

 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi	STROKE NON HEMORAGIK		
	NO. DOKUMEN	No. TERBIT/ REVISI	HALAMAN 1/4
ANDUAN PRAKTEK KLINIK	TANGGAL TERBIT/ REVISI <i>445/100/Spb /Am</i> <i>2024</i>	DITETAPKAN DIREKTUR UTAMA  Drg. Busril, MPH NIP. 197402272002121004	
PENGERTIAN	Kumpulan gejala defisit neurologis akibat gangguan fungsi otak akut baik focal maupun global yang mendadak, disebabkan oleh berkurangnya atau hilangnya aliran darah pada parenkim otak, retina atau medula spinalis yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah arteri maupun vena.		
ANAMNESIS	Gejala awal berupa defisit neurologis focal ataupun global yang terjadi secara tiba-tiba, aktivitas penderita saat serangan, waktu awitan, serangan pertama/ulang, gejala lain seperti nyeri kepala, mual, muntah, rasa berputar, kejang, cegukan (hiccup), gangguan otonom dan gangguan neurobehaviour, Pemeriksaan skla stroke (NIHSS)		
PEMERIKSAAN FISIK	Meliputi penilaian airway, breathing, circulation (ABC), penurunan GCS, tanda peningkatan tekanan intracranial, tanda rangsang meningen, parese nervus kranialis, kelemahan motoric, desisit sensorik , gangguan otonom dan gangguan neurobehaviour. Pemeriksaan skala stroke (NIHSS)		
KRITERIA DIAGNOSIS	KRITERIA DIAGNOSIS Terdapat gejala defisit neurologis global atau salah satu/ beberapa defisit neurologis focal yang terjadi mendadak dengan bukti gambaran neuroimaging.		
DIAGNOSIS KERJA	STROKE NON HEMORAGIK		
DIAGNOSIS BANDING	1. Ensefalopati toksik atau metabolik 2. Kelainan non neurologist / fungsional (contoh : kelainan jiwa) 3. Bangkitan epilepsi yang disertai paresis Todd's 4. Migren hemiplegik. 5. Lesi struktural intrakranial (hematoma subdural, tumor otak, AVM). 6. Infeksi ensefalitis, abses otak. 7. Trauma kepala. 8. Ensefalopati hipertensif. 9. Sklerosis multiple		
PEMERIKSAAN PENUNJANG	Laboratorium Darah lengkap, kimia klinik (ureum/kreatinin, elektrolit, gula darah sewaktu, profil lipid , asam urat) faal koagulasi, D-dimer dan		

 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi	laboratorium lain yang diperlukan sesuai indikasi.		
	STROKE NON HEMORAGIK		
	NO. DOKUMEN	No. TERBIT/ REVISI	HALAMAN 2/4
	Radiologis - Pemeriksaan Rontgen thorax untuk melihat ada tidaknya gambaran pneumonia maupun kelainan jantung - EKG - Brain CT-Scan tanpa kontras (<i>Golden Standard</i>) - Brain CT angiografi dan CT venografi atas indikasi - Brain MRI dan MRA atas indikasi - Transcranial doppler atas indikasi - Carotid duplex ultrasound atas indikasi - CT/MR perfusion atas indikasi - DSA cerebral atas indikasi		
TERAPI	Reperfusi - rt-PA : Acteplase dosis 0.6- 0.9 mg/kgBB intravena atau tenecteplase dosis 0.25 mg/kgBB atas indikasi - Intra-arterial trombolisis: Acteplase dosis 0,3 mg/kgBB onset < 6-8 jam atas indikasi. - Mechanical thrombectomy: Stroke dengan oklusi pembuluh darah besar (large vessel occlusion) onset <24 jam atas indikasi - Rescue stenting/ balloon angioplasty atas indikasi Anti agregasi platelet atas indikasi, antara lain: - Eptifibatide, Dosis bolus 180 mcg/kgBB. Kemudian 0.5 - 1 mcg/kgBB continuous drip habis dalam 24 jam atas indikasi. - Aspirin dosis awal (loading) 160-325 mg dilanjutkan dengan 1x80 mg (PO) dan atau - Clopidogrel dosis awal (loading) 300 mg dilanjutkan 1 x 75 mg (PO) - Cilostazol 1-2 x 50 - 100 mg (PO) - Ticagrelor dosis awal (loading) 180 mg dilanjutkan 1 x 90 mg (PO) Anti agregasi platelet atas indikasi, antara lain: - Eptifibatide, Dosis bolus 180 mcg/kgBB. Kemudian 0.5 - 1 mcg/kgBB continuous drip habis dalam 24 jam atas indikasi. Antikoagulan, atas indikasi antara lain: Pilihan antikoagulan parenteral: - Heparin: unfractionated heparin (UFH) 5000 unit. 2x/hari. - Arixtra: 25 mg (SC) 1 x/ hari, 5-9 hari atau - Rivaroxaban : 1 x 10-20mg (PO) atau - Dabigatran : 1-2 x 75-150 mg (PO) - Citicoline 2 x 1000 mg iv selama 3 hari atau piracetam 4x3 gr/ 1 x 12 gr iv selama 5 hari atas indikasi - Antiedema : Manitol 20% dosis 0.5-2 gr/kgbb/4-6 jam, sesuai indikasi		

 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi	STROKE NON HEMORAGIK		
	NO. DOKUMEN	No. TERBIT/REVISI	HALAMAN 3/4
	• Anti hipertensi parenteral pada hipertensi emergensi: nicardipine 2.5-15 mg/jam atau diltiazem 5-40 mcg/kgbb • Pentoxifylin : 1200 mg/hari secara intravena selama 5-7 hari atas indikasi • Antidislipidemia : atorvastatin 1 x 20-40 mg atau rosuvastatin 20 mg atas indikasi		
LAMA PERAWATAN	5-7 hari		
KRITERIA PEMULANGAN PASIEN	Perbaikan klinis Lewat fase akut Faktor resiko diketahui dan di tatalaksana		
EDUKASI	• Menjelaskan tentang diagnosis dan terapi • Menjelaskan tentang resiko dan komplikasi serta prognosis penyakit		
PROGNOSIS	Ad vitam Tergantung berat stroke dan komplikasi penyerta Ad Functionam Penilaian dengan parameter : 1. Activity Daily Living (Barthel Index) 2. Modified Rankin Scale (MRS Score) Kriteria pulang Kondisi pasien Faktor Resiko dari penyakit terindikasi dan teratasi		
TINGKAT EVIDENCE	I		
TINGKAT REKOMENDASI	A		
PENELAAH KRITIS	KSM NEUROLOGI		
INDIKATOR MEDIS	1. Mampu menyimpulkan dan menangani faktor risiko stroke (mayor, minor, faktor risiko baru dan masih dipelajari) termasuk berkonsultasi kepada sejawat dari bagian terkait. 2. Mampu menafsirkan pemeriksaan penunjang dengan transcranial dopler (TCD)/Duplex Sonography, CT Scan, MRI, MRA, echocardiography 3. Mampu menangani penderita stroke akut pada keadaan emergensi. 4. Mampu menangani komplikasi yang timbul seperti kejang, tekanan intrakranial tinggi (TIK), infeksi paru 5. Mampu menyimpulkan derajat <i>impairment</i>, aktivitas harian, dan <i>handicap</i> pasien stroke termasuk menetapkan <i>Barthel Index</i> serta melakukan neurorestorasi dan merencanakan neurorehabilitasi		



RSUD Dr. Achmad
Mochtar Bukittinggi

STROKE NON HEMORAGIK

NO. DOKUMEN

No. TERBIT/REVISI

HALAMAN
4/4

6. Mampu melaksanakan tindakan pencegahan primer dan sekunder termasuk *community stroke care*

KEPUSTAKAAN

1. Guideline Stroke. PERDOSSI. Jakarta, 2011.
2. Pedornan Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Stroke. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2019
3. Stroke, J.P Mohr et al, Elsevier, 2011.
4. Principles of Cerebrovascular Disease, Harold. P. adams, Mc.Graw Hill medical, 2007.
5. Sherman DG, et al. for the PREVAIL Investigators The efficacy and safety of enoxaparin versus unfractionated heparin for the prevention of venous thromboembolism after acute ischaemic stroke (PREVAIL Study): an open-label randomised comparison. Lancet. April 21,2007;369:1347-55. 6.
6. Hackett. C. T., Rarnanathan, R. S., Malhotra. K., Quigley, M. R., Kelly, K. M., Tian, M., ... Tayal, A. H. (2015). Safety of venous thromboembolism prophylaxis with fondaparinux in ischemic stroke. Thrombosis Research, 135(2), 249-254.
7. Thomas O, et el. Monitoring Low Molecular Weight Heparins at Therapeutic Levels: Dose Responses of, and Correlations and Differences between aPTT, Anti-Factor Xa and Thrombin Generation Assays.2015. Plos One Journal, pl-16
8. Muller, C.. Cheung, N. W., Dewey, H., Churilov, L., Middleton, S.. Thiis. V.Bladin. C. (2018). Treatment with exenatide in acute ischemic stroke trial protocol, A prospective, randomized, open label, blinded end-point study of exenatide vs standard care in post stroke hyperglycemia. International Journal of Stroke p 1-6
9. Adeoye O, et al: Combined Approach to Lysis Utilizing Eptifibatide and Recombinant Tissue-Type Plasminogen Activator in Acute Ischemic Stroke-Full Dose Regimen Stroke Trial. American Heart Association. Volume 46, Issue 9, September 2015, Pages 2529-2533.
10. Harris S, et al. Selected benefits of Pentoxifyline in acute ischemic stroke management : Risk factors consideration
11. Departemen Neurologi FK UI. Code Stroke. Jakarta. 2016.