

## RESIKO HIPERTENSI PADA STROKE \*)

Oleh :

Dr. Anwar Wardy W. \*\*)

### PENDAHULUAN

Stroke merupakan penyakit saraf yang dapat menyebabkan kecacatan dan kematian. Kebanyakan korbannya tidak dapat pulih seperti sediakala. Serangan Stroke juga akan menambah beban sosial ekonomi keluarga.

Faktor yang berperan terhadap terjadinya stroke telah kita ketahui dan oleh karenanya dapat memberikan kepada kita dasar pencegahannya. Banyak faktor resiko yang dapat menyebabkan terjadinya Stroke, misalnya : hipertensi, DM, penyakit jantung, obesitas, alkohol, perokok dst, tapi pada ceramah hari ini kami khusus membicarakan Hipertensi sebagai faktor yang dapat menyebabkan terjadinya serangan Stroke.

Prioritas pencegahan Stroke dalam masyarakat seharusnya ialah mengendalikan hipertensi, mengurangi rokok dan faktor resiko lainnya.

Usaha untuk mengurangi resiko Stroke tentunya dengan mengurangi faktor resiko hipertensi khususnya yang akan kita bicarakan nanti.

### Hipertensi :

Hipertensi merupakan faktor resiko yang paling penting pada stroke iskemik (infark) maupun hemoragis (perdarahan). Kontrol terhadap hipertensi merupakan salah satu jalan terbaik untuk mencegah stroke. Pengendalian hipertensi baik diastolik maupun sistolik-diaastolik akan menurunkan insiden stroke, sedangkan pengendalian sistolik pada populasi usia lanjut sedang dalam penelitian.

Hipertensi mempercepat aterosklerosis sehingga mudah terjadi oklusi pada pembuluh darah. Hipertensi secara langsung dapat menyebabkan aterosklerosis obstruktif, lalu terjadi infark lakuner dan

\*) Disampaikan pada Seminar Hipertensi Disdokkes Polri, tanggal 2 Desember 1993.

\*\*) Kapten Pol., Spesialis penyakit Syaraf Rumkit Polpus.

mikroaneurisme, dan hal ini dapat menjadi penyebab terjadinya perdarahan intraserebral. Setelah terjadinya stroke seringkali terjadi hipertensi reaktif, dan untuk membuktikan sebelumnya ada hipertensi atau tidak, perlu diteliti riwayat penderita, funduskopi dan EKG (LVH). Dapat dikatakan dewasa ini Hipertensi berperan penting dalam patogenesis terjadinya stroke baik perdarahan maupun infark-emboli, demikian juga berkembangnya mikroangiopati intrakranial namun untuk makroangiopati ekstrakranial ternyata kurang.

Penelitian oleh Kamejama (Jepang, 1982) pada otopsi penderita berumur di atas 60 tahun, menjumpai insidens hipertensi yang tinggi pada pasien yang perdarahan otak (86%) dan iskemia subkortikal (87%) dibandingkan dengan infark kortikal yang akibat tromboemboli, di samping mekanisme hemodinamik di arteri yang besar.

Data-data di Amerika dan study lainnya di Eropa menunjukkan bahwa hipertensi adalah resiko yang sering pada penyakit stroke yaitu 7 kali lebih banyak dibanding dengan nonhipertensi (normotensi), dan faktor resiko ini sebanding dengan tekanan darah. Makin tinggi tekanan darah makin mudah mendapatkan stroke, pada hipertensi-sistolik ternyata menderita Stroke 2-4 kali lebih banyak dari normotensi.

## DIAGNOSIS STROKE

Secara umum Diagnose dapat berdasarkan klinis, topis (anatomis) dan etiologis.

Diagnosis klinis stroke umumnya ditetapkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang teliti (utamanya fisik neurologis) di mana didapatkan gejala-gejala yang menonjol sesuai waktu perjalanan penyakitnya dan tanda-tanda yang sesuai dengan daerah perjalanan aliran darah baik penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak.

Transient Ischemic Attack (TIA) adalah suatu Stroke yang deficit neurologisnya terjadi dan akan normal kembali dalam 24 jam pertama sedangkan Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND) adalah suatu stroke yang deficit neurologisnya bertahan lebih dari 24 jam dan akan kembali normal dalam waktu 3 hari - 3 minggu, sedangkan Progressing stroke dan Completed stroke deficit neurologisnya akan menetap sebagai cacat pada penderita mulai dari yang ringan sampai dengan berat.

Gangguan yang disebabkan dapat berupa keadaan-keadaan :

Bila terjadi pada sistim karotis :

1. Gangguan penglihatan (hemianopsia)
2. Gangguan bicara
3. Gangguan motorik (pergerakan)
4. Gangguan sensorik (baal, dsb)

Bila terjadi pada sistim vertebrobasiler :

1. Gangguan penglihatan (kabur atau buta)
2. Gangguan pada Nn. kranialis
3. Gangguan motorik
4. Gangguan koordinasi
5. Drop attack
6. Gangguan sensorik
7. Gangguan kesadaran
8. Kombinasi.

Pada beberapa keadaan dapat terjadi gangguan behaviour, hemineglect, afasia, alexia, dst.

Diagnosis topis stroke pada umumnya terjadi apakah pada daerah kortikal atau subkortikal.

KORTIKAL	SUBKORTIKAL	GEJALA-GEJALA
+	-	Afasia.
+	-	Asterognosi.
+	-	Two point Discrimination.
+	-	Graphesthesia terganggu.
+	-	Loss of body image.
+	-	Kelumpuhan tungkai tidak sama.
-	+	Distoni postur.
-	+	Gangguan sensibilitas
-	+	Mata melihat ke hidung.

Untuk mendiagnosis topis dengan gejala yang ada akan lebih mudah tetapi dengan bantuan peralatan seperti CT. Scan dan MRI akan menjadi lebih mudah dan lebih tepat.

Diagnosis Etiologis dibedakan dengan adanya infark dan perdarahan dan kedua hal tersebut secara garis besar dibedakan sbb :

INFARK	PERDARAHAN	GEJALA-GEJALA
Subakut	Akut	Permulaan serangan.
Bangun pagi	Aktif	Waktu terjadi serangan
+	-	T.I.A. sebelumnya.
-	+	Nyeri kepala hebat.
-	+	Muntah.
-	+	Kejang-kejang.
-	+	Kesadaran menurun.
-	+	Rangsang meningeal (K.k)
Kortikal/Sub	Subkortikal	L o k a s i .

Catatan : Untuk membantu Diagnosis Etiologis biasanya kita menginginkan faktor resiko sebelumnya secara sederhana dengan hal-hal sbb :

1. Laboratorium.
2. EKG dan Echo KG.
3. Foto thoraks.
4. Pungsi Lumbal.
5. EEG.
6. Arteriografi.
7. Doppler sonografi.
8. CT. Scan dan MRI.

## DIAGNOSIS

Pada beberapa penyelidikan di Luar Negeri (New York Med. Centre) menunjukkan bahwa dari 107 pasien, hidup (mandiri) 31%

dan dengan angka kematian pada bulan pertama 15 - 21% dan 19% setelah 3 bulan kemudian dan dari angka yang hidup resiko untuk mendapat stroke lebih besar lagi : 5 tahun pertama 30% akan mendapat stroke ulang.

Pada mereka dengan faktor resiko yang masih tinggi prediksi bahwa 10% dari populasi resiko tinggi tersebut akan terkena stroke yang meliputi 50% dari populasi stroke seluruhnya. Kelompok yang paling besar dari resiko stroke adalah mereka dengan stroke sebelumnya.

Prognosis pada fase penyembuhan dapat berupa komplikasi dalam perawatan lama, depresi. Rehabilitasi sangat penting dalam aktivitas kehidupan sehari-hari.

#### PENUTUP

Dalam menghadapi kasus stroke, langkah pertama adalah memikirkan sejauh mana faktor resiko yang peran utamanya Hipertensi, di samping itu hal ini juga merupakan faktor pencegahan yang penting dalam menjalankan kehidupan kita sehari-hari bilamana saat ini pengetahuan terhadap berbagai masalah hipertensi dan stroke dapat dimengerti.

*\* Bunga mawar itu sendiri punya keharuman yang tak dipunyai bumi.*

**BERITA KELUARGA****I. BERITA KENAIKAN PANGKAT**

Terhitung mulai tanggal 1 Oktober 1993 :

- a. Dari LETKOL POL. menjadi KOLONEL POL.
  1. Letkol Pol. Dr. Nanang Suhardi K. (Kalakesum Disdokkes Polri).
  2. Letkol Pol. Drs. IGP Suryanatha (Ahli utama Ladokpol Disdokkes Polri).
  3. Letkol Pol. Dr. Akbar Rahayu (Ahli utama RS Polpus)
  4. Letkol Pol. Dr. Binsar Simorangkir (Waka RS Polpus).
- b. Dari MAYOR POL. menjadi LETKOL POL.
  1. Mayor Pol. Dr. Wachyudi (Ahli Wreda RS Polpus).
  2. Mayor Pol. M.S. Sulaiman (Kanit Dik RS Polpus).

**II. MUTASI JABATAN**

Terhitung mulai tanggal 24 September 1993 :

1. Kolonel Pol. Dr. Edison Silaen sebagai Kadisdokkes Polda Jabar menjadi Kadis Bangnismed Mabes ABRI.
2. Kadisdokkes Polda Jabar dari Kolonel Pol. Dr. Edison Silaen kepada Kolonel Pol. Dr. Nanang Suhardi K.
3. Kalakesum Disdokkes Polri dari Kolonel Pol. Dr. Nanang Suhardi K. kepada Kolonel Pol. Drg. Akbar Rahayu.
4. Kadisdokkes Polda Sumbagsel dari Kolonel Pol. Dr. Asnawi Rauf kepada Letkol Pol. Dr. Ali Hanafiah.
5. Sesdisdokkes Polda Jabar dari Letkol Pol. Dr. Ali Hanafiah kepada Letkol Pol. Dr. Ekih Djakaria.
6. Letkol Pol. Dr. Christanto TH. menjadi Kaladokpol Disdokkes Polri.

### III. BERITA PENDIDIKAN

Telah selesai mengikuti Pendidikan Spesialisasi :

1. Kapten Pol. Drg. Sri Shinta W., spesialis Orthodonti, pada tanggal 15 September 1993, ditempatkan di Satkes Denmabes Polri Jakarta.
2. Lettu Pol. Drg. Sam Sidharta, spesialis Orthodonti, tanggal 15 September 1993.
3. Penda I Drg. Wawan Setia Oetama, spesialis Orthodonti, selesai tanggal 15 September 1993, ditempatkan di Pusdik Polairud.

### IV. PURNA BHAKTI

Telah menyelesaikan tugasnya pada Dinas Kedokteran Dan Kesehatan Polri :

1. Kol Pol. Dr. Wahyono Soemarto (Ahli Utama Ladokpol) terhitung tanggal 1 Desember 1993.
2. Kol Pol. Dr. Asnawi Rauf (Kadisdokkes Polda Sumbagsel) terhitung tanggal 1 Oktober 1993.

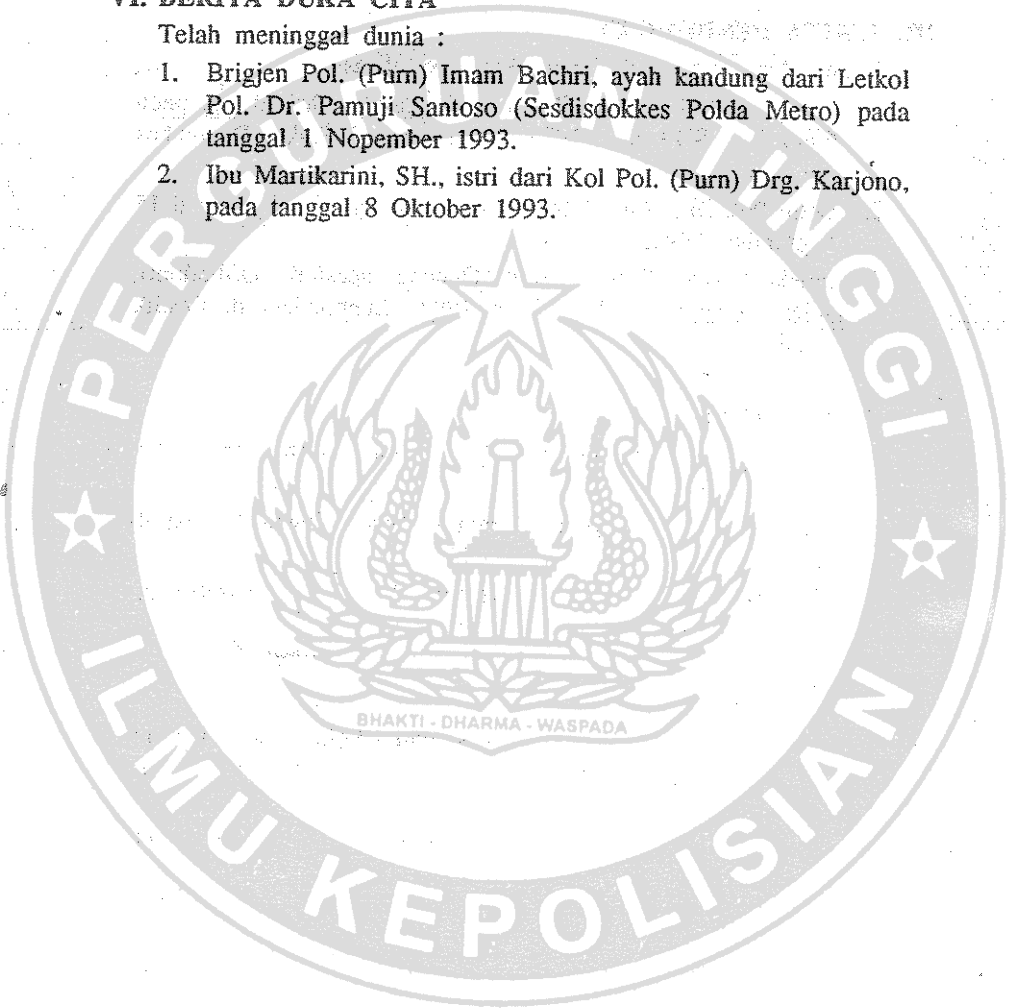
### V. BERITA PERNIKAHAN

1. Mayor Pol. Dr. Victor Pudjiadi (Rumkit Polpus) dengan Lettu Pol. Dr. Lenny Pintowari (Sepolwan) pada tanggal 12 Desember 1993 di Jakarta.
2. Lettu Pol. Drs. Sumirat (Ladokpol) dengan Ani Widianti pada tanggal 30 Desember 1993 di Semarang.
3. Lettu Pol Drs. Mufti Djusnir (Lafipol) dengan Dra. Elya Roza pada tanggal 27 November 1993 di Padang.
4. Penda Drg. Devy Ratna R. (PTIK) dengan Ir. R. Nugroho pada tanggal 27 November 1993 di Jakarta.
5. Penda Drg. Roosmahanani (Denmabes) dengan Wijoyo Nugroho pada tanggal 30 November 1993 di Jakarta.
6. Penda Drg. Anne Mardiane (Polda Metro Jaya) dengan Ir. Wahyu Adiartono pada tanggal 20 November 1993 di Jakarta.

## VI. BERITA DUKA CITA

Telah meninggal dunia :

1. Brigjen Pol. (Purn) Imam Bachri, ayah kandung dari Letkol Pol. Dr. Pamuji Santoso (Sesdisdokes Polda Metro) pada tanggal 1 Nopember 1993.
2. Ibu Martikarini, SH., istri dari Kol Pol. (Purn) Drg. Karjono, pada tanggal 8 Oktober 1993.



\* *Bunga mempunyai ekspresi seperti wajah orang, ada yang sedih, ada yang senyum, ada yang termenung dan ada yang pemalu. Ada pula yang kelihatan terbuka, jujur dan tegak.*