitar 20 tahun. Merokok merupakan salah satu faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi dan terbukti secara konsisten meningkatkan risiko stroke iskemik.^{2,7,8} Aktivitas fisik pasien berupa berkebun, sehingga pasien tidak sepenuhnya inaktif secara fungsional. Namun, evaluasi faktor risiko metabolik belum lengkap karena data profil lipid, HbA1c, gula darah, dan lingkaran perut tidak tersedia. Pemeriksaan tersebut penting untuk menilai dislipidemia, diabetes melitus, obesitas sentral, dan sindrom

metabolik sebagai faktor risiko stroke, sekaligus menentukan intensitas pencegahan sekunder.^{2,7,8}

Keluhan sulit menelan pada pasien stroke perlu mendapat perhatian karena disfagia meningkatkan risiko aspirasi, malnutrisi, dan pneumonia. Skrining gangguan menelan direkomendasikan sebelum pemberian makanan, cairan, atau obat oral pada pasien stroke.^{3,9,10} Pada kasus ini, water swallow test dilakukan dan menunjukkan adanya kesulitan menelan, tetapi air masih dapat tertelan sehingga pasien tidak memerlukan NGT dan obat oral diberikan setelah skrining. Hal ini memiliki makna klinis penting karena pemberian obat oral pada pasien stroke dengan disfagia tanpa skrining dapat meningkatkan risiko aspirasi.

Rehabilitasi merupakan bagian integral tata laksana stroke sejak fase akut. Evaluasi kebutuhan rehabilitasi sedini mungkin membantu pemulihan mobilitas, aktivitas harian, dan perencanaan pulang.^{3,11} Pada kasus ini, pasien mendapat visite dokter rehabilitasi medik, fisioterapi, exercise, dan edukasi latihan di rumah selama perawatan. Perbaikan kekuatan motorik ekstremitas kiri dari 4/5 menjadi 5/5, kemampuan berjalan mandiri, serta perbaikan bicara dan menelan menunjukkan luaran klinis yang baik setelah kombinasi terapi medikamentosa, stabilisasi, dan rehabilitasi.

Pencegahan sekunder menjadi aspek penting karena pasien telah mengalami stroke iskemik dan memiliki faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Target tekanan darah jangka panjang pada sebagian besar pasien stroke dengan hipertensi adalah kurang dari 130/80 mmHg.^{2,3} Selain kontrol tekanan darah dan antiplatelet, terapi statin intensitas tinggi direkomendasikan pada banyak pasien stroke iskemik untuk menurunkan risiko kejadian vaskular berulang, dengan target LDL kurang dari 70 mg/dL pada pasien yang sesuai.^[2,3] Pada kasus ini, data profil lipid dan status pemberian statin belum tersedia, sehingga hal ini dicantumkan sebagai keterbatasan sekaligus rekomendasi evaluasi lanjutan.

Edukasi pulang pada pasien ini mencakup berhenti merokok, kepatuhan minum obat, kontrol tekanan darah, diet

rendah garam dan rendah lemak jenuh, aktivitas fisik bertahap sesuai toleransi, latihan di rumah sesuai instruksi rehabilitasi medik, serta kontrol poliklinik satu minggu setelah pulang. Berhenti merokok memiliki makna klinis kuat karena merokok merupakan faktor risiko vaskular yang dapat dimodifikasi. Kontrol poliklinik diperlukan untuk mengevaluasi tekanan darah, fungsi neurologis, kemampuan menelan, kepatuhan antiplatelet, kebutuhan statin, dan pemeriksaan faktor risiko metabolik yang belum dilakukan.

Pemeriksaan darah menunjukkan eosinofil 7,5% yang dapat dikategorikan sebagai eosinofilia ringan. Temuan ini tidak secara langsung berkaitan dengan diagnosis stroke iskemik dan kemungkinan bersifat insidental. Mengingat pasien tidak memiliki riwayat alergi maupun asma, serta tidak terdapat data klinis yang mengarah pada penyakit alergi atau parasitik, eosinofilia ringan ini tidak menjadi fokus utama dalam penegakan diagnosis maupun tata laksana stroke pada kasus ini.

Keterbatasan laporan kasus ini adalah belum tersedianya data profil lipid, HbA1c, gula darah, lingkaran perut, skor NIHSS, skor modified Rankin Scale (mRS), detail luas lesi dan teritori vaskular pada CT-scan, serta data pemberian statin. Keterbatasan tersebut memengaruhi kelengkapan penilaian etiologi, faktor risiko metabolik, derajat awal stroke, dan luaran fungsional jangka panjang. Meski demikian, laporan ini tetap menunjukkan nilai edukatif klinis mengenai pentingnya waktu kedatangan, skrining disfagia, rehabilitasi dini, dan pencegahan sekunder pada pasien stroke iskemik yang datang terlambat

Simpulan

Kasus ini menunjukkan pentingnya pengenalan dini defisit neurologis fokal dan dokumentasi waktu onset pada pasien stroke iskemik. Pasien datang sekitar 52 jam 31 menit setelah onset sehingga berada di luar jendela terapi reperfusi, dan tata laksana difokuskan pada stabilisasi, antiplatelet (aspilet loading dose 160 mg dilanjutkan 80 mg satu kali sehari), antihipertensi (amlodipin 10 mg satu kali sehari), skrining disfagia, rehabilitasi, serta pencegahan sekunder. Setelah perawatan

selama 7 hari, pasien menunjukkan luaran klinis yang baik berupa kekuatan motorik kiri 5/5, bicara pelo membaik, kemampuan menelan membaik, dan dapat berjalan mandiri. Pelajaran klinis utama dari kasus ini adalah bahwa pasien stroke yang datang terlambat tetap membutuhkan pendekatan komprehensif, meliputi konfirmasi CT-scan, evaluasi menelan sebelum pemberian obat oral, rehabilitasi dini, identifikasi faktor risiko metabolik, edukasi berhenti merokok, kontrol tekanan darah, diet sehat, kepatuhan obat pulang, serta kontrol lanjutan untuk mencegah stroke berulang.

Daftar Pustaka

1. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke. *Stroke*. 2019;50(12):e344–e418.
2. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, Cockroft KM, Gutierrez J, Lombardi-Hill D, et al. 2021 guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2021;52(7):e364–e467.
3. Heran MKS, Lindsay MP, Gubitz G, Yu AYX, Ganesh A, Lund R, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: acute stroke management, 7th edition practice guidelines update, 2022. *Can J Neurol Sci*. 2024;51(1):1–31.
4. Fakhruddin H, Nurmalia L, Nugroho A. Perbandingan uji diagnostik Siriraj Stroke Score dan Algoritma Stroke Gajah Mada sebagai prediktor jenis stroke di RS Sentra Medika Bekasi. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*. 2019;3(2):1–8.
5. Minhas JS, Wang X, Lavados PM, Arima H, Bath PMW. Oral antiplatelet therapy for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;(1):CD000029.
6. Guo QH, Liu CH, Wang JG. Blood pressure goals in acute stroke. *Am J Hypertens*. 2022;35(6):483–499.
7. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet*. 2016;388(10046):761–775.
8. Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Roth GA, Bisignano C, Abady GG, et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol*. 2021;20(10):795–820.
9. Joundi RA, Martino R, Saposnik G, Foley N, Bhatt M, Lanctôt KL, et al. Predictors and outcomes of dysphagia screening after acute ischemic stroke. *Stroke*. 2017;48(4):900–906.
10. Oliveira IJ, Couto GR, Santos RV, Ferreira A, Ávila T, Fareleira F, et al. Best practice recommendations for dysphagia management in stroke patients: a consensus from a Portuguese expert panel. *Port J Public Health*. 2022;39(3):145–162.
11. Langhorne P, Ramachandra S; Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: meta-analysis of randomised controlled trials. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;(4):CD000197.