

LAPORAN KASUS

STROKE INFARK PONS DENGAN SINDROM RAYMOND

Disusun oleh: Naufalda Almira – 2220221110

Pembimbing: dr. Nurtakdir Kurnia Setiawan, Sp.S, M,Sc., MH

KEPANITERAAN KLINIK DEPARTEMEN ILMU PENYAKIT SARAF
FAKULTAS KEDOKTERAN UPN “VETERAN” JAKARTA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. GUNAWAN
MANGUNKUSUMO AMBARAWA PERIODE 05 JUNI – 08 JULI 2023

IDENTITAS PASIEN

No. CM : 149XXX-XXXX
Nama Lengkap : Ny. Y
Usia : 50 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Perkawinan : Menikah
Pendidikan Terakhir : SMP
Pekerjaan : Buruh pabrik garmen
Suku : Jawa
Agama : Islam
Alamat : Temenggungan 4/3 Panjang Ambarawa
Ruang Rawat : Dahlia 202.1
Tanggal Masuk : 15 Juni 2023 jam 09.10

ANAMNESIS

Anamnesis dilakukan secara autoanamnesis kepada Ny. R selaku pasien pada tanggal 17 Juni 2023 (hari ke-3 perawatan) jam 14.30 WIB di Ruang Dahlia bed 202.1 RSGM Ambarawa.

A. Keluhan Utama

Pusing berputar.

B. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke IGD RSGM Ambarawa pada hari Kamis, 15 Juni 2023 pukul 07.38 WIB dengan keluhan pusing berputar sejak 1 hari SMRS. Pasien melakukan usaha untuk mengurangi gejalanya dengan memakai balsam dan minum paracetamol yang dibeli sendiri di warung namun belum ada perubahan. Keluhan pusing berputar terasa memberat sejak 3 jam SMRS, yaitu pada saat pasien bangun tidur sekitar jam 04.30 WIB dan keluhan disertai mual dan muntah 1x berisi makanan. Selain itu, pada saat bangun tidur pasien juga mengeluhkan kelemahan anggota gerak kiri mendadak yang disertai rasa kebas dan kesemutan. Anggota gerak kiri pasien terasa kebas, yaitu tidak terasa sakit bila dicubit. Pasien juga mengeluhkan penglihatan ganda. Penglihatan ganda dirasakan saat kedua mata membuka, dan penglihatan ganda menghilang saat mata kanan ditutup.

Tidak terdapat nyeri kepala, gangguan pendengaran, telinga berdenging, kejang, gerakan involunter lainnya, gangguan ingatan, ataupun penurunan kesadaran. Demam, batuk, pilek, dan sesak napas disangkal. BAB dan BAK normal.

ANAMNESIS

C. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien tidak pernah mengalami keluhan serupa sebelumnya. Pasien memiliki riwayat diabetes mellitus dan hipertensi sejak 5 tahun yang lalu, pasien mengatakan obat rutin yang diminum adalah metformin 3x1, amlodipine 1x10, dan candesartan 1x8 namun terkadang lupa untuk meminum obat tiap harinya. Riwayat vertigo, stroke, penyakit jantung, penyakit paru, penyakit ginjal, alergi, dan trauma kepala disangkal.

D. Riwayat Keluarga

Pasien mengatakan bahwa nenek dan ibu pasien menderita diabetes mellitus, serta ayah dan ibu pasien mengalami hipertensi. Riwayat stroke, penyakit jantung, dan keganasan pada keluarga disangkal.

E. Riwayat Sosial Ekonomi

Pasien bekerja sebagai buruh pabrik garmen yang kegiatannya lebih banyak duduk. Pasien tinggal di lingkungan padat penduduk dengan higienitas yang cukup. Pasien mengaku memiliki kebiasaan makan makanan yang digoreng serta jarang berolahraga. Riwayat merokok dan mengonsumsi minuman beralkohol disangkal. Kesan ekonomi pasien kurang. Biaya pengobatan pasien menggunakan BPJS PBI.

ANAMNESIS

F. Anamnesis Sistem

- a. Sistem serebrospinal: pusing (+), nyeri kepala (-)
- b. Sistem neurologis: kelemahan anggota gerak (+), perot (-), baal (+), nyeri menjalar (-)
- c. Sistem kardiovaskular: berdebar (-), nyeri dada (-)
- d. Sistem respirasi: sesak napas (-), batuk (-)
- e. Sistem gastrointestinal: mual (+), muntah (+), diare (-), konstipasi (-), nyeri perut (-)
- f. Sistem urogenital: warna urin kuning jernih, berpasir (-), berdarah (-), keruh (-), mengejan (-)

RESUME KASUS

Pasien perempuan berusia 50 tahun datang diantar oleh keluarganya ke IGD RSGM Ambarawa pada hari Kamis, 15 Juni 2023 pukul 07.38 WIB dengan keluhan pusing berputar sejak 1 hari SMRS. Pasien melakukan usaha untuk mengurangi gejalanya dengan memakai balsam dan minum paracetamol yang dibeli sendiri di warung namun belum ada perubahan. Keluhan pusing berputar terasa memberat sejak 3 jam SMRS, yaitu pada saat pasien bangun tidur sekitar jam 04.30 WIB dan keluhan disertai mual dan muntah 1x berisi makanan. Selain itu, pada saat bangun tidur pasien juga mengeluhkan kelemahan anggota gerak kiri mendadak yang disertai rasa kebas dan kesemutan, serta mengeluhkan penglihatan ganda.

Pasien memiliki riwayat diabetes mellitus dan hipertensi sejak 5 tahun yang lalu, pasien mengatakan obat rutin yang diminum adalah metformin 3x1, amlodipine 1x10, dan candesartan 1x8 namun terkadang lupa untuk meminum obat tiap harinya. Pasien bekerja sebagai buruh pabrik garmen yang kegiatannya lebih banyak duduk. Pasien mengaku memiliki kebiasaan makan makanan yang digoreng serta jarang berolahraga.

DISKUSI

01



Berdasarkan autoanamnesis yang telah dilakukan, didapatkan keluhan pusing berputar disertai mual dan muntah. Pusing berputar disebut juga vertigo, yaitu sensasi berputar baik subjek yang berputar maupun lingkungannya yang berputar. Vertigo dapat diakibatkan oleh gangguan pada sistem vestibular perifer maupun sentral. Keduanya memiliki perbedaan gejala dan tanda. Vertigo vestibular perifer umumnya disertai gejala mual dan muntah yang berat serta seringkali disertai gangguan pendengaran dan tidak didapatkan defisit neurologis. Berbeda dengan tipe perifer, pada vertigo sentral gejala mual dan muntah bisa bervariasi namun biasanya tidak seberat tipe perifer. Selain itu, jarang ditemui gangguan pendengaran dan didapatkan defisit neurologis.¹ Pada pasien, keluhan pusing berputar disertai mual dan muntah yang tidak terlalu berat, yaitu pasien hanya muntah 1x dan juga tidak ditemukan gangguan pendengaran, namun terdapat defisit neurologis, yaitu kelemahan anggota gerak kiri mendadak yang disertai rasa kebas dan kesemutan. Keluhan tersebut mengarahkan bahwa vertigo yang diderita pasien adalah vertigo sentral. Vertigo sentral berasal dari kelainan batang otak dan serebelum yang dapat berupa tumor, infeksi, maupun stroke. Vertigo adalah gejala yang menonjol dari serangan iskemik dan infark batang otak yang terjadi di wilayah arteri vertebrobasilar.²

Pasien mengeluhkan kelemahan anggota gerak kiri disertai kebas dan kesemutan yang menandakan terjadinya defisit neurologis. Defisit neurologis yang terjadi pada pasien merupakan defisit neurologi fokal yang timbul secara mendadak tanpa adanya pencetus yang jelas seperti trauma atau infeksi sebelumnya sehingga kemungkinan hal tersebut terjadi karena adanya lesi vaskular yang mengarah pada stroke, yaitu sindrom klinis dengan karakteristik defisit neurologis fokal akut yang berkaitan dengan cedera pembuluh darah (infark, perdarahan) dari sistem saraf pusat.³

Penglihatan ganda disebut juga sebagai diplopia. Terdapat dua macam diplopia, yaitu monokular dan binokular. Diplopia monokular pada umumnya bukan disebabkan oleh masalah neurologis, namun masalah okular atau optik seperti gangguan visus berat. Sementara diplopia binokular umumnya disebabkan masalah neurologis yang mengakibatkan *ocular misalignment*. Pada diplopia binokular, menutup salah satu mata akan mengurangi atau menghilangkan diplopia. Sebaliknya pada diplopia monokular, menutup salah satu mata tidak akan mengurangi diplopia.⁴ Penglihatan ganda yang dialami oleh pasien dirasakan saat kedua mata membuka, dan penglihatan ganda tersebut menghilang saat mata kanan ditutup. Hal ini menandakan pasien mengalami diplopia binokular, yang disebabkan oleh lesi pada nervus kranialis okulomotor yakni N.III, IV, atau VI pada tingkat nuklear hingga infranuklear.⁴ Penglihatan ganda yang dirasakan pasien menghilang saat mata kanan ditutup, hal ini menandakan kemungkinan terjadi paresis pada nervus kranialis okulomotor kanan.

Dengan adanya keluhan kelemahan anggota gerak kiri yang disertai dengan kebas dan kesemutan serta diplopia binokular yang mengarah pada adanya paresis pada nervus kranialis oculomotor kanan maka keluhan yang dirasakan pasien sesuai dengan *classical crossed syndrome* pada infark pons, yaitu kelumpuhan saraf kranial ipsilateral dan gangguan motorik dan/atau sensorik kontralateral.⁵ Dalam memastikan keluhan yang dialami pasien dan letak lesi, perlu dilakukan tindakan CT Scan sebagai *gold standard* penegakkan diagnosis stroke.

DIAGNOSIS SEMENTARA

a. Diagnosis Klinis

Kelemahan ekstremitas kiri dan penurunan sensasi pada ekstremitas kiri mendadak, pusing berputar, pandangan ganda.

b. Diagnosis Topik

Pons

c. Diagnosis Etiologi

- Cerebrovascular disease (stroke infark DD/ stroke hemoragik)
- Tumor/SOP intrakranial

PEMERIKSAAN FISIK (17/6/2023)

a. **Keadaan Umum:** lemah

b. **Kesadaran:** compos mentis, GCS E4V5M6

c. **Tanda Vital**

- Tekanan Darah : 177/94
- Frekuensi Nadi : 73
- Frekuensi Napas : 20
- Suhu : 36,4
- Saturasi Oksigen : 98%

d. Status Generalis

- Kulit : Ikterik (-), sianosis (-), turgor kulit baik.
- Kepala : Normocephal, rambut berwarna hitam, terdistribusi merata, dan tidak mudah dicabut
- Wajah : Kedua alis saat mengangkat simetris, ujung bibir saat tersenyum simetris
- Mata : Konjungtiva anemis (-/-), Sklera ikterik (-/-), Edema palpebra (-/-), Pupil bulat, Isokor (3mm/3mm), **Diplopia (+)**, Simetris, Refleks cahaya langsung (+/+), Refleks cahaya tidak langsung (+/+), Refleks kornea (+/+), Nistagmus (-/-)
- Hidung : Bentuk normal, Septum deviasi (-), Sekret (-/-)
- Telinga : Bentuk normal, Nyeri tekan (-/-), Sekret (-/-)
- Mulut : Bibir pucat (-), sianosis (-), trismus (-), perdarahan gusi (-), tonsil T1/T1, tonsil/faring hiperemis (-)
- Leher : Pembesaran KGB (-)

- **Paru**
 - Inspeksi : Bentuk dada simetris, retraksi sela iga (-)
 - Palpasi : Gerakan dada simetris, vocal fremitus (+/+)
 - Perkusi : Sonor pada seluruh lapang paru
 - Auskultasi : Suara napas vesicular (+/+), ronkhi (-/-), wheezing (-/-)
 - Kesan** : Paru dalam batas normal
- **Jantung**
 - Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak
 - Palpasi : Ictus cordis tidak teraba, tidak teraba thrill
 - Perkusi : Batas jantung dalam batas normal
 - Auskultasi : BJ I-II regular, murmur (-), gallop (-)
 - Kesan** : Jantung dalam batas normal
- **Abdomen**
 - Inspeksi : Bentuk datar, lesi (-)
 - Auskultasi : Bising usus (+) normal
 - Palpasi : Supel, nyeri tekan seluruh kuadran (-), hepar dan lien tidak teraba membesar
 - Perkusi : Timpani seluruh lapang abdomen
 - Kesan** : Abdomen dalam batas normal
- **Ekstremitas** : Akral hangat, edema (-), sianosis (-), atrofi (-), CRT <2 detik.

e. Status Psikiatri

- Tingkah laku : Baik
- Perasaan hati : Baik
- Orientasi : Baik
- Kecerdasan : Baik
- Daya ingat : Baik

f. Status Neurologis

- Sikap tubuh : Berbaring terlentang
- Gerakan abnormal : Tidak ada
- Cara berjalan : Tidak dapat dinilai
- Ekstremitas : Hemiparese dan Hemihipestesia Sinistra

1) Saraf Kranialis

Nervus	Pemeriksaan	Kanan	Kiri
N.I. <i>Olfactorius</i>	Daya penghidu	Normosmia	Normosmia
N. II. <i>Optikus</i>	Daya penglihatan	Normal	Normal
	Pengenalan warna	Normal	Normal
	Lapang pandang	Normal	Normal
N. III. <i>Okulomotor</i>	Ptosis	-	-
	Gerakan mata ke medial	+	+
	Gerakan mata ke atas	+	+
	Gerakan mata ke bawah	+	+
	Ukuran pupil	3 mm	3 mm
	Bentuk pupil	Bulat	Bulat
	Refleks cahaya langsung	+	+
	Refleks cahaya tidak langsung	+	+
N. IV. <i>Troklearis</i>	Strabismus divergen	-	-
	Gerakan mata ke lat-bawah	+	+
	Strabismus konvergen	-	-
N. V. <i>Trigeminus</i>	Menggigit	dbn	dbn
	Membuka mulut	dbn	dbn
	Sensibilitas muka	dbn	dbn
	Refleks kornea	+	+
	Trismus	-	-
N. VI. <i>Abdusen</i>	Gerakan mata ke lateral	Diplopia (+)	-
	Strabismus konvergen	-	-

N. VII. <i>Fasialis</i>	Kedipan mata	dbn	dbn
	Lipatan nasolabial	dbn	dbn
	Sudut mulut	dbn	dbn
	Mengerutkan dahi	dbn	dbn
	Menutup mata	Kedudukan kedua mata simetris	
	Meringis	Sudut bibir simetris	
	Menggembungkan pipi	dbn	dbn
N. VIII. <i>Vestibulokoklearis</i>	Daya kecap lidah 2/3 ant	tdn	tdn
	Mendengar suara bisik	+	+
	Mendengar bunyi arloji	+	+
	Tes Rinne	tdn	tdn
	Tes Schwabach	tdn	tdn
	Tes Weber	tdn	tdn

N. IX. <i>Glossofaringeus</i>	Keterangan
Arkus Faring	Tidak dinilai
Daya kecap 1/3 belakang	Tidak dinilai
Reflek muntah	Tidak dinilai
Sengau	-
Tersedak	-

N. X. <i>Vagus</i>	Keterangan
Arkus Faring	Tidak dinilai
Reflek muntah	Tidak dinilai
Bersuara	Normal
Menelan	Normal

N. XI. Aksesorius	Keterangan
Memalingkan kepala	Baik
Sikap bahu	Simetris kanan dan kiri
Mengangkat bahu	Simetris kanan dan kiri
Trofi otot bahu	Eutrofi kanan dan kiri

N. XII. Hipoglosus	Keterangan
Sikap lidah	Dalam batas normal
Artikulasi	Artikulasi jelas
Tremor lidah	(-)
Menjulurkan lidah	Deviasi lidah (-)
Trofi otot lidah	Eutrofi otot lidah
Fasikulasi lidah	(-)

2) Fungsi Motorik

- Gerakan

Bebas	Terbatas
Bebas	Terbatas

- Kekuatan

5555	4444
5555	4444

- Tonus

Normotonus	Normotonus
Normotonus	Normotonus

- Trofi

Eutrofi	Eutrofi
Eutrofi	Eutrofi

3) Refleks Fisiologis

	Kanan	Kiri
Refleks Biceps	+	+
Refleks Triceps	+	+
Refleks Patella	+	+
Refleks Achilles	+	+

4) Refleks Patologis

	Kanan	Kiri
Babinski	-	-
Chaddock	-	-
Oppenheim	-	-
Gordon	-	-
Schaeffer	-	-
Mendel Bachterew	-	-
Rosollimo	-	-
Hofman Trommer	-	-

5) Fungsi Sensorik

	Kanan	Kiri
Rasa nyeri	Terasa	Menurun
Rasa raba	Terasa	Menurun
Rasa suhu	Terasa	Menurun

6) Rangsang Meningeal

- Kaku kuduk : (-)
 - Lasegue : (-)
 - Kernig sign : (-)
- Pemeriksaan Brudzinski
- Brudzinski I : (-)
 - Brudzinski II : (-)

7) Fungsi Koordinasi dan Keseimbangan

- Tes pronasi-supinasi : normal
- Finger to nose test : normal
- Past pointing test : normal

8) Fungsi Luhur

- Fungsi Luhur : tidak dinilai
- Fungsi Vegetatif : BAK dan BAB tidak ada keluhan

9) Skor Siriraj

$$(2,5 \times 0) + (2 \times 1) + (2 \times 0) + (0,1 \times 94) - (3 \times 1) - 12 = -3,6$$

Hasil skor Siriraj <-1 yang berarti mengarah kepada **Stroke Infark**

10) Algoritma Gajah Mada

- Penurunan kesadaran : -
- Nyeri kepala : -
- Refleks Babinski : -

Pada kasus ini tidak didapatkan penurunan kesadaran, nyeri kepala, dan refleks Babinski yang artinya stroke yang terjadi kemungkinan adalah stroke non-hemoragik atau stroke infark.

PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Hematologi tanggal 15 Juni 2023 pukul 11.21

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
Darah Lengkap			
Hemoglobin	13.6	11.7 – 15.5	g/dl
Leukosit	12.2^H	3.6 – 11.0	ribu
Eritrosit	4.85	3.8 – 5.2	juta
Hematokrit	37.9	35 – 47	%
Trombosit	243	150 – 400	ribu
Kimia Klinik			
SGOT	12	0 – 35	u/l
SGPT	6	0 – 35	iu/l
Ureum	60^H	10 – 50	mg/dl
Kreatinin	1.3^H	0.45 – 0.75	mg/dl
HDL Direct	50	37 – 92	mg/dl
LDL - Cholesterol	157^H	<150	mg/dl
Asam Urat	4.41	2 – 7	mg/dl
Kolesterol	291^H	<200 (>=240 : risiko tinggi)	mg/dl
Trigliserida	421^H	7 – 140	mg/dl
Natrium	134^L	136-146	mmol/L
Kalium	3.3^L	3.5-5.1	mmol/L
Chlorida	94^L	98-106	mmol/L
Glukosa Darah Sewaktu	431^H	70-110	mg/dl
HbA1C	13.4^H	DM tidak terkontrol > 8%	%

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Ekspertise:

Tampak lesi hypodense, batas tidak tegas, di pons

Sulci dan gyri di luar lesi normal

Sistem ventrikel dan cisterna normal

Cerebellum normal

Tak tampak kalsifikasi abnormal

Tak tampak deviasi midline

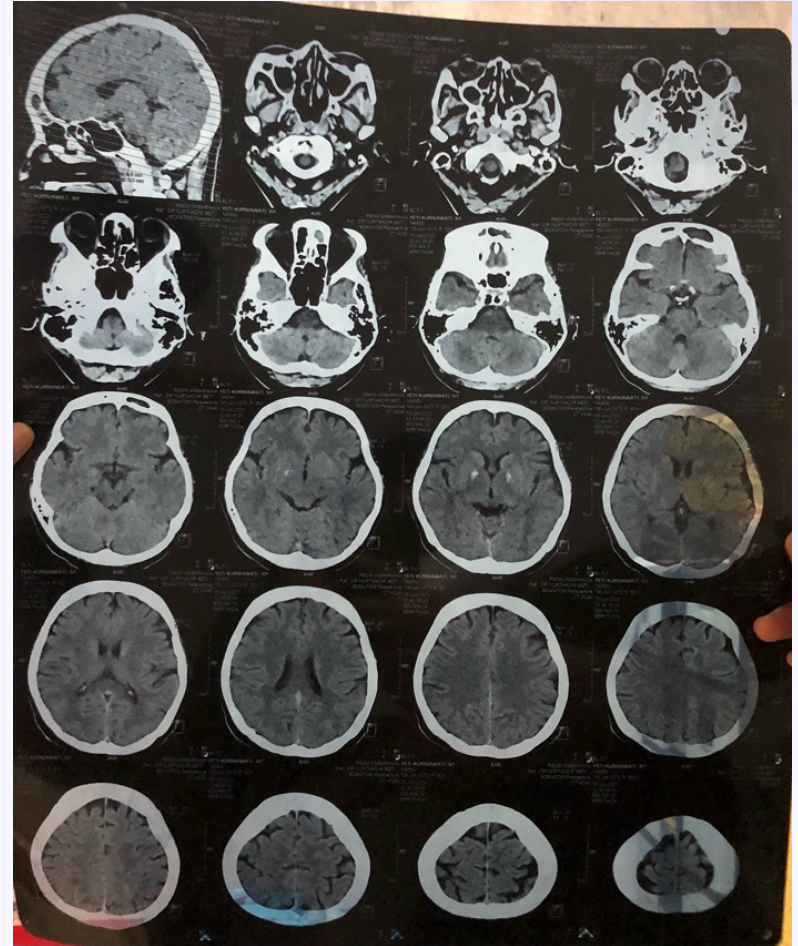
Tampak densitas cairan (11 HU) di sinus maxillaris, ethmoidalis et frontalis kanan kiri

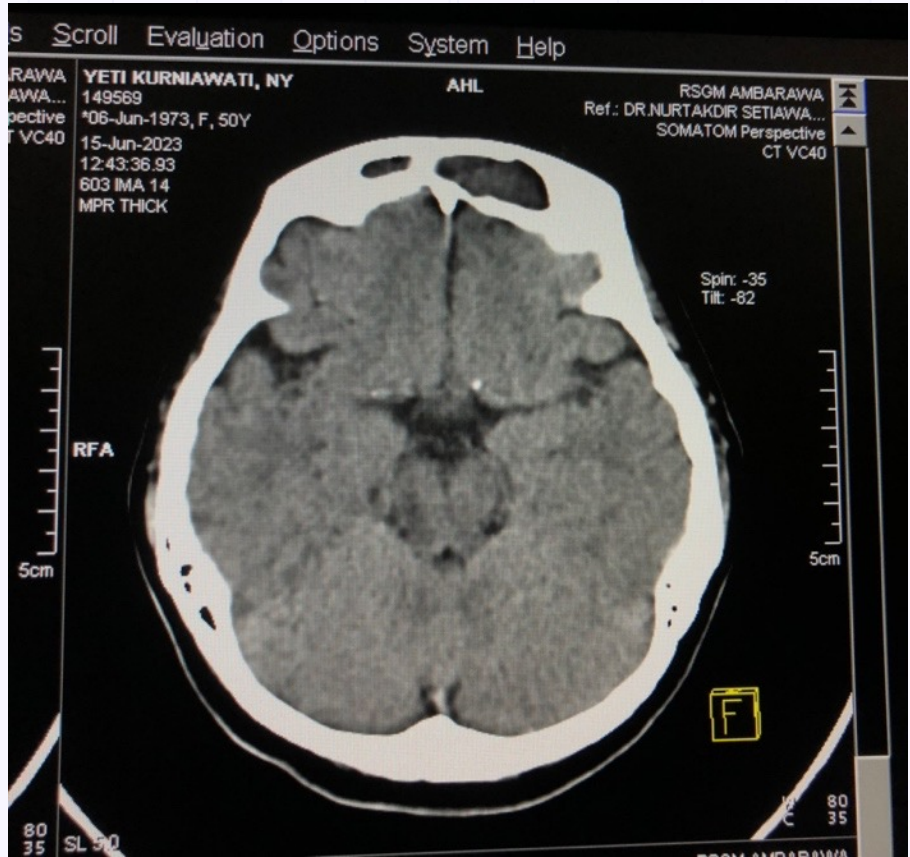
Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri di luar lesi tak tampak kelainan

Calvaria normal

Kesan:

- Acute cerebral infarction di pons
- Sinusitis maxillaris, ethmoidalis et frontalis kanan kiri





DIAGNOSIS AKHIR

Diagnosis klinis :

- Hemiparesis, hemihipestesia, dan hemiparestesia sinistra
- Paresis N.VI dextra

Diagnosis topis : Pons

Diagnosis etiologis : Stroke infark pons sesuai dengan Sindrom Raymond

Diagnosis tambahan :

- Diabetes mellitus tipe 2
- Hipertensi

DISKUSI

02



Pada pemeriksaan fisik, status generalisata ditemukan kesadaran E4V5M6 atau compos mentis, yaitu pasien memiliki respon dan orientasi yang baik terhadap dirinya sendiri dan lingkungan. Pasien dapat membuka mata secara spontan, pasien mampu berkomunikasi dengan baik, serta dapat mengikuti perintah dari pemeriksa.

Pemeriksaan tanda vital, didapatkan tekanan darah pasien 177/94 mmHg yang termasuk dalam hipertensi grade II berdasarkan klasifikasi JNC VII, nadi 73x/menit dengan irama regular dan isi cukup, frekuensi napas 20x/menit dalam batas normal, suhu 36,4°C (afebris), dan saturasi oksigen 98%. Pada status generalis ditemukan adanya kelainan pada mata berupa diplopia pada saat melihat ke lateral dextra. Pemeriksaan status psikiatri tidak ditemukan adanya kelainan, pasien memiliki sikap yang baik dan daya ingat baik.

Pemeriksaan neurologis saraf kranialis ditemukan adanya kelainan berupa paresis nervus VI dextra. Penglihatan ganda yang dirasakan pasien memberat bila pasien melihat objek yang jauh dan melirik ke kanan yang menandakan terjadi paresis pada N.VI kanan yang menyebabkan kelemahan otot rektus lateral kanan, yaitu otot yang berperan dalam gerakan abduksi bola mata kanan. Pemeriksaan fungsi motorik didapatkan adanya gerakan terbatas akibat kelemahan pada anggota gerak kiri. Pemeriksaan fungsi sensorik didapatkan adanya penurunan fungsi rasa nyeri, raba, dan suhu pada anggota gerak kiri.

Identifikasi stroke menggunakan skor Siriraj yang mengandung penilaian kesadaran, ada tidaknya muntah, nilai tekanan diastolik, dan atheroma didapatkan skor pada pasien ini adalah -3,6. Hasil < -1 pada pasien mengarah pada terjadinya stroke infark (stroke non hemoragik).

Pemeriksaan penunjang darah rutin didapatkan adanya peningkatan Leukosit dan Neutrofil. Pada pemeriksaan darah kimia klinik didapatkan peningkatan Ureum, Kreatinin, kolesterol LDL, kolesterol, trigliserida, dan glukosa darah sewaktu serta sedikit penurunan dari kadar Natrium, Kalium, dan Chlorida.

Selanjutnya, dilakukan pemeriksaan CT-Scan kepala tanpa kontras yang merupakan *gold standard* dalam penegakkan diagnosis stroke. Hasil CT-Scan menunjukkan adanya acute cerebral infarction di pons.

Infark pada pons menyebabkan teganggunya aliran darah di pembuluh darah yang memperdarahi pons. Pada regio anteromedial dan anterolateral, pons diperdarahi oleh arteri basilaris, sedangkan pada regio lateral diperdarahi oleh arteri basilaris dan *anterior inferior cerebellar artery* (AICA), dan pada regio posterior/dorsalis diperdarahi oleh *superior cerebellar artery* (SCA). Kelainan pada pons menyebabkan *classical crossed syndrome*, yaitu kelumpuhan saraf kranial ipsilateral dan gangguan motorik dan/atau sensorik kontralateral.⁵

Manifestasi klinis yang ditemukan pada pasien sesuai dengan keterlibatan regio ventro-caudal, yaitu adanya penurunan aliran darah pada arteri perforantes paramedian yang merupakan percabangan dari arteri basilaris. Pada keterlibatan regio ventro-caudal, terjadi hemiparesis kontralateral akibat infark dari traktus kortikospinalis unilateral. Paresis abducens ipsilateral dan/atau kelumpuhan nervus fasialis dapat terjadi akibat keterlibatan serabut saraf dan nukleus. Infark traktus spinothalamikus lateral menyebabkan penurunan sensasi nyeri pada sisi kontralateral. Secara klinis, gejala yang muncul dapat dikelompokkan menjadi sindrom Millard-Gubler (hemiparesis kontralateral, abducens ipsilateral, dan kelumpuhan saraf fasialis), sindrom Foville (sindrom Millard-Gubler yang disertai dengan *conjugate gaze palsy*), dan sindrom Raymond (hemiparesis kontralateral, paresis abducens ipsilateral tanpa kelumpuhan saraf wajah). Infark pons pada pasien sesuai dengan sindrom Raymond, yaitu terjadi hemiparesis dan hemihipestesi kontralateral serta paresis abducens ipsilateral namun tidak ada kelumpuhan saraf kranial fasialis.

TATALAKSANA

Non Medikamentosa

- Mulai melatih menggerakkan anggota badan
- Edukasi kepada keluarga pasien mengenai penyakit :
 - Diagnosis pasien
 - Tata laksana yang akan dilakukan
 - Prognosis penyakit yang diderita pasien
- Rehabilitasi medik (fisioterapi)

Medikamentosa

Oral:

- CPG 1x75 mg
- Candesartan 1x8mg
- Flunarizine 2x10 mg
- Atorvastatin 1x20mg
- Notisil 2x1

Injeksi:

- Citicoline 2x500 mg
- Piracetam 4x3 mg
- Mecobalamin 1x1
- Ranitidin 2x1
- Novorapid 3x14 U

PROGNOSIS

- Death : dubia ad bonam
- Disease : dubia ad bonam
- Disability : dubia ad bonam
- Discomfort : dubia ad bonam
- Dissatisfaction: dubia ad bonam
- Distuition : dubia ad bonam

DISKUSI

03



- Clopidogrel 1x75 mg → inhibitor fungsi platelet yang bersifat irreversibel dengan menghambat reseptor adenosine diphospat (ADP) sehingga tidak terjadi agregasi platelet.
- Candesartan 1x8 mg → u/ menurunkan TD, gol. ARB. Bekerja dgn menghambat ikatan Angiotensin II dan reseptor AT1 → menghambat vasokonstriksi & pelepasan aldosterone.
- Flunarizine 2x25 mg → mengurangi vertigo. Bekerja dgn menghambat kanal kalsium didalam vestibuler, sehingga dapat mengurangi jumlah ion kalsium dalam intrasel.
- Atorvastatin 1x20mg → u/ menurunkan kadar kolesterol, dan mencegah penyakit yang berhubungan dengan penyakit kardiovaskuler (jantung). Bekerja sbg inhibitor reduktase HMG-CoA, yang mengambat langkah dari biosintesis (pembentukan) kolestrol dengan cara inhibisi kompetitif enzim HMG- CoA reduktase.
- Notisil 2x1 → mengandung warfarin, sbg antikoagulan dengan cara menghambat sintesis vitamin K di hati, sehingga memengaruhi faktor- faktor pembekuan II, VII, IX dan X

- Inj. Citicoline 2x500 mg → memperbaiki membrane sel saraf melalui peningkatan sintesis phosphatidylcholine dan perbaikan neuron kolinergik yang rusak melalui potensiasi dari produksi asetilkolin
- Inj. Piracetam 4x3 → meningkatkan deformabilitas eritrosit → mempermudah aliran darah melewati pembuluh darah otak yang kecil & memperbaiki keadaan iskemia.
- Inj. Mecobalamin 1x1 → metabolit vit. B12 yang berperan dalam pembentukan DNA dan pemeliharaan fungsi saraf.
- Inj. Ranitidin 2x1 → inhibitor kompetitif reseptor histamin H2 dengan menghambat secara reversibel reseptor H2 di sel parietal lambung, sehingga menghambat sekresi asam lambung.
- Inj. Novorapid 3x14 UI → rapid acting insulin

FOLLOW UP

TANGGAL	FOLLOW UP
16/6/2023	<p>S : Pasien mengalami kebas dan kesemutan pada anggota gerak sebelah kiri, penglihatan ganda (+), dan pusing berputar.</p> <p>O :</p> <p>KU : Lemah</p> <p>Kesadaran : Compos mentis, E4M6V5</p> <p>Tanda Vital :</p> <ul style="list-style-type: none">- TD : 171/101 mmHg- N : 70 x/menit- RR : 20 x/menit- Suhu : 36,2 °C- SpO₂ : 97% <p>N. III, IV, VI → Pergerakan bola mata +/-, Refleks cahaya langsung +/-, Refleks cahaya tidak langsung +/-, refleks kornea +/-, nystagmus -/-, ptosis -/-, diplopia (+)</p> <p>N. VII → mengerutkan dahi: alis simetris, lipatan dahi simetris, meringis: sudut bibir simetris, mengembungkan pipi: simetris.</p>

N.XII → deviasi lidah (-), pelo (-), tremor lidah (-)

Motorik → Lemah pada ekstremitas kiri

5555	4444
5555	4444

Hemiparese Sinistra (+)

Refleks fisiologis → +/+, Refleks Patologis → Refleks Babinski -/-, Meningeal sign → -/-

Sensorik → Sensorik menurun pada ekstremitas kiri, kesemutan pada ekstremitas kiri

Hemihipestesi Sinistra(+)
Hemiparestesia Sinistra (+)

CT Scan → acute cerebral infarction di pons

A : Stroke Infark Hemiparese Sinistra III

P :

Oral

- CPG 1x75 mg
- Flunarizine 2x10 mg
- Atorvastatin 1x20mg

Injeksi

- Citicoline 2x500 mg
- Piracetam 4x3 mg
- Mecobalamin 1x1
- Ranitidin 2x1
- Novorapid 3x14 U

Konsul Sp. KFR untuk fisioterapi

FOLLOW UP

17/6/2023

S : Kebas dan kesemutan pada anggota gerak sebelah kiri sudah sedikit berkurang, penglihatan ganda (+), dan pusing berputar sedikit berkurang.

O :

KU : Lemah

Kesadaran : Compos mentis, E4M6V5

Tanda Vital :

- TD : 177/94 mmHg
- N : 73 x/menit
- RR : 20 x/menit
- Suhu : 36,4 °C
- SpO₂ : 98%

N. III, IV, VI → Pergerakan bola mata +/+, Refleks cahaya langsung +/+, Refleks cahaya tidak langsung +/+, refleks kornea +/+, nystagmus -/-, ptosis -/-, diplopia (+)

N. VII → mengerutkan dahi: alis simetris, lipatan dahi simetris, meringis: sudut bibir simetris, mengembungkan pipi: simetris.

N.XII → deviasi lidah (-), pelo (-), tremor lidah (-)

Motorik → Lemah pada ekstremitas kiri

5555	4444
5555	4444

Hemiparese Sinistra (+)

Refleks fisiologis → +/+, Refleks Patologis → Refleks Babinski -/-, Meningeal sign → -/-

Sensorik → Sensorik menurun pada ekstremitas kiri, kesemutan pada ekstremitas kiri

Hemihipestesi Sinistra(+)

Hemiparestesia Sinistra (+)

A : Stroke Infark Hemiparese Sinistra IV

P :

Oral

- CPG 1x75 mg
- Candesartan 1x8mg
- Flunarizine 2x10 mg
- Atorvastatin 1x20mg
- Notisil 2x1

Injeksi

- Citicoline 2x500 mg
- Piracetam 4x3 mg
- Mecobalamin 1x1
- Ranitidin 2x1
- Novorapid 3x14 U

Bila stasioner, besok BLPL.

REFERENSI

1. Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia. PEMERIKSAAN KLINIS NEUROLOGI PRAKTIS (Umum). Jakarta: Kolegium Neurologi Indonesia; 2018.
2. Ropper AH, Samuels MA, Klein JP, Prasad S. Adams and Victor's: Principles of Neurology. New York: Mc Graw Hill Medical; 2019.
3. Murphy SJ, Werring DJ. Stroke: causes and clinical features. *Medicine (Baltimore)*. 2020;48(9):561–6.
4. Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia. PEMERIKSAAN KLINIS NEUROLOGI PRAKTIS (Khusus). Jakarta: Kolegium Neurologi Indonesia; 2018.
5. Malla G, Jillella. D V. Pontine Infarction [Internet]. StatPearls [Internet]. 2023 [dikutip 26 Juni 2023]. Tersedia pada: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554418/>
6. Saver JL. Proposal for a universal definition of cerebral infarction. *Stroke*. 2008;39(11):3110–5.
7. Dinata CA, Syafrita Y, Sastri S. Gambaran Faktor Risiko dan Tipe Stroke pada Pasien Rawat Inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan Periode 1 Januari 2010 - 31 Juni 2012. *J Kesehat Andalas* [Internet]. 2013;2(2):57–61. Tersedia pada: <http://jurnal.fk.unand.ac.id>
8. Parmar P. Stroke: Classification and diagnosis. *Clin Pharm*. 10(1).
9. Stoll G, Kleinschnitz C, Nieswandt B. Molecular mechanisms of thrombus formation in ischemic stroke: Novel insights and targets for treatment. *Blood*. 2008;112(9):3555–62.
10. Sylvia P. Patofisiologi. Edisi 6. Jakarta: EGC; 2006.
11. Diagnosis Topik Neurologi DUUS. Jakarta: EGC;
12. Kelompok Studi Stroke Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia. Guideline Stroke 2017. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia; 2017.
13. Khaku AS TPCD. Cerebrovascular Disease. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2022.