STROKE ISKEMIK NONHEMORAGIK DENGAN MANIFESTASI DEFISIT NEUROLOGIS DI RSUD CHASBULLAH ABDULMADJID BEKASI

Muhammad Hardin Qoriwijaya[1], Tranggono Yudo Utomo[2], Edi Prasetyo[3]

[1,2,3]*Universitas YARSI*
Email : qwijaya76@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: Stroke iskemik dapat menimbulkan defisit motorik, sensorik, dan fungsi bulbar. Infark lakunar pada struktur subkortikal memerlukan korelasi klinis dan radiologis serta pengendalian faktor risiko vaskular. **Laporan kasus:** Seorang laki-laki berusia 58 tahun datang dengan kelemahan anggota gerak kanan dan bicara pelo sejak sekitar 12 jam sebelum masuk rumah sakit. Keluhan disertai kebas, kesemutan, berjalan sempoyongan, dan sesekali tersedak saat makan atau minum. Pasien memiliki riwayat hipertensi, diabetes melitus, dan keluhan serupa pada tahun 2020. Pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 160/100 mmHg, Glasgow Coma Scale 15, kekuatan ekstremitas kanan 4/5, hipestesi kanan, disartria, serta deviasi lidah ke kanan. CT kepala nonkontras memperlihatkan infark lakunar di pons kiri dan corona radiata bilateral serta aterosklerosis arteri vertebralis kanan dan basilaris. HbA1c sebesar 9,5%, trigliserida 341 mg/dL, dan HDL 33 mg/dL. Tata laksana meliputi rawat inap, terapi medikamentosa termasuk antiplatelet, antihipertensi dan statin, fisioterapi, latihan rentang gerak, serta edukasi kepatuhan pengobatan. **Diskusi:** Defisit sensorimotor kanan dan gangguan bicara mendukung diagnosis stroke iskemik dengan korelasi terhadap lesi subkortikal. Hipertensi, diabetes yang belum terkontrol, dan kelainan profil lipid menjadi sasaran penting pencegahan sekunder. Keluhan tersedak memerlukan penilaian fungsi menelan. **Kesimpulan:** Kasus ini menekankan integrasi anamnesis, pemeriksaan neurologis, dan pencitraan dalam diagnosis stroke iskemik, disertai pengendalian faktor risiko dan rehabilitasi. Luaran jangka panjang belum tersedia.

Kata Kunci : *Stroke Iskemik; Infark Lakunar; Hemiparesis; Diabetes Melitus; Hipertensi.*

ABSTRACT

Background: Ischemic stroke may cause motor, sensory, and bulbar deficits. Lacunar infarction involving subcortical structures requires clinical–radiological correlation and vascular risk factor management. **Case presentation:** A 58-year-old man presented with right-sided weakness and slurred speech approximately 12 hours before admission. Symptoms included numbness, tingling, unsteady gait, and occasional choking while eating or drinking. He had hypertension, diabetes mellitus, and a similar episode in 2020. Examination revealed blood pressure of 160/100 mmHg, a Glasgow Coma Scale score of 15, right-sided limb strength of 4/5, right-sided hypoesthesia, dysarthria, and rightward tongue deviation. Noncontrast head CT showed lacunar infarcts in the left pons and bilateral corona radiata, with atherosclerosis of the right vertebral and basilar arteries. HbA1c was 9.5%, triglycerides 341 mg/dL, and HDL cholesterol 33 mg/dL. Management included inpatient monitoring, medications including an antiplatelet agent, antihypertensive agents and a statin, physiotherapy, range-of-motion exercises, and medication adherence education. **Discussion:** Right-sided sensorimotor deficits and speech impairment supported ischemic stroke in association with subcortical lesions. Hypertension, inadequately controlled diabetes, and lipid abnormalities were important targets for secondary prevention. Choking warranted swallowing assessment. **Conclusion:** This case highlights the integration of history, neurological examination, and imaging in diagnosing ischemic stroke, alongside risk factor control and rehabilitation. Long-term outcomes were unavailable.

Keywords : *Ischemic Stroke; Lacunar Infarction; Hemiparesis; Diabetes Mellitus; Hypertension.*

PENDAHULUAN

Stroke iskemik merupakan gangguan neurologis akibat berkurangnya aliran darah ke jaringan otak yang menyebabkan cedera iskemik. Manifestasinya bergantung pada lokasi lesi dan dapat berupa kelemahan anggota gerak, gangguan sensibilitas, gangguan bicara, maupun gangguan menelan. Pengenalan defisit neurologis fokal, penentuan waktu onset, dan pemeriksaan pencitraan merupakan bagian penting evaluasi awal untuk menentukan diagnosis serta arah penatalaksanaan (Prabhakaran et al., 2026).

Infark lakunar merupakan salah satu bentuk stroke iskemik yang umumnya berkaitan dengan penyakit pembuluh darah kecil otak. Lesi pada pons dan corona radiata dapat memengaruhi jalur motorik maupun sensorik. Oleh karena itu, temuan lesi kecil pada pencitraan perlu dikorelasikan dengan distribusi keluhan dan hasil pemeriksaan neurologis. Hipertensi dan diabetes melitus merupakan faktor risiko yang relevan pada pasien dengan gambaran tersebut (Wardlaw et al., 2024).

Penanganan stroke tidak hanya berfokus pada defisit akut, tetapi juga pada pencegahan komplikasi, pemulihan fungsi, dan pengurangan risiko kejadian berulang. Pengendalian tekanan darah, glukosa dan lipid, terapi antitrombotik sesuai etiologi, serta rehabilitasi menjadi komponen penting perawatan berkelanjutan (Dawson et al., 2022; Liu et al., 2023). Laporan ini membahas seorang laki-laki berusia 58 tahun dengan hemiparesis kanan, hipestesi, dan disartria, disertai gambaran infark lakunar di pons kiri dan corona radiata bilateral. Fokus pembahasan adalah hubungan temuan klinis dan pencitraan serta kebutuhan pengendalian faktor risiko vaskular.

Laporan kasus

Anamnesis

Seorang laki-laki berusia 58 tahun masuk ke RSUD Chasbullah Abdulmadjid, Bekasi, pada 29 Mei 2026 karena kelemahan anggota gerak kanan disertai bicara pelo sejak sekitar 12 jam sebelum masuk rumah sakit. Autoanamnesis dan alloanamnesis dengan istri pasien dilakukan pada 2 Juni 2026. Keluhan diawali rasa kebas dan kesemutan pada tubuh sisi kanan tanpa nyeri kepala atau pusing. Keesokan paginya, tangan dan kaki kanan terasa lemah sehingga pasien berjalan sempoyongan. Bicara pelo muncul bersamaan dengan keluhan tersebut. Saat evaluasi, kebas dan kesemutan masih dirasakan.

Pasien juga mengeluhkan sesekali tersedak saat makan dan minum. Tidak terdapat penurunan kesadaran, kejang, mual, muntah, gangguan penglihatan, maupun nyeri kepala. Nafsu makan dilaporkan dalam batas normal. Pasien memiliki riwayat hipertensi dan diabetes melitus sejak 2021 serta menyatakan rutin berobat dan mengonsumsi obat. Pada 2020, pasien pernah mengalami kelemahan sisi kanan, terutama tangan kanan yang tidak dapat digerakkan, kemudian membaik setelah pengobatan. Riwayat kejang disangkal.

Ibu pasien memiliki riwayat hipertensi dan diabetes melitus. Riwayat stroke atau penyakit neurologis lain dalam keluarga disangkal. Pasien jarang berolahraga, memiliki riwayat merokok tetapi telah berhenti sekitar satu tahun, dan tidak mengonsumsi alkohol.

Pemeriksaan fisik dan neurologis

Pasien tampak sakit sedang dengan kesadaran compos mentis dan Glasgow Coma Scale (GCS) 15 (E4V5M6). Tekanan darah 160/100 mmHg, frekuensi nadi 79 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit, suhu 36,3 °C, dan saturasi oksigen 95%. Pemeriksaan jantung, paru, dan abdomen tidak menunjukkan kelainan bermakna. Pupil isokor dengan diameter sekitar 3 mm dan refleks cahaya langsung maupun tidak langsung baik bilateral. Tanda rangsang meningeal negatif.

Pemeriksaan saraf kranialis mencatat disartria, penurunan kemampuan menelan, serta deviasi lidah ke kanan tanpa atrofi. Uvula berada di tengah dan arkus faring simetris. Gerakan bola mata dalam batas normal. Pemeriksaan motorik menunjukkan hemiparesis kanan dengan kekuatan ekstremitas atas dan bawah kanan 4/5, sedangkan ekstremitas kiri 5/5. Tonus dan trofi otot dalam batas normal. Ringkasan temuan neurologis disajikan pada Tabel 1.

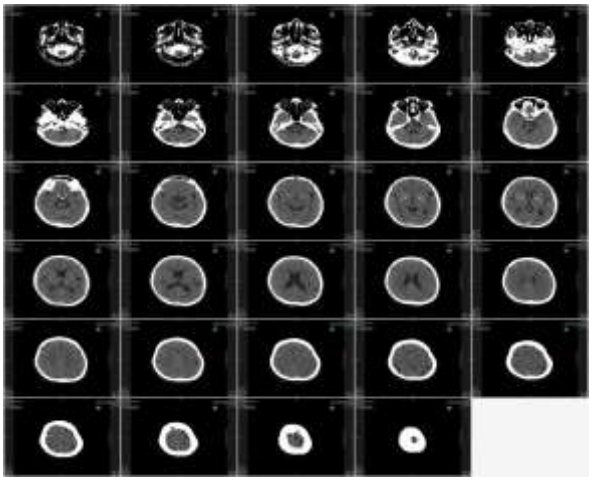
Tabel 1. Temuan Pemeriksaan Neurologis Utama

Pemeriksaan	Kanan	Kiri
Kekuatan ekstremitas atas	4/5	5/5
Kekuatan ekstremitas bawah	4/5	5/5
Tonus dan trofi	Normotonus, eutrofi	Normotonus, eutrofi
Refleks biseps, triseps, brakioradialis	+2	+2
Refleks patela dan Achilles	+3	+2
Refleks patologis	Negatif	Negatif
Sensibilitas raba, nyeri, suhu, dan getar	Hipestesi	Normal

Siriraj Stroke Score dalam catatan kasus sebesar −5, berdasarkan kesadaran compos mentis, tidak adanya muntah atau nyeri kepala, tekanan darah diastolik 100 mmHg, serta riwayat diabetes dan kejadian serupa sebelumnya. Penilaian klinis tersebut dilengkapi dengan CT kepala nonkontras.

Pemeriksaan penunjang

CT kepala nonkontras tanggal 29 Mei 2026 menunjukkan lesi hipodens kecil pada pons kiri dan corona radiata bilateral. Struktur garis tengah tidak bergeser, sistem ventrikel dan sisterna tidak melebar, serta diferensiasi substansia putih dan abu-abu tampak tegas. Terdapat kalsifikasi arteri vertebralis kanan dan arteri basilaris. Kesan radiologis adalah infark lakunar di pons kiri dan corona radiata bilateral serta aterosklerosis arteri vertebralis kanan dan basilaris.



Gambar 1. CT kepala nonkontras tanggal 29 Mei 2026. Gunakan potongan yang memperlihatkan lesi sesuai laporan radiologi, yaitu pada pons kiri dan corona radiata bilateral. Hapus identitas pasien pada gambar sebelum dimasukkan.

Foto toraks tanggal 29 Mei 2026 menunjukkan corakan bronkovaskular normal, sinus kostofrenikus kanan dan kiri lancip, serta kesan paru dan besar jantung dalam batas normal.



Gambar 2. Foto Toraks Tanggal 29 Mei 2026 Dengan Kesan Paru Dan Besar Jantung Dalam Batas Normal. Hapus Identitas Pasien Pada Gambar Sebelum Dimasukkan.

Pemeriksaan laboratorium menunjukkan hiperglikemia pada pemeriksaan serial, HbA1c 9,5%, trigliserida 341 mg/dL, dan HDL 33 mg/dL. Hemoglobin, leukosit, trombosit, elektrolit, serta parameter fungsi hati dan ginjal tersedia sebagaimana dirangkum pada Tabel 2.

Tabel 2. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal	Parameter	Hasil
29 Mei 2026	Leukosit	$9{,}9 \times 10^3/\mu L$
29 Mei 2026	Hemoglobin; hematokrit	16,2 g/dL; 45,8%
29 Mei 2026	Trombosit	$341 \times 10^3/\mu L$
29 Mei 2026	Glukosa darah sewaktu	192 mg/dL
29 Mei 2026	Natrium; kalium; klorida	137; 3,7; 103 mmol/L
30 Mei 2026	AST; ALT	14; 15 U/L
30 Mei 2026	Ureum; kreatinin	26; 0,57 mg/dL

30 Mei 2026	Asam urat	4,9 mg/dL
Tanggal	**Parameter**	**Hasil**
30 Mei 2026	Trigliserida	341 mg/dL
30 Mei 2026	Kolesterol total; HDL; LDL	148; 33; 47 mg/dL
30 Mei 2026	Glukosa darah sewaktu	219 mg/dL
31 Mei 2026	HbA1c; estimasi glukosa rerata	9,5%; 226 mg/dL
31 Mei 2026	Glukosa darah sewaktu	210 mg/dL

Diagnosis dan tata laksana

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan neurologis, dan pencitraan, diagnosis kerja adalah stroke iskemik nonhemoragik dengan hemiparesis kanan, hipestesi kanan, dan disartria. Diagnosis topis dalam catatan kasus adalah pons kiri dan corona radiata. Faktor etiologis yang dicatat meliputi aterosklerosis pembuluh darah serebral dengan faktor risiko hipertensi dan diabetes melitus.

Pasien menjalani rawat inap dengan pemantauan tanda vital secara berkala. Penanganan nonmedikamentosa meliputi fisioterapi, latihan rentang gerak atau range of motion (ROM), edukasi kepatuhan minum obat, dan edukasi pengenalan tanda stroke berulang. Regimen medikamentosa yang tercantum dalam catatan kasus disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Regimen Medikamentosa Dalam Catatan Kasus

Obat	Dosis dan frekuensi
Takelin	500 mg, 2 kali sehari
Omeprazole	20 mg, 2 kali sehari
Amlodipin	10 mg, 1 kali sehari
Simvastatin	20 mg, 1 kali sehari
Asam folat	1 tablet, 1 kali sehari
Aspilet	80 mg, 1 kali sehari
Candesartan	8 mg, 1 kali sehari

Prognosis yang tercatat adalah dubia ad bonam untuk quo ad vitam, quo ad functionam, dan quo ad sanationam. Saat evaluasi, pasien masih mengeluhkan gangguan sensorik sisi kanan. Data perkembangan neurologis serial, kondisi saat pulang, serta hasil tindak lanjut jangka panjang tidak tersedia dalam bahan laporan kasus.

Pembahasan

Dasar diagnosis dan korelasi klinis

Kelemahan sisi kanan dan bicara pelo dengan onset akut merupakan temuan utama yang mendasari kecurigaan stroke pada kasus ini. Hipestesi pada sisi yang sama memperlihatkan keterlibatan fungsi sensorimotor. Tidak adanya penurunan kesadaran, kejang, maupun nyeri kepala tidak menyingkirkan stroke, sehingga penilaian tetap bertumpu pada pola defisit fokal dan

pemeriksaan pencitraan. CT kepala kemudian memberikan bukti struktural berupa lesi dengan kesan infark lakunar.

Temuan motorik 4/5 pada ekstremitas kanan, refleks patela dan Achilles kanan yang meningkat, serta hipestesi kanan dapat dikorelasikan dengan gangguan jalur motorik dan sensorik di sisi berlawanan. Lesi pons kiri menjadi salah satu lokasi yang relevan, sementara keterlibatan corona radiata menunjukkan lesi pada jalur serabut penghubung korteks dengan struktur subkortikal. Disartria, gangguan menelan, dan deviasi lidah memperluas gambaran klinis pada fungsi yang berkaitan dengan jalur bulbar. Hubungan anatomis ini perlu dibaca bersama seluruh temuan pemeriksaan, tanpa menetapkan bahwa setiap lesi radiologis pasti merupakan lesi akut penyebab keluhan saat ini.

Infark lakunar dapat memberikan sindrom motorik, sensorik, maupun sensorimotor. Namun, keberadaan lesi lakunar pada CT tidak dengan sendirinya membuktikan mekanisme penyakit pembuluh darah kecil sebagai satu-satunya etiologi. Korelasi waktu dan lokasi lesi terhadap gejala, disertai penilaian kemungkinan sumber vaskular lain, tetap diperlukan (Wardlaw et al., 2024). Pada pasien ini, riwayat keluhan serupa pada 2020 juga menjadi alasan untuk tidak menganggap seluruh lesi memiliki usia yang sama.

Peran Pencitraan Dan Evaluasi Etiologi

CT kepala nonkontras merupakan bagian penting evaluasi awal stroke. Pada kasus ini, laporan CT menunjukkan infark lakunar di pons kiri dan corona radiata bilateral tanpa pergeseran struktur garis tengah. MRI dengan sekuens diffusion-weighted imaging dapat membantu memperjelas lesi iskemik kecil atau akut apabila diperlukan. Penilaian pembuluh darah dan jantung dapat melengkapi penelusuran etiologi sesuai indikasi (Prabhakaran et al., 2026; Liu et al., 2023).

Kalsifikasi arteri vertebralis kanan dan basilaris menunjukkan adanya perubahan aterosklerotik, tetapi laporan yang tersedia tidak memuat derajat stenosis maupun bukti oklusi pembuluh besar. Oleh karena itu, temuan tersebut diposisikan sebagai bagian dari gambaran penyakit vaskular pasien. Data angiografi, MRI, elektrokardiografi, pemantauan irama jantung, dan ekokardiografi tidak dicantumkan dalam bahan kasus, sehingga penetapan mekanisme stroke secara rinci belum dapat dilakukan.

Faktor risiko dan pencegahan sekunder

Pasien memiliki hipertensi dan diabetes melitus sejak 2021, dengan tekanan darah 160/100 mmHg saat evaluasi serta HbA1c 9,5%. Walaupun pasien menyatakan rutin berobat, hasil tersebut menunjukkan kebutuhan evaluasi lebih lanjut terhadap pengendalian faktor risiko. Glukosa darah sewaktu berada pada kisaran 192–219 mg/dL dalam pemeriksaan tiga hari. Trigliserida 341 mg/dL dan HDL 33 mg/dL melengkapi gambaran gangguan metabolik yang perlu diperhatikan dalam perawatan berkelanjutan.

Pencegahan sekunder mencakup terapi antiplatelet pada stroke nonkardioembolik, pengendalian tekanan darah dan lipid, serta penanganan diabetes secara individual. Pada stroke lakunar, antiplatelet tunggal jangka panjang dan pengendalian faktor risiko vaskular menjadi bagian penting upaya mengurangi kejadian berulang (Dawson et al., 2022; Wardlaw et al., 2024). Aspilet, amlodipin, candesartan, dan simvastatin tercatat dalam regimen pasien. Pembahasan ini menggambarkan tujuan umum kelompok terapi tersebut, sedangkan dosis yang dilaporkan tetap mengikuti catatan kasus.

Riwayat kejadian serupa pada 2020 menambah relevansi edukasi pencegahan kekambuhan. Edukasi yang telah dicatat mencakup kepatuhan minum obat dan pengenalan tanda stroke berulang. Riwayat berhenti merokok selama sekitar satu tahun perlu dipertahankan. Aktivitas fisik dapat

disesuaikan dengan kemampuan fungsional dan program rehabilitasi. Pengaturan pola makan, pemantauan tekanan darah dan glukosa, serta kontrol teratur merupakan bagian pengelolaan faktor risiko yang dibahas dalam pedoman pencegahan sekunder (Dawson et al., 2022; Liu et al., 2023).

Penanganan akut dan gangguan menelan

Keluhan dilaporkan telah berlangsung sekitar 12 jam sebelum masuk rumah sakit. Informasi ini belum cukup untuk menyimpulkan kelayakan atau ketidaklayakan seluruh pilihan reperfusi.

Penilaian memerlukan waktu terakhir diketahui normal, derajat defisit, kondisi klinis, dan hasil pencitraan yang sesuai. Pedoman terbaru tetap menempatkan seleksi klinis dan pencitraan sebagai dasar reperfusi, termasuk pada pasien tertentu di luar jendela waktu awal (Prabhakaran et al., 2026). Dalam laporan ini tidak tersedia dokumentasi pemberian trombolisis atau trombektomi, sehingga keduanya tidak dinyatakan sebagai terapi yang telah dilakukan.

Keluhan tersedak saat makan dan minum merupakan masalah fungsional yang memerlukan perhatian. Disartria tidak selalu identik dengan disfagia, tetapi adanya keluhan tersedak dan penurunan kemampuan menelan pada pemeriksaan meningkatkan kebutuhan skrining. Pedoman merekomendasikan skrining menelan sebelum pemberian makanan, cairan, atau obat oral, dilanjutkan penilaian lebih rinci apabila ditemukan gangguan. Penyesuaian konsistensi makanan, rute nutrisi, dan rehabilitasi menelan ditentukan berdasarkan hasil evaluasi (Intercollegiate Stroke Working Party, 2023). Hasil skrining menelan formal tidak tersedia dalam catatan kasus ini.

Rehabilitasi dan luaran

Fisioterapi dan latihan ROM telah dicantumkan sebagai bagian penanganan. Pada pasien dengan kelemahan kanan dan gangguan berjalan, evaluasi fungsional diperlukan untuk menyusun latihan yang sesuai kemampuan. Gangguan bicara dan menelan juga perlu dipertimbangkan dalam perencanaan rehabilitasi. Pendekatan multidisiplin menghubungkan pemulihan fungsi motorik, komunikasi, dan keamanan asupan dengan kebutuhan aktivitas sehari-hari pasien (Intercollegiate Stroke Working Party, 2023).

Prognosis dubia ad bonam pada catatan klinis merupakan perkiraan saat evaluasi, bukan bukti bahwa pemulihan telah terjadi. Tidak tersedianya skor derajat stroke, penilaian disabilitas, evaluasi serial, dan tindak lanjut membatasi penilaian respons terapi serta luaran fungsional. Dengan demikian, kontribusi utama laporan ini adalah menggambarkan hubungan antara keluhan akut, pemeriksaan neurologis, lesi lakunar, dan faktor risiko metabolik, bukan menyimpulkan keberhasilan suatu regimen atau mekanisme etiologi yang telah terkonfirmasi.

KESIMPULAN

Seorang laki-laki berusia 58 tahun didiagnosis stroke iskemik nonhemoragik dengan manifestasi hemiparesis kanan, hipestesi kanan, dan disartria, disertai gambaran infark lakunar di pons kiri serta corona radiata bilateral. Hipertensi, diabetes melitus yang belum terkontrol, dan kelainan profil lipid merupakan faktor penting dalam perencanaan pencegahan sekunder. Penanganan yang dilaporkan meliputi perawatan di rumah sakit, terapi medikamentosa, fisioterapi, latihan ROM, dan edukasi. Kasus ini menekankan pentingnya korelasi klinis dan pencitraan, penilaian keluhan menelan, serta pengendalian faktor risiko secara berkelanjutan. Luaran jangka panjang belum dapat dinilai karena data tindak lanjut tidak tersedia.

DAFTAR PUSTAKA

Dawson, J., Béjot, Y., Christensen, L. M., De Marchis, G. M., Dichgans, M., Hagberg, G., Heldner, M. R., Milionis, H., Li, L., Pezzella, F. R., Taylor Rowan, M., Tiu, C., & Webb, A. (2022). European Stroke Organisation (ESO) guideline on pharmacological interventions for long-term secondary prevention after ischaemic stroke or transient ischaemic attack. European Stroke Journal, 7(3). https://doi.org/10.1177/23969873221100032

Intercollegiate Stroke Working Party. (2023). National clinical guideline for stroke for the UK and Ireland. https://www.strokeguideline.org/

Liu, L., Li, Z., Zhou, H., Duan, W., Huo, X., Xu, W., Li, S., Nie, X., Liu, H., Liu, J., Sun, D.,
Wei, Y., Zhang, G., Yuan, W., Zheng, L., Liu, J., Wang, D., Miao, Z., & Wang, Y. (2023). Chinese Stroke Association guidelines for clinical management of ischaemic cerebrovascular diseases: Executive summary and 2023 update. Stroke and Vascular Neurology, 8(6), e3. https://doi.org/10.1136/svn-2023-002998

Prabhakaran, S., Gonzalez, N. R., Zachrison, K. S., et al. (2026). 2026 guideline for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000513

Wardlaw, J. M., Chabriat, H., de Leeuw, F.-E., Debette, S., Dichgans, M., Doubal, F., Jokinen, H., Katsanos, A. H., Ornello, R., Pantoni, L., Pasi, M., Pavlovic, A. M., Rudilosso, S., Schmidt, R., Staals, J., Taylor-Rowan, M., Hussain, S., & Lindgren, A. G. (2024). European stroke organisation (ESO) guideline on cerebral small vessel disease, part 2, lacunar ischaemic stroke. European Stroke Journal, 9(1), 5–68. https://doi.org/10.1177/23969873231219416