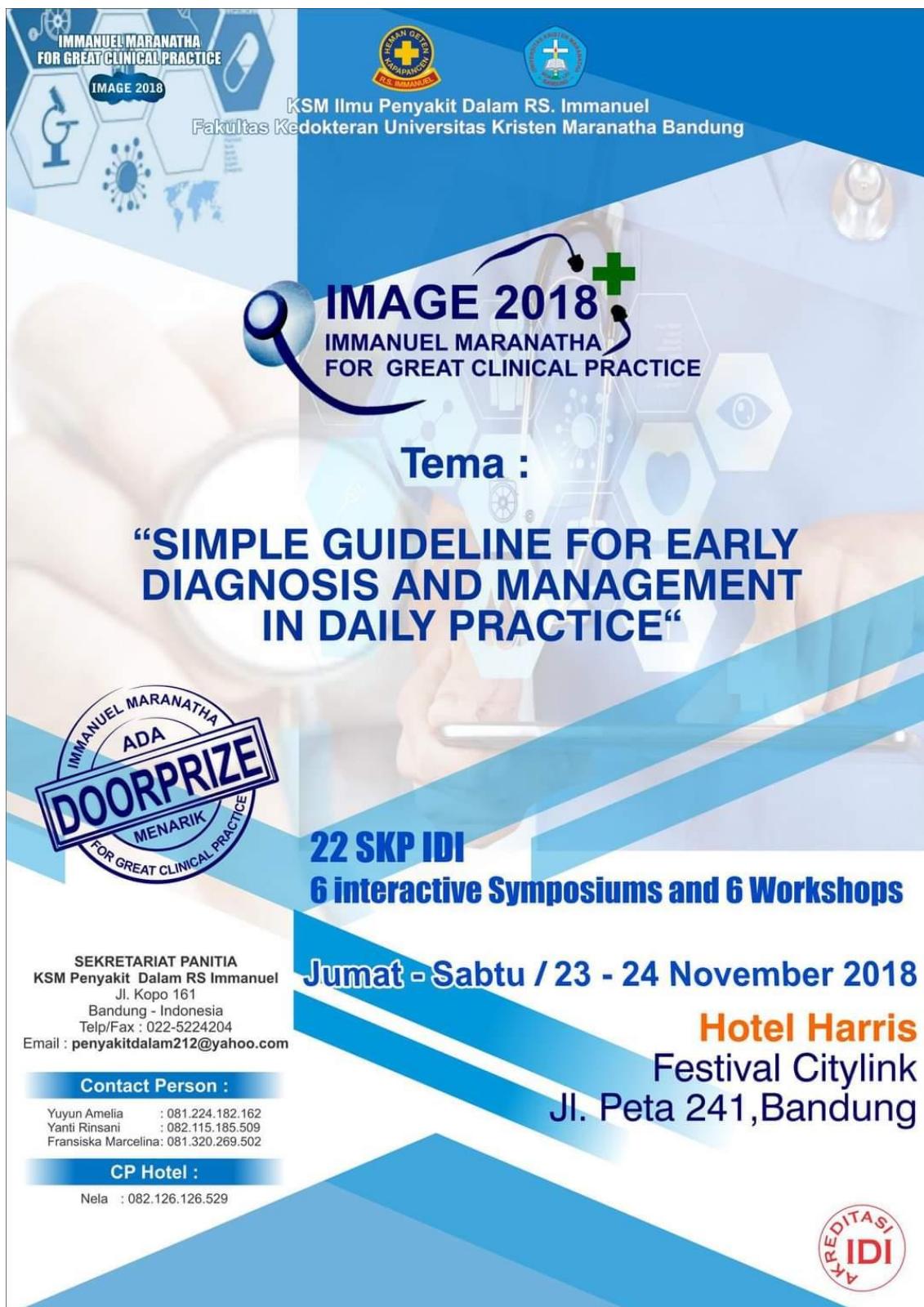


Dipublikasikan pada	: Simposium “Immanuel Maranatha for Great Clinical Practice” (IMAGE’18)
Penyelenggara	: RS Immanuel Bandung bekerjasama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Maranatha
Judul	: <i>Cardioembolic Stroke</i> <i>Penulis Tunggal</i>
Tanggal	: 24 November 2018
Tempat	: Bandung

Pengumuman acara



The poster features a blue and white design with medical icons like a stethoscope, heart, and brain. It includes the logos of RS. Immanuel and the Faculty of Medicine of Kristen Maranatha University. The main text reads "IMAGE 2018 IMMANUEL MARANATHA FOR GREAT CLINICAL PRACTICE". Below it, the theme is announced: "Tema : ‘SIMPLE GUIDELINE FOR EARLY DIAGNOSIS AND MANAGEMENT IN DAILY PRACTICE’". A large circular stamp on the left says "DOORPRIZE" across the center, with "IMMANUEL MARANATHA" at the top and "ADA MENARIK FOR GREAT CLINICAL PRACTICE" around the sides. To the right, it lists "22 SKP IDI" and "6 interactive Symposiums and 6 Workshops". The date "Jumat - Sabtu / 23 - 24 November 2018" is prominently displayed. The venue is "Hotel Harris Festival Citylink Jl. Peta 241, Bandung". A circular logo for "AKREDITASI IDI" is in the bottom right corner.

SEKRETARIAT PANITIA
KSM Penyakit Dalam RS Immanuel
Jl. Kopo 161
Bandung - Indonesia
Telp/Fax : 022-5224204
Email : penyakitdalam212@yahoo.com

Contact Person :

Yuyun Amelia : 081.224.182.162
Yanti Rinsani : 082.115.185.509
Fransiska Marcelina: 081.320.269.502

CP Hotel :

Nela : 082.126.126.529

Jumat - Sabtu / 23 - 24 November 2018

Hotel Harris
Festival Citylink
Jl. Peta 241, Bandung

AKREDITASI
IDI

IMMANUEL MARANATHA FOR GREAT CLINICAL PRACTICE 2018

Saturday, 24 November 2018

Day 2 Saturday 24 Nov	08.00 – 08.30	Plenary Lecture 2 : Diagnosis Approach and Management of Gout Speaker : dr. Budi Liem, M. Med
	08.30 – 10.00	WS 1 : Geriatric Home Care for SNARS Hospital Accreditation Speaker 1: dr.Vera, SpPD-KGer Speaker 2: dr. Yenni Limyati, Sp.KFR Discussion
	08.30 – 10.00	WS 2 : Atrial Fibrillation Speaker 1: Cardio-embolic stroke (dr.Dedeh Supantini, Sp.S.,MPdKed) Speaker 2: Atrial Fibrillation and Its Complications (dr. H. Edwin Setiabudi, SpPD-KKV) Discussion
	08.30 – 10.00	WS 3 : Anemia Speaker 1: Diagnosis Work-up for Anemia (dr.Rokihyati, SpPD) Speaker 2: Management of Anemia in CKD (dr. Agung Nugroho, SpPD-KGH) Discussion
	10.00 - 10.30	Coffe Break
	10.30 – 12.00	WS 4 : Introduction of Hemodialysis and Peritoneal Dialysis in Primary Care Setting Speaker 1: dr. Santoso Chandra, SpPD, K-GH Speaker 2: dr. Agung Nugroho, SpPD Discussion

Panitia Pelaksana

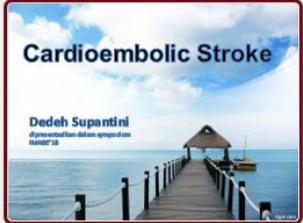
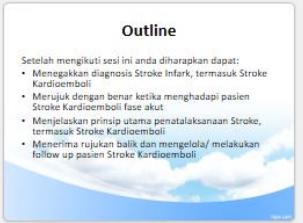
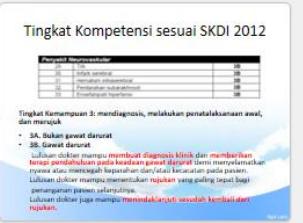
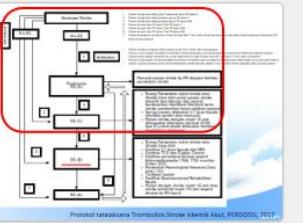
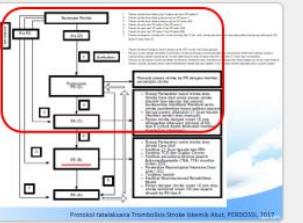
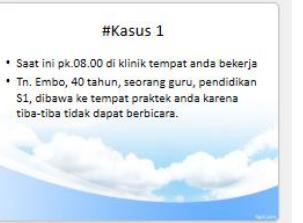
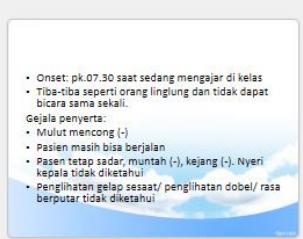
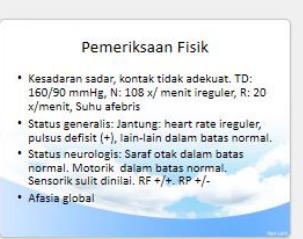
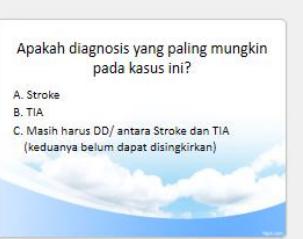
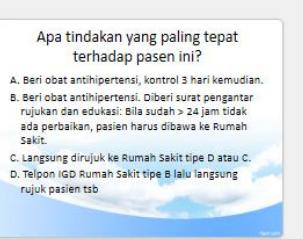
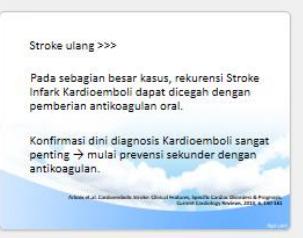
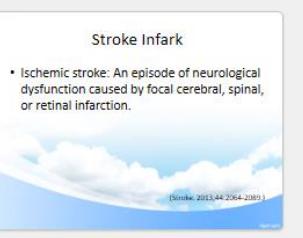
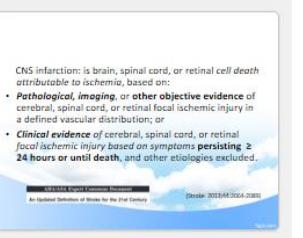
Ketua Panitia : dr. Lukas Mulyono S.SpPD-KGEH

Anggota Panitia : Bagian/ KSM Ilmu Penyakit Dalam RS Immanuel Bandung/
Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Maranatha

Sertifikat



Materi

 <p>Cardioembolic Stroke Dedeh Supantini di presentasi dalam smpuan HIMPHI 2018</p>	 <p>Outline Setelah mengikuti sesi ini anda diharapkan dapat:<ul style="list-style-type: none">Mengelakkan diagnosis Stroke Infark, termasuk Stroke KardioemboliMerujuk dengan benar ketika menghadapi pasien Stroke Kardioemboli fase akutMenjelaskan prinsip utama penatalaksanaan Stroke, termasuk Stroke KardioemboliMenerima rujukan balik dan mengelola/ melakukan follow up pasien Stroke Kardioemboli</p>	 <p>Tingkat Kompetensi sesuai SKDI 2012 <table border="1"><thead><tr><th>Kategori Kompetensi</th><th>Level Kompetensi</th></tr></thead><tbody><tr><td>Pengetahuan</td><td>1. Mampu mendeskripsikan</td></tr><tr><td>Keterampilan</td><td>2. Mampu menganalisis</td></tr><tr><td>Pemahaman</td><td>3. Mampu menyelesaikan</td></tr><tr><td>Penerapan</td><td>4. Mampu memecahkan masalah</td></tr></tbody></table><p>Tingkat Kompetensi 3: mendiagnosa, melakukan penatalaksanaan awal, dan merujuk<ul style="list-style-type: none">SA. Bahkan perawat dasarBB. Gawat daruratBB. Mampu membuat diagnosis bลck dan memberikan terapi penatalaksanaan pada keadaan pasien daripada temberangnya atau meninggalnya keparahan dari atau kaitan pasien pada pasien.BB. Mampu merujuk pasien ke ahli neurologi yang sedang siaga bagi perumpamaan pasien sebelumnyaLulusan dokter juga mampu memahami dan tahu sebab penyakitLulusan dokter juga mampu memahami dan tahu sebab penyakit</p></p>	Kategori Kompetensi	Level Kompetensi	Pengetahuan	1. Mampu mendeskripsikan	Keterampilan	2. Mampu menganalisis	Pemahaman	3. Mampu menyelesaikan	Penerapan	4. Mampu memecahkan masalah	 <p>Kewenangan berdasarkan Tingkat Pelajaran Kesehatan Facilities Pelajaran Kesehatan Prima Tah dan resiko akut: IDC → dirujuk ke facilities sekunder (Sp. O) <ul style="list-style-type: none">PPK 2 (Sp. O dan C)<ul style="list-style-type: none">Jah, ECG, Bi-Thorax, CT Scan, Doppler Centrifal dan TCD/TCCDTaksonoma emerjensi (stroke/ intravaskular) dan totalisasi media senusRujuk untuk tindakan neurointervensi/ bedah ke PPK 3PPK 3 (NS, lipu A)<ul style="list-style-type: none">→ PPK 2 + MRI, Angiografi (CTA/MRA/DSA)→ Taksonoma emerjensi (stroke/ intravaskular/ intravaskular) dan mediaTindakan neurointervensi dan tindakan neurointervensi/ bedah<p>Sumber : PNPN Satuksa 2012</p></p>	 <p> Process flowchart showing the progression of stroke treatment from primary care (Sp. O) through secondary care (Sp. C) to tertiary care (Sp. A). It highlights the transfer of patients between levels based on clinical presentation and specific tests like ECG, CT scan, and angiography.</p>	 <p>#Kasus 1 <ul style="list-style-type: none">Saat ini pk.08.00 di klinik tempat anda bekerjaTn. Embo, 40 tahun, seorang guru, pendidikan S1, dibawa ke tempat praktik anda karena tiba-tiba tidak dapat berbicara.</p>
Kategori Kompetensi	Level Kompetensi														
Pengetahuan	1. Mampu mendeskripsikan														
Keterampilan	2. Mampu menganalisis														
Pemahaman	3. Mampu menyelesaikan														
Penerapan	4. Mampu memecahkan masalah														
 <p>Onset: pk.07.30 saat sedang mengajar di kelas • Tiba-tiba seperti orang linglung dan tidak dapat bicara sama sekali. Gejala penyerta:<ul style="list-style-type: none">Mulut mengencang (-)Pasien masih bisa berjalanPasien tetap sadar, muntah (-), kejang (-). Nyeri kepala tidak diketahuiPengilinan gelap sesaat/ pengilinan dobel/rasa berputar tidak diketahui</p>	 <p>RPD: tidak diketahui. Ybs pernah mengatakan bahwa dadanya sering berdebar tanpa sebab. • Riwayat keluarga tidak diketahui</p>	 <p>Pemeriksaan Fisik <ul style="list-style-type: none">Kasadaran sadar, kontak tidak adekuat. TD: 160/90 mmHg, N: 108 x/ menit irregular, R: 20 x/menit, Suhu afibrilStatus generalis: Janutung: heart rate irregular, pulsus deficit (+), lain-lain dalam batas normal.Status neurologis: Saraf otak dalam batas normal. Motorik dalam batas normal. Sensornik sult dinilai. RF +/-, RP +/-.Afasia global</p>	 <p>Apakah diagnosis yang paling mungkin pada kasus ini? <ul style="list-style-type: none">A. StrokeB. TIAC. Masih harus DD/ antara Stroke dan TIA (keduanya belum dapat disingkirkan)D. Langsung dirujuk ke Rumah Sakit tipe D atau C.E. Telpon IGD Rumah Sakit tipe B lalu langsung rujuk pasien tsb</p>	 <p>Apa tindakan yang paling tepat terhadap pasien ini? <ul style="list-style-type: none">A. Beri obat antihipertensi, kontrol 3 hari kemudian.B. Beri obat antihipertensi. Diberi surat pengantar rujukan dan edukasi: Bila sudah > 24 jam tidak ada perbaikan, pasien harus dibawa ke Rumah Sakit.C. Langsung dirujuk ke Rumah Sakit tipe D atau C.D. Telpon IGD Rumah Sakit tipe B lalu langsung rujuk pasien tsb</p>	 <p>Besaran Masalah</p>										
 <p>Dunia: Prevalensi 200 per 100.000 penduduk dalam setahun (WHO 2010). Indonesia: Prevalensi 0,3 / 1000 (Riskesdas 2007) → 12,1/ 1.000 (Riskesdas 2013) Prakiraan jumlah kasus: 2.137.941 orang (Diagnosis naked + gejala) Jabar: 238.001. Bandung?</p>	 <p>Stroke ulang >>>  Pada sebagian besar kasus, rekurrensi Stroke Infark Kardioemboli dapat dicegah dengan pemberian antikoagulan oral.</p>	 <p>Konfirmasi dini diagnosis Kardioemboli sangat penting → mulai preventi sekunder dengan antikoagulan.</p>	 <p>Definisi Definisi secara akurat sangat dibutuhkan karena akan menjadi pedoman penatalaksanaan</p>	 <p>Stroke Infark <ul style="list-style-type: none">Ischemic stroke: An episode of neurological dysfunction caused by focal cerebral, spinal, or retinal infarction.CNS infarction: is brain, spinal cord, or retinal cell death attributable to ischemia, based on:<ul style="list-style-type: none">Pathological evidence of objective evidence of cerebral, spinal cord, or retinal focal ischemic injury in a defined vascular distribution; orClinical evidence of cerebral, spinal cord, or retinal focal ischemic injury based on symptoms persisting ≥ 24 hours or until death, and other etiologies excluded.</p>	 <p>CNS infarction: is brain, spinal cord, or retinal cell death attributable to ischemia, based on:<ul style="list-style-type: none">Pathological evidence of objective evidence of cerebral, spinal cord, or retinal focal ischemic injury in a defined vascular distribution; orClinical evidence of cerebral, spinal cord, or retinal focal ischemic injury based on symptoms persisting ≥ 24 hours or until death, and other etiologies excluded.</p>										

CardioEmbolic Stroke

Dedeh Supantini, 2018

19	20	21	22	23	24															
TIA <ul style="list-style-type: none">Focal arterial ischemia with transient symptoms (lasting <24 hours) and without evidence of infarction by pathology or imaging should be considered a TIA. (Stroke 2013;44:2054-2059)	Focal Arterial Ischemia <pre>graph TD; FAI[Focal Arterial Ischemia] --> Sym1[Symptoms]; FAI --> Patho[Pathological/Imaging Evidence of Infarction]; Sym1 -- Yes --> No24h[> 24 hrs]; Sym1 -- No --> No24h; No24h --> TIA[TIA]; No24h --> Patho; Patho -- Yes --> TIA; Patho -- No or not done --> No24h; No24h --> S24h[≤ 24 hrs]; S24h --> TIA; S24h --> Patho; Patho -- Yes --> TIA; Patho -- No or not done --> No24h; No24h --> NoMore[No more stroke risk]; NoMore --> TIA</pre>	Symptoms <ul style="list-style-type: none">Defisit neurologis fokal yang timbul mendadakNervi cranialesMotorikSensorikKoordinasiFungsi luhurTanda lesi UMN	<h2>Faktor Risiko</h2>	Faktor Risiko Stroke Kardioemboli <table border="1"><thead><tr><th>Kategori</th><th>Persentase</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nonvalvular Atrial fibrillation</td><td>5%</td></tr><tr><td>Acute MI</td><td>10%</td></tr><tr><td>Ventricular thrombus</td><td>10%</td></tr><tr><td>Rheumatic heart disease</td><td>10%</td></tr><tr><td>Prosthetic valves</td><td>10%</td></tr><tr><td>Other, less common sources</td><td>55%</td></tr></tbody></table>	Kategori	Persentase	Nonvalvular Atrial fibrillation	5%	Acute MI	10%	Ventricular thrombus	10%	Rheumatic heart disease	10%	Prosthetic valves	10%	Other, less common sources	55%	Patogenesis -Patofisiologi	
Kategori	Persentase																			
Nonvalvular Atrial fibrillation	5%																			
Acute MI	10%																			
Ventricular thrombus	10%																			
Rheumatic heart disease	10%																			
Prosthetic valves	10%																			
Other, less common sources	55%																			
25	26	27	28	29	30															
Ischemic Stroke <p>Blood clot stops the flow of blood to an area of the brain</p> Heart and Stroke Foundation of Canada	Stroke? <ul style="list-style-type: none">Infark Serebri?Perdarahan? <ul style="list-style-type: none">Trombotik?EMBOLIK?	Daerah Iskemik Penumbra <ul style="list-style-type: none">Ischemic core (Brain tissue beyond the point of no return)Penumbra (surrounding tissue at risk)	Management stroke based on time of onset <pre>graph TD; Onset[Onset] --> T1[$t_1 < 30 \text{ min}$]; T1 --> CT[CT Scan]; CT --> TPA[TPA]; TPA --> T2[$t_2 < 4.5 \text{ hours}$]; T2 --> rtPA[rtPA]; rtPA --> T3[$t_3 < 24 \text{ hours}$]; T3 --> Dose[Dose]; Dose --> T4[$t_4 < 48 \text{ hours}$]; T4 --> MRI[MRI]</pre>	<h2>Gambaran Klinik</h2>	47-74% onset sangat cepat sampai mencapai defisit maksimal (< 5 menit) <ul style="list-style-type: none">19-31% penurunan kesadaran saat onset4,7-12% regresi gejala dengan cepat (perbaikan dramatis)Sering terdapat afasia, gangguan lapang pandang, dan tanda lesi jabor lainnyaTerdapat faktor risiko kardigenik, 20-40% tidak ditemukan kelainan jantung --- Stroke Kriptogenik															
31	32	33	34	35	36															
Neuroimaging <ul style="list-style-type: none">infark serebri simultan/ sekuensial di area territorial arteri yang berbedainfark luas, superfisial, kadang multilevelinfark berdarah (71%)	Diagnosis <ul style="list-style-type: none">Stroke?Infark Serebri? Perdarahan?Trombotik? EMBOLIK?	Klinis <ul style="list-style-type: none">Siriraj Stroke ScoreNeuroimaging	Siriraj Stroke Score $(2,5 \times \text{kesadaran}) + (2 \times \text{nyeri kepala}) + (2 \times \text{muntah}) + (0,1 \times \text{Diastolik}) - (3 \times \text{atheroma}) - 12$ <ul style="list-style-type: none">Skor < -1 → InfarkSkor > 1 → PerdarahanSkor antara -1 dan 1 → CT Scan kepala	Time is Brain <ul style="list-style-type: none">Okiusi satu pembuluh darah akan menyebabkan iskemia dan neuronal loss <table border="1"><thead><tr><th>Waktu</th><th>Kehilangan sel saraf</th><th>Kehilangan Simpas</th></tr></thead><tbody><tr><td>• 1 detik</td><td>• 32.000</td><td>• 230 juta</td></tr><tr><td>• 1 menit</td><td>• 1,9 juta</td><td>• 14 miliar</td></tr><tr><td>• 1 jam</td><td>• 120 juta</td><td>• 830 miliar</td></tr><tr><td>• komplet</td><td>• 1,2 miliar</td><td>• 8,3 triliun</td></tr></tbody></table>	Waktu	Kehilangan sel saraf	Kehilangan Simpas	• 1 detik	• 32.000	• 230 juta	• 1 menit	• 1,9 juta	• 14 miliar	• 1 jam	• 120 juta	• 830 miliar	• komplet	• 1,2 miliar	• 8,3 triliun	Penatalaksanaan Segera <ul style="list-style-type: none">Jendela terapi sangat pendekMengaktifkan sistem kewaspadaan di masyarakat agar dapat melakukan deteksi dini stroke dan segera mengirim penderitanya ke RSMerujuk dengan cepat dan benarTim Stroke di RS
Waktu	Kehilangan sel saraf	Kehilangan Simpas																		
• 1 detik	• 32.000	• 230 juta																		
• 1 menit	• 1,9 juta	• 14 miliar																		
• 1 jam	• 120 juta	• 830 miliar																		
• komplet	• 1,2 miliar	• 8,3 triliun																		

