

LAPORAN KASUS : STROKE NON HEMORAGIK DENGAN ANEMIA ET CAUSA GASTRITIS EROSIF

Benly Levi Andreas Sibarani¹, Hasymi Hanafiah²

^{1,2}Universitas Bengkulu

Email: benlylevi07@gmail.com

ABSTRAK

Stroke masih menjadi salah satu penyakit utama yang menyebabkan kematian terbanyak di dunia. Stroke dibagi menjadi dua, yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Anemia menjadi salah satu komorbid yang memperberat penyakit stroke. Penyebab anemia salah satunya adalah perdarahan, yang biasa ditemui adalah perdarahan saluran cerna seperti gastritis erosif. Artikel ini bertujuan untuk memahami hubungan stroke non hemoragik akibat trombus dengan penyerta seperti anemia akibat perdarahan saluran cerna bagian atas (PSMBA) penting dalam penatalaksanaan pasien, khususnya dalam memberikan terapi secara tepat. Pasien ini dilakukan perawatan dan tatalaksana dengan efektif dan mengalami perbaikan kondisi klinis.

Kata Kunci: Anemia, Gastritis Erosif, PSMBA, Stroke Iskemik, Stroke Non Hemoragik.

ABSTRACT

Stroke is still one of the main diseases that causes the most deaths in the world. Stroke is divided into two, namely hemorrhagic stroke and non-hemorrhagic stroke. Anemia is one of the comorbidities that makes stroke worse. One of the causes of anemia is bleeding, which is commonly encountered is gastrointestinal bleeding such as erosive gastritis. This article aims to understand the relationship between non-hemorrhagic stroke due to thrombus and comorbidities such as anemia due to upper gastrointestinal bleeding (PSMBA), which is important in patient management, especially in providing appropriate therapy. This patient received effective treatment and management and experienced improvement in clinical condition.

Keywords: *Anaemia, erosive gastritis, upper GIT bleeding, ischemic stroke, non-hemorrhagic stroke.*

A. PENDAHULUAN

Stroke yang disebut juga sebagai serangan otak atau brain attack ditandai dengan hilangnya sirkulasi darah ke otak secara tiba-tiba, sehingga dapat mengakibatkan terganggunya fungsi neurologis. Stroke non-hemoragik adalah gangguan peredaran pendarahan pada otak tanpa disertai dengan pendarahan ditandai dengan adanya kelemahan pada anggota gerak atau hemiparase, nyeri kepala, mual, muntah pandangan kabur dan disfagia, yang kedua yaitu stroke hemoragik adanya gangguan peredaran darah otak yang disertai dengan pendarahan intraserebral atau pendarahan subarachnoid ditandai dengan adanya penurunan kesadaran, pernafasan cepat, nadi cepat adanya gejala fokal berupa hemiplegi, pupil mengecil, dan kaku

kuduk.1

Perdarahan pada saluran cerna yang terletak proksimal pada ligamentum treiz disebut perdarahan saluran makan bagian atas (PSMBA). Sebagian besar pasien dalam kondisi stabil, sementara sebagian lainnya dalam kondisi gawat darurat yang membutuhkan tindakan yang cepat dan tepat. Perdarahan akut saluran cerna ini tidak hanya terjadi di luar rumah sakit, tetapi juga dapat terjadi pada pasien yang dirawat di rumah sakit, terutama di ruang perawatan intensif, yang memiliki tingkat mortalitas yang tinggi. Perdarahan akut yang disebabkan oleh PSMBA juga sering terjadi bersamaan dengan penyakit lainnya seperti trauma kapitis, stroke, luka bakar yang luas, sepsis, renjatan, dan gangguan hemostasis.2

Kehilangan darah dari sumber gastrointestinal di atas ligamen Treitz dikenal sebagai PSMBA. Ini dapat ditunjukkan dengan hematemesis, seperti emesis merah terang atau emesis bubuk kopi, hematochezia, atau melena. Pasien juga dapat mengalami gejala sekunder dari kehilangan darah yang menyebabkan anemia, seperti episode sinkop, kelelahan, dan kelemahan.3

Artikel ini membahas kasus yang ditemui dalam praktik dengan diagnosa stroke non-hemoragik disertai dengan anemia yang diakibatkan oleh gastritis erosif.

B. HASIL DAN PEMBAHASAN

Keluhan Utama

Pasien mengalami kelemahan anggota gerak atas dan bawah sejak 1 jam SMRS.

Riwayat Penyakit Sekarang

Seorang laki-laki 66 tahun dibawa ke IGD RS oleh keluarganya dengan keluhan kelemahan anggota gerak atas dan bawah sebelah kanan dan kiri secara tiba-tiba sejak ± 1 jam SMRS. Awalnya pasien mengeluhkan adanya nyeri kepala, dirasakan seperti berputar dan cekat-cekot. Setelah itu pasien mengeluhkan badan terasa lemas dan anggota gerak terasa lemah. Kelemahan diraskan lebih berat pada kedua tangan dibandingkan kedua kaki. Pasien juga mengeluhkan sakit kepala yang menjalar ke leher dan bahu. Keluhan bibir mencong (-), bicara pelo (-), mual (-), muntah (-), demam (-), kesadaran terganggu (+). Pasien juga mengeluhkan adanya nyeri ulu hati (+) disertai BAB berwarna merah kehitaman sejak ± 3 hari SMRS. Sekitar 1 bulan yang lalu pasien sering merasa tangan seperti kesemutan atau kebas-kebas namun hilang timbul disertai nyeri seperti ditusuk-tusuk pada ujung jari.

Riwayat Penyakit Dahulu

- Riwayat hipertensi tidak terkontrol sejak 1 tahun smrs
- Riwayat stroke sebelumnya disangkal
- Riwayat Diabetes Mellitus disangkal
- Riwayat Dyspepsia (+)
- Riwayat penyakit jantung disangkal

Pemeriksaan Fisik

Status Present

Kedadaan umum	: Tampak sakit sedang
Kesadaran	: Apatis
GCS	: E4M6V4
Tekanan darah	: 135/50 mmHg.
Nadi	: 68 kali/menit.
Pernapasan	: 21 kali/menit.
Suhu	: 37,1°C
SpO ₂	: 96% dengan Nasal Kanul 3 lpm

Status Generalis

Kepala	: Normosefali, rambut tidak rontok, warna hitam.
Mata	: Konjungtiva palpebral pucat (+/+), sclera ikterik (-/-), pupil isokor ukuran 2mm/2mm, RCL (+/+), RCTL (+/+).
Telinga	: Sekret (-) dalam batas normal.
Hidung	: Deformitas (-), penggunaan napas cuping hidung (-).
Mulut	: Bibir sianosis (-).

Paru

Inspeksi	: Pergerakan dinding dada simetris saat statis dan dinamis, retraksi sela iga dan supraklavikula (-), penggunaan otot bantu napas (-).
Palpasi	: Stem fremitus simetris normal.
Perkusi	: Sonor seluruh lapang paru.
Auskultasi	: Vesikuler (+/+) normal, wheezing (-/-), ronkhi (-/-).

Jantung

Inspeksi : Iktus cordis tidak terlihat.
Palpasi : Iktus cordis tidak teraba.
Perkusi : Batas kanan jantung ICS IV linea parasternalis dekstra.
Batas kiri jantung ICS V linea midklavikula sinistra.
Batas atas jantung ICS II linea sternalis dekstra.

Auskultasi : S1 dan S2 normal, regular, murmur (-), gallop (-).

Abdomen

Inspeksi : Datar, scar (-), jejas (-).
Auskultasi : Bising usus (+) normal.
Palpasi : Nyeri tekan (+) epigastrium, hepar dan lien tidak teraba.
Nyeri ketok CVA (-).
Nyeri suprapubik (-).

Perkusi : Timpani seluruh lapang abdomen.

Ekstremitas

Superior : Akral hangat, pitting edem (-), CRT <2 detik.
Inferior : Akral hangat, pitting edem (-), CRT <2 detik.

Status Neurologis

Kesadaran

Kesadaran : Apatis
GCS : E4M5V4
Gerakan tidak normal : Tidak ada.

Tanda Rangsang Meningeal

Kaku kuduk : (-) tidak ditemukan tahanan pada tengkuk.
Brudzinski I : (-/-) tidak ditemukan fleksi pada tungkai.
Brudzinski II : (-/-) tidak ditemukan fleksi pada tungkai.
Laseque : (-/-) tidak terdapat tahanan pada tungkai kanan sebelum mencapai 70°, terbatas akibat nyeri
Kernig : (-/-) tidak timbul tahanan pada tungkai kanan sebelum mencapai 135°, terbatas akibat nyeri.

Pemeriksaan Nervus Kranialis

N-I (Olfaktorius) : Normosmia

N-II (Optikus)

- a. Visus : Sulit dinilai
- b. Warna : Sulit dinilai
- c. Lapang pandang : Tidak dilakukan pemeriksaan.
- d. Funduskopi :

N-III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusens)

a. Gerakan bola mata

- Kanan : Atas, bawah, lateral, medial, atas lateral, atas medial, bawah lateral, bawah medial dalam batas normal
- Kiri : Atas, bawah, lateral, medial, atas lateral, atas medial, bawah lateral, bawah medial dalam batas normal

b. Ptosis : (-/-).

c. Pupil : Isokor, bulat, ukuran 2mm/2mm.

d. Refleks pupil

- Refleks cahaya langsung : (+/+).
- Refleks cahaya tidak langsung : (+/+).

N-V3 (mandibularis) : (+/+)

(+) → pasien dapat menunjukkan tempat rangsang.

(-) → pasien tidak dapat menunjukkan tempat rangsang.

b. Motorik : Trismus (-), mengunyah (+)

c. Refleks kornea : Normal

N-VII (Fasialis)

a. Sensorik (indra pengecap) : +

b. Motorik

- Angkat alis : (+/+)
- Menutup mata : (+/+)
- Mengembungkan pipi : (+/+)
- Menyeringai : (+/+)
- Gerakan involunter : Sulit dinilai

: (-/-).

N-VIII (Vestibulocochlearis)

a. Keseimbangan

- Nistagmus : Tidak dilakukan pemeriksaan.
- Tes romberg : Tidak dilakukan pemeriksaan.

b. Pendengaran

- Pemeriksaan garpu tala : Tidak dilakukan pemeriksaan.

N-IX, X (Glosofaringeus, Vagus)

- a. Refleks menelan : Bisa menelan
- b. Refleks batuk : Tidak dilakukan pemeriksaan.
- c. Perasat lidah 1/3 anterior : Tidak dilakukan pemeriksaan.
- d. Refleks muntah : Tidak dilakukan pemeriksaan.
- e. Posisi uvula : Normal, deviasi (-)
- f. Posisi arkus faring : Simetris

N-XI (Aksesorius)

- a. Kekuatan m.sternocleidomastoideus : (+/+).
- b. Kekuatan m.trapezius : (+/+).

N-XII (Hipoglosus)

- a. Tremor lidah : Tidak ada
- b. Atrofi lidah : Tidak ada
- d. Fasikulasi : Tidak ada

Pemeriksaan Motorik

	Kanan	Kiri	Keterangan
Ekstremitas atas			
Motorik			
Kekuatan gerak	3333	3333	
Tonus	Eutrofi	Eutrofi	
Refleks fisiologis			
Bisep			
Trisep			
Refleks patologis	(+)	(+)	
Hoffman tromer	(+)	(+)	
	(+)	(+)	

Ekstremitas bawah		
Motorik		
Kekuatan gerak	4444	4444
Tonus	Eutrofi	Eutrofi
Refleks fisiologis		
Patella	(+)	(+)
Achilles	(+)	(+)
Refleks patologis		
Babinski	(+)	(+)
Chaddoks	(+)	(+)
Sensibilitas		
Rasa suhu	SD	SD
Rasa nyeri	(+)	(+)
Rasa raba	(+)	(+)

2.3.4.5. Kordinasi Cara Berjalan dan Keseimbangan

- 1) Romberg test : tidak dilakukan.
- 2) Tandem walking : tidak dilakukan.
- 3) Finger to nose test : tidak dilakukan.

2.3.3.6. Sistem Otonom

- 1) Miksi : BAK menggunakan foley kateter.
- 2) Defekasi : BAB 1 x merah kehitaman selama di rumah sakit.

2.3.3.7. Fungsi Kortikal

- 1) Atensi : kurang baik
- 2) Konsentrasi : kurang baik
- 3) Disorientasi : kurang baik
- 4) Kecerdasan : tidak dilakukan pemeriksaan.
- 5) Bahasa : kurang baik
- 6) Memori : kurang baik
- 7) Agnosia : kurang baik

Uji Provokasi Nyeri

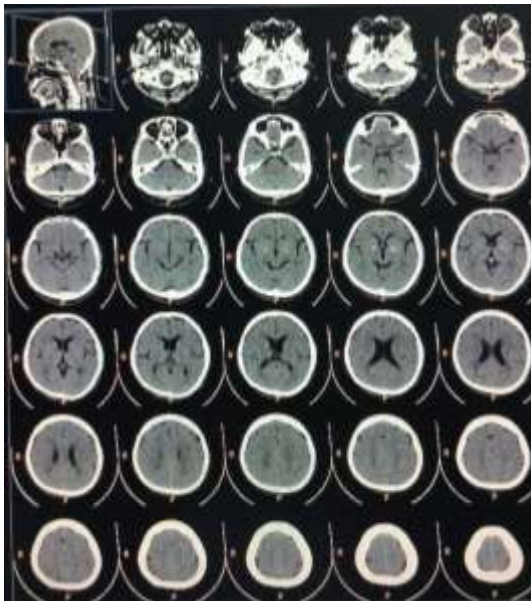
- 1) Tes Patrick : (-/-)
- 2) Tes Kontrapatrick : (-/-)

Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium darah

Pemeriksaan Darah	Hasil	Nilai Rujukan
Hematologi		
Hematokrit	25 vol%	40-54 vol%
Hemoglobin	8.5 g/dL	12,0 – 15,0 g/dL
Leukosit	11.300/uL	4.000 – 10.000/uL
Trombosit	292.000/uL	150.000 – 450.000/uL
Kimia Darah		
Glukosa Darah Sewaktu		
Ureum	121 mg/dL	
Creatinine	31 mg/dL	<160 mg/dL
Na	0.8 mg/dL	20 – 40 mg/dL
K	137 mmol/L	0,5 – 1,2 mg/dL
Cl	4.1 mmol/L	135-145 mmol/L
	110 mmol/L	3.4-5.3 mmol/L
		50-200 mmol/L

2) **Pemeriksaan CT-Scan Kepala Non Kontras**



Kesan:

- Multipel infark lakuner di daerah substansia alba periventrikuler lateralis bilateral
- Mastoid air cell bilateral berselubung DD/ mastoiditis
- Lesi hiperdens di daerah cerebellum bilateral ec DD/ kalsifikasi
- Atrofi cerebri senilis dengan SAE dan hidrosefalus ex-cavuo

3) **Pemeriksaan Rontgen Thoraks**



Kesan :

- Kardiomegali athroskelrosis aorta
- Opasitas inhomogen di parakardial kanan ec DD/atelektasis DD/pneumonia

Diagnosis

- Diagnosis klinis : Hemiparesis duplex + Anemia ec Gastritis Erosif
Diagnosis etiologi : Stroke Non Hemoragik
Diagnosis topis : Multipel infark lakuner di daerah substansia alba periventrikuler lateralis bilateral

Tatalaksana

Non medika Mentosa

- Komunikasi, informasi, edukasi kepada keluarga pasien mengenai keadaan pasien.
- Rencana konsul bagian penyakit dalam.
- Edukasi mengenai rencana tindakan transfusi darah pada pasien.
- Edukasi untuk pemasangan NGT dan kateter urin

Medikametosa:

- IVFD RL xx gtt/menit
- Drip tarontal 100 mg/8jam
- Inj Omeprazole 1x1 IV
- Inj Citicolin 3x1 IV
- Inj Ceftriaxone 2x1 gr IV
- Capsul nyeri kepala 3x1 PO
- CPG 1x1 PO
- Candesartan 1x16mg PO
- Betahistin 3x12mg PO
- Flunarizin 2x10 mg PO
- Syr Sucralfat 3x1C
- Tablet Fe 2x1 tab PO
- Transfusi PRC 2X250 cc

Prognosis

Ad Vitam : Dubia ad bonam

Ad Functionam : Dubia ad bonam

Ad Sanationam : Dubia ad bonam

2.2. Follow Up

Tanggal	S-O	A	P
Perawata n Hari ke- 1	<p>S: badan lemas, nyeri kepala (+), nyeri ulu hati (+), mual (-), muntah(-), BAB hitam (+), kelemahan anggota gerak</p> <p>O: KU : TSS GCS E4M5Vaff</p> <p>T: 155/59 mmHg.N: 68 kali/menit.</p> <p>P: 20 kali/menit.</p> <p>S: 37,1 °C.</p> <p>SpO₂: 98%</p> <p>Abdomen: NTE (+), hepar dan lientidak teraba</p> <p>Mata: konjunctiva palpebra anemis(+/+), ptosis (-/-), isokor 2mm/2mm, RCL (+/+), RCTL (+/+).</p> <p>Kekuatan motorik:3333 3333 4444 4444</p> <p>Tanda rangsang meningeal: kaku kuduk (-), laseque (-/-), kernig (-).Refleks patologis</p>	<p>SNH + Anemia ec Gastritis erosif</p>	<ul style="list-style-type: none"> - IVFD RL xx gtt/menit - Drip tarontal100 mg/8jam - Inj Omeprazole 1x1 IV - Inj Citicolin 3x1 IV - Inj Ceftriaxone 2x1 gr IV - Capsul nyeri kepala 3x1 PO (STOP) - CPG 1x1 PO (STOP) - Candesarta n1x16mg PO - Betahistin 3x12mg PO - Flunarizin 2x10 mg PO - Syr Sucralfat 3x1C

	<p>babinski (+/+), chaddock (-/-), oppenheim (-). N VII: Senyum asimetris (-). Mengangkat alis (+) Sensorik: +/+</p>		<p>- PCT 3x1000mg - Tab Fe 2x1 PO R/ Tranfusi PRC 2x250 cc</p>
<p>Perawata n hari ke-2</p>	<p>S: kelemahan anggota gerak, nyeri kepala (-), nyeri ulu hati (+), mual (-), muntah (-), BAB (-) O: KU : TSS GCS E4M5Vaff T: 138/69 mmHg.N: 57 kali/menit. P: 20 kali/menit. S: 36,5 °C. SpO₂: 98% Abdomen: NTE (+), hepar dan lientidak teraba Mata: konjunktiva palpebra anemis (-/-), ptosis (-/-), isokor 2mm/2mm,RCL (+/+), RCTL (+/+). Kekuatan motorik:3333 3333 4444 4444 Tanda rangsang meningeal: kaku kuduk (-), laseque (-/-), kernig (-).Refleks patologis babinski (+/+), chaddock (-/-), oppenheim (-). N VII: Senyum asimetris</p>	<p>SNH + Anemia ec Gastritis erosif</p>	<p>- IVFD RL xx gtt/menit - Drip tarontal100 mg/8jam - Inj Omeprazole 1x1 IV - Inj Citicolin 3x1 IV - Inj Ceftriaxone 2x1 gr IV - Candesarta n1x16mg PO - Betahistin 3x12mg PO - Flunarizin 2x10 mg PO - Syr Sucralfat 3x1C - PCT 3x1000mg Tablet Fe 2x1tab PO</p>

	(-).Mengangkat alis (+) Sensorik:+/+ Hasil Lab post Transfusi : Hb :11.1 g/dl		
Perawatan Hari ke-3	S: badan lemas (-), nafsu makan (+),nyeri kepala (-), nyeri ulu hati (-), mual (-), muntah (-), BAB (-), kelemahan anggota gerak (+/+) O: KU : TSS GCS E4M5Vaff T: 143/80 mmHg. N: 102 x/menit. P: 20kali/menit .S: 36,5 °C. SpO ₂ : 98% Abdomen: NTE (+), hepar dan lientidak teraba Mata: konjunctiva palpebra anemis (-/-), ptosis (-/-), isokor 2mm/2mm,RCL (+/+), RCTL (+/+). Kekuatan motorik:3333 3333 4444 4444 Tanda rangsang meningeal: kaku kuduk (-), laseque (-/-), kernig (-).Refleks patologis babinski (+/+), chaddock (-/-), oppenheim (-). N VII: Senyum asimetris	SN H + Anemia ec Gastritis erosif	- IVFD RL xx gtt/menit - Drip tarontal 100 mg/8jam - Inj Omeprazole 1x1 IV - Inj Citicolin 3x1 IV - Inj Ceftriaxone 2x1 gr IV - Candesartan 1x16mg PO - Betahistin 3x12mg PO - Flunarizin 2x10 mg PO - Syr Sucralfat 3x1C - PCT 3x1000mg Pasien boleh rawat jalan dan diedukasi untuk kontrol berobat dan rutin minum obat

	(-).Mengangkat alis (+) Sensorik:+/+		
--	---	--	--

Hubungan stroke dengan perdarahan gastrointestinal

Stroke merupakan salah satu penyebab kematian dan disabilitas di Indonesia. Stroke iskemik adalah tipe stroke yang paling banyak ditemukan dan memerlukan terapi antiplatelet jangka panjang untuk mencegah terjadinya stroke ulang. Pada pasien dengan stroke iskemik akut dalam masa perawatan sering dijumpai komplikasi non neurologis, antara lain perdarahan gastrointestinal. Insidensi perdarahan gastrointestinal pada pasien stroke iskemik akut paling tinggi di Asia. Perdarahan gastrointestinal pada stroke iskemik akut disebabkan oleh proses neuroinflamasi pada sel otak yang mengalami iskemik. Proses neuroinflamasi tersebut mempengaruhi sistem saraf parasimpatis menyebabkan hiperaktivitas vagal sehingga terjadi peningkatan pelepasan gastrin yang meningkatkan produksi asam lambung. Selain itu proses neuroinflamasi sistemik merangsang sistem saraf simpatis menyebabkan hipoperfusi pembuluh darah splanknikus sehingga terjadi penurunan sekresi bikarbonat, aliran darah mukosa, dan motilitas gaster. Kedua proses tersebut menyebabkan perdarahan gastrointestinal. Perdarahan gastrointestinal pada pasien stroke iskemik akut mengakibatkan penghentian atau penundaan terapi antiplatelet atau antikoagulan sehingga terjadi keadaan prokoagulasi, menyebabkan lebih mudah terjadi trombosis. Keadaan trombosis tersebut meningkatkan risiko terjadinya stroke ulang dan luaran kurang baik yaitu peningkatan mortalitas dan lama perawatan menjadi lebih panjang.⁸

Tatalaksana perdarahan gastrointestinal pada pasien stroke iskemik akut sedikit berbeda dengan tatalaksana perdarahan gastrointestinal pada umumnya. Perbedaannya adalah pada penggunaan antiplatelet pada saat awal didiagnosis stroke iskemik akut. Bila terjadi perdarahan gastrointestinal pada pasien stroke iskemik akut, penggunaan antiplatelet dihentikan sementara. Tata laksana awal yaitu stabilisasi dari hemodinamik pasien. Evaluasi dan resusitasi awal sangat penting khususnya pada pasien dengan hematemesis, hematokesia masif, melena atau progresif anemia. Tatalaksana awal sebaiknya dilakukan multidisiplin dari bagian penyakit dalam, neurologi, radiologi intervensi dan bedah digestif. Pasien dengan risiko tinggi terjadi perdarahan ulang dan kematian sebaiknya dirawat di ruang intensif. NGT digunakan pada perdarahan gastrointestinal yang sedang berlangsung. Tujuan dari pemasangan NGT adalah untuk mencegah aspirasi, dekompresi gaster, dan evaluasi perdarahan.

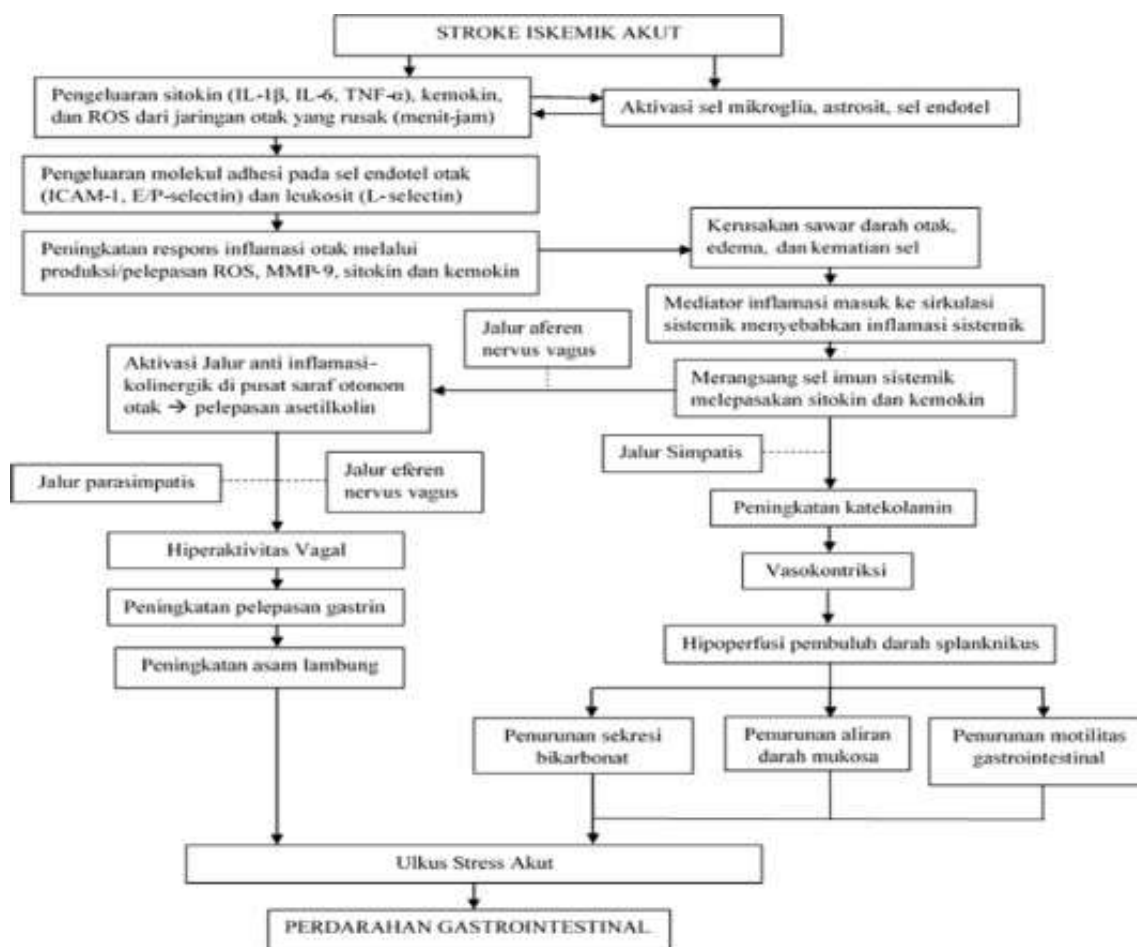
Transfusi darah dilakukan dengan melihat kondisi pasien dan tanda vital pasien, biasanya dilakukan bila kadar hemoglobin <7,0 g/dl dan terdapat komorbiditas seperti penyakit jantung koroner dan usia lanjut. Konsensus internasional Asia-Pasifik merekomendasikan pemeriksaan endoskopi segera dalam 24 jam pada pasien dengan perdarahan gastrointestinal. Endoskopi

dilakukan untuk melihat sumber perdarahan agar dapat dilakukan terapi secepatnya. Salah satu terapi yaitu dengan endoskopi hemostasis bila terjadi perdarahan masif dan untuk mencegah terjadinya perdarahan ulang. Bila endoskopi tidak dapat dilakukan segera, terapi PPI intravena direkomendasikan untuk mengurangi perdarahan. Tata laksana selanjutnya adalah dengan pemberian farmakoterapi intravena.

Farmakoterapi dengan PPI lebih superior dibandingkan antagonis reseptor histamin-2 pada pasien dengan penyakit kritis. Pasien dengan perdarahan aktif sebaiknya diberikan dosis tinggi PPI intravena yaitu 80 mg bolus diikuti 8 mg/jam selama 3 hari kemudian dilakukan evaluasi ulang. Durasi pemberian PPI tergantung dari klinis pasien dan etiologi dari perdarahan gastrointestinal.

Pada pasien stroke iskemik akut sering mengalami perdarahan gastrointestinal yang berhubungan dengan pemberian antiplatelet. Penghentian penggunaan antiplatelet berhubungan dengan peningkatan risiko iskemik ulang dan kematian pada pasien stroke iskemik. Pasien dengan perdarahan gastrointestinal yang menggunakan aspirin dosis rendah sebaiknya dipertimbangkan kembali penggunaannya. Pemberian profilaksis PPI mengurangi terjadinya perdarahan gastrointestinal pada pasien dengan terapi antiplatelet. Jika pemberian aspirin dosis rendah/antiplatelet bertujuan untuk pencegahan primer penyakit vaskular dianjurkan untuk tidak mengkonsumsinya kembali. Sebaliknya jika untuk pencegahan sekunder (sudah tegak ada kelainan vaskular) direkomendasikan untuk segera menggunakannya kembali idealnya 1–3 hari atau dalam 7 hari setelah perdarahan berhenti ditambah dengan terapi PPI. Perdarahan gastrointestinal yang berhubungan dengan terapi antikoagulan didapatkan peningkatan risiko tromboemboli dan kematian pada pasien yang dihentikan terapi warfarin. Kemudian penggunaan warfarin dalam 90 hari setelah episode perdarahan gastrointestinal, tidak meningkatkan risiko terjadinya perdarahan ulang. Terapi antikoagulan pada pasien perdarahan gastrointestinal dapat dilanjutkan dengan target *International Normalized Ratio* (INR) kurang dari 2,0–2,5 dengan pemantauan ketat INR atau diganti dengan antikoagulan oral generasi baru bila kesulitan dalam pemantauan INR.

Namun tidak ditemukan keuntungan pemberian PPI pada pasien perdarahan gastrointestinal yang berhubungan dengan terapi antikoagulan. Pemberian terapi profilaksis PPI pada pasien dengan penyakit kritis neurologi menurunkan angka kejadian perdarahan gastrointestinal dan mortalitas dibandingkan tanpa profilaksis atau penggunaan plasebo.



Hubungan stroke dengan anemia

Anemia berhubungan dengan kadar hemoglobin yang rendah. Kekurangan jumlah sel darah merah dan hemoglobin mengurangi kapasitas angkut oksigen dan menyebabkan perfusi tidak adekuat sehingga berakhir dengan iskemik jaringan, termasuk otak. Keadaan tersebut dapat memperberat keadaan iskemi jaringan otak yang menjadi patogenesis utama stroke iskemik. Studi yang meninjau hubungan antara anemia dan luaran stroke menunjukkan hasil bertentangan. Tinjauan sistematis dan meta analisis terbaru menunjukkan hubungan antara anemia dan hasil buruk setelah stroke. Anemia pada pasien stroke iskemik meningkatkan tingkat keparahan stroke saat masuk rumah sakit. Namun terdapat studi kohort yang menunjukkan tidak ada hubungan antara hemoglobin dan keluaran pasien stroke dengan skor NIHSS. Kehilangan suplai oksigen secara mendadak ke jaringan otak merupakan langkah utama dalam patogenesis stroke iskemik. Hal yang terlibat dalam proses oksigenasi otak adalah adanya sumbatan pada pembuluh darah otak dan kondisi kadar hemoglobin pada penderita stroke.

Pembahasan

Pasien datang dengan keluhan kelemahan anggota gerak atas dan bawah sebelah kanan dan kiri secara tiba-tiba sejak \pm 1 jam SMRS. Awalnya pasien mengeluhkan adanya nyeri kepala, dirasakan seperti berputar dan cekat-cekot. Setelah itu pasien mengeluhkan badan terasa lemas dan anggota gerak terasa lemah. Kelemahan dirasakan lebih berat pada kedua tangan dibandingkan kedua kaki. Pasien juga mengeluhkan sakit kepala yang menjalar ke leher dan bahu. Keluhan bibir mencong (-), bicara pelo (-), mual (-), muntah (-), demam (-

), kesadaran terganggu (+). Pasien juga mengeluhkan adanya nyeri ulu hati (+) disertai BAB berwarna merah kehitaman sejak \pm 3 hari SMRS. Sekitar 1 bulan yang lalu pasien sering merasa tangan seperti kesemutan atau kebas-kebas namun hilang timbul disertai nyeri seperti ditusuk-tusuk pada ujung jari.

Pada pemeriksaan fisik abdomen, didapatkan nyeri tekan pada epigastrium, dan conjunctiva palpebra yang anemis/pucat. Pada pemeriksaan Motorik, Kekuatan gerak ekstremitas atas adalah 3333 | 3333, ekstremitas bawah 4444 | 4444. Dari pemeriksaan laboratorium terdapat hemoglobin menurun : 8.5g/dL, hematokrit menurun : 25vol%, peningkatan leukosit: 11.300%. Dari hasil CT scan didapatkan kesan infark cerebri.

Dari penjabaran diatas didapatkan bahwa pada pasien ini diagnosis SNH + Anemia ec Gastritis erosif dapat ditegakkan dimana dilihat dari gejala stroke dan anemia ec gastritis erosif yaitu kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri dan kanan yang mendadak, lemas, merasa nyeri kepala dan nyeri ulu hati, serta nyeri ulu hati dan BAB berdarah kehitaman dan untuk pemeriksaan fisik didapatkan TTV saat dirawat hipertensi, ditemukan juga kelainan neuropati berupa hemiparese kaki dan tangani, serta ditemukan pada pemeriksaan palpasi abdomen yaitu nyeri tekan epigastrium dan pemeriksaan mata conjunctiva yang anemis.

Tata laksana awal yaitu stabilisasi dari hemodinamik pasien. Evaluasi dan resusitasi awal sangat penting khususnya pada pasien dengan hematemesis, hematokecia masif, melena atau progresif anemia. Tatalaksana awal sebaiknya dilakukan multidisiplin dari bagian penyakit dalam, neurologi, radiologi intervensi dan bedah digestif. Pada pasien ini dilakukan rawat bersama dengan bagian penyakit dalam untuk kolaborasi evaluasi keadaan dan tatalaksana pasien.

Pada pasien ini diberikan CPG 1X75 mg/hari. Prinsip utama terapi stroke iskemik adalah membuka dan melancarkan aliran darah akibat penyumbatan (trombus/emboli) tanpa menimbulkan komplikasi perdarahan. Clopidogrel adalah obat anti platelet golongan

thienopyridine. Obat ini memiliki efek anti agregasi platelet (keping darah atau trombosit) dan menghambat pembentukan trombus (penggumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah arteri dan vena). Trombus yang terbentuk dapat mengganggu aliran darah ke organ tubuh, sehingga berpotensi menyebabkan masalah kesehatan serius, seperti stroke dan serangan jantung. Namun, pada pasien ini dilakukan penghentian pemberian CPG sementara dikarenakan pasien mengalami perdarahan saluran cerna. Bila terjadi perdarahan gastrointestinal pada pasien stroke iskemik akut, penggunaan antiplatelet harus dihentikan sementara. Dikarenakan obat ini dapat memperberat perdarahan GI pada pasien yang menimbulkan progresivitas anemia. Sehingga pada pasien juga dilakukan pemasangan NGT. Pasien dengan risiko tinggi terjadi perdarahan ulang dan kematian sebaiknya dirawat di ruang intensif. NGT digunakan pada perdarahan gastrointestinal yang sedang berlangsung. Tujuan dari pemasangan NGT adalah untuk mencegah aspirasi, dekompresi gaster, dan evaluasi perdarahan.

Pemberian IVFD RL/Nacl 0,9% xx gtt/menit merupakan merupakan cairan kristaloid yang sering digunakan secara intravena untuk resusitasi cairan, misalnya pada kasus dehidrasi berat, syok hipovolemia, alkalosis metabolik yang disertai kehilangan cairan, dan depleksi natrium ringan.

Omeprazole 1x40 mg IV merupakan golongan proton pump inhibitor. pedoman ACC/AHA menyatakan bahwa proton pump inhibitor (PPI) digunakan dengan asetosal atau antiplatelet lain untuk meminimalkan risiko perdarahan berulang pada pasien dengan riwayat perdarahan gastrointestinal. PPI secara signifikan mengurangi gejala peradangan mukosa. Bila endoskopi tidak dapat dilakukan segera, terapi PPI intravena direkomendasikan untuk mengurangi perdarahan. Farmakoterapi dengan PPI lebih superior dibandingkan antagonis reseptor histamin-2 pada pasien dengan penyakit kritis. Pasien dengan perdarahan aktif sebaiknya diberikan dosis tinggi PPI intravena yaitu 80 mg bolus diikuti 8 mg/jam selama 3 hari kemudian dilakukan evaluasi ulang. Durasi pemberian PPI tergantung dari klinis pasien dan etiologi dari perdarahan gastrointestinal. Pada pasien stroke iskemik akut sering mengalami perdarahan gastrointetinal yang berhubungan dengan pemberian antiplatelet. Penghentian penggunaan antiplatelet berhubungan dengan peningkatan risiko iskemik ulang dan kematian pada pasien stroke iskemik. Pasien dengan perdarahan gastrointestinal yang menggunakan aspirin dosis rendah sebaiknya dipertimbangkan kembali penggunaannya. Pemberian profilaksis PPI mengurangi terjadinya perdarahan gastrointestinal pada pasien dengan terapi antiplatelet. Jika pemberian aspirin dosis rendah/antiplatelet bertujuan untuk pencegahan primer penyakit vaskular dianjurkan untuk tidak mengkonsumsinya kembali. Sebaliknya jika untuk pencegahan sekunder (sudah tegak ada kelainan vaskular) direkomendasikan untuk segera menggunakannya kembali idealnya 1-3 hari atau dalam 7 hari setelah perdarahan berhenti ditambah dengan terapi

PPI. Namun tidak ditemukan keuntungan pemberian PPI pada pasien perdarahan gastrointestinal yang berhubungan dengan terapi antikoagulan. Pemberian terapi profilaksis PPI pada pasien dengan penyakit kritis neurologi menurunkan angka kejadian perdarahan gastrointestinal dan mortalitas dibandingkan tanpa profilaksis atau penggunaan plasebo.

Selain PPI pada pasien ini juga diberikan syrup Sucralat yang bertujuan untuk melindungi mukosa lambung dan menutupi erosi atau ulkus pada lambung agar tidak mudah teritasi oleh asam lambung.

Ceftriaxone adalah antibiotik beta laktam dari golongan sefalosporin generasi ketiga yang memiliki efek bakterisida. Tujuannya untuk profilaksis infeksi bakteri GI tract. Pada pasien ini juga ditemukan peningkatan leukosit sehingga antibiotik dapat diberikan.

Pada pasien ini dilakukan transusi darah PRC 2x250 cc karena pasien mengalami anemia dengan Hb 8,5 g/dl. Transfusi darah dilakukan dengan melihat kondisi pasien dan tanda vital pasien, biasanya dilakukan bila kadar hemoglobin <7,0 g/dl dan terdapat komorbiditas seperti penyakit jantung koroner dan usia lanjut. Anemia berhubungan dengan kadar hemoglobin yang rendah. Kekurangan jumlah sel darah merah dan hemoglobin mengurangi kapasitas angkut oksigen dan menyebabkan perfusi tidak adekuat sehingga berakhir dengan iskemik jaringan, termasuk otak. Keadaan tersebut dapat memperberat keadaan iskemi jaringan otak yang menjadi patogenesis utama stroke iskemik. Kehilangan suplai oksigen secara mendadak ke jaringan otak merupakan langkah utama dalam patogenesis stroke iskemik. Hal yang terlibat dalam proses oksigenasi otak adalah adanya sumbatan pada pembuluh darah otak dan kondisi kadar hemoglobin pada penderita stroke. Sehingga didapatkan pada pasien ini kenaikan Hb post transusi dan klinis yang membaik serta dapat membantu mempertimbangkan pemberian kembali antiplatelet dan terapi lainnya.

Selain itu obat antinyeri yang dapat mengiritasi lambung dihentikan sementara pada pasien ini sampai klinis gangguan GI tract membaik.

C. KESIMPULAN

Pasien laki-laki berusia 66 tahun didiagnosis SNH + Anemia ec Gastritis erosif ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang. Pada pasien ini pertimbangan pemberian terapi sangat diperlukan dikarenakan terapi antiplatelet pada pasien stroke dapat memperberat anemia yang disebabkan perdarahan GI pada pasien dan anemia yang dapat memperberat iskemik pada pasien. Sehingga pemberian antiplatelet harus dihentikan sementara dengan seiring penatalaksanaan anemia melalui transusi dan pemberian PPI pada

pasien. Setelah klinis dan anemia teratasi maka pemberian antiplatelet dapat dipertimbangkan dengan tetap mempertimbangkan pemberian gastroprotektor dan antibiotik sehingga antiplatelet dapat segera dilanjutkan untuk mencegah luasnya infark. Pasien mengalami perbaikan klinis selama perawatan, namun tetap perlu dilakukan kontrol rutin.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pengendalian Stroke. 2013.
- Setiati S, Alwi I, Sudoyo aru w, Simadibrata M, Setiyohadi B, Syam ari fahrial. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. VI. jakarta: Interna Publishing; 2015.
- Antunes C, Copelin EL. Upper Gastrointestinal Bleeding. Revised. StatPearls. USA: StatPearls Publishing; 2021.
- Jones Royden H., JR. M. Netter's Neurology. 2nd ed. San Fransisco: Elsevier Inc; 2012.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia. Panduan Praktik Klinis Neurologi.; 2016.
- Jauch E, Jeffrey L, Saver M, Harold P, Askiel B, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2013; 44: 870-947.
- Persatuan Dokter Saraf Indonesia. Guideline stroke. Jakarta: PERDOSSI. 2011; hlm. 32-41.
- Amalia L. Perdarahan Gastrointestinal pada Stroke Iskemik Akut: Sebuah Tinjauan Pustaka. J Neuroanestesi Indones. 2020;9(2):191–8.