

Melayani dengan Mulia



buletin RSPON

Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta

ISSN : 2579 3705

EDISI KHUSUS XX/MARET/2022

MEMPERINGATI 2 TAHUN POLI Pituitari

MENGENAL KLINIK PITUITARI BERSAMA dr. Diorita Dyah Prayanti Sp.

ANEURISMA OTAK

Peranan THPTL Dalam Operasi Endonasal Endoskopi pada Poli Pituitari

Amankah Penderita Epilepsi Mengemudi Kendaraan Pribadi?

Nyeri Kepala Servikogenik

Kedaruratan Pasien Stroke PreHospital

Optimalisasi Klinik Pegawai

Pentingnya mengetahui tanda dan gejala stroke sejak dini dan Peranan Okupasi Terapi pada pasien stroke

Operasi Bedah Mikro dan Rizolisis Radiofrekuensi pada Neuralgia Trigeminal

Edukasi Keperawatan



Salam sehat selalu....

Pada awal tahun 2022, pandemi COVID-19 masih harus kita jalani dalam kegiatan keseharian kita. Namun demikian, adaptasi kebiasaan baru harus tetap kita lakukan sesuai protokol COVID-19 secara benar dan terus menerus demi menjaga diri serta orang-orang yang kita cintai. Pada penujung 2021 program vaksinasi di Indonesia sudah mencakup 70% dari masyarakat Indonesia yang mendapatkan vaksin pertama dan kedua dan diharapkan pada pertengahan tahun ini penyerapan vaksin booster makin tinggi, semakin baiknya head imunity di Indonesia dapat menuju sehat negeriku, tumbuh Indonesiaku.

Pembaca Buletin RSPON bisa menyimak uraian mengenai bagaimana kegiatan-kegiatan dalam peringatan hari-hari kesehatan di dunia serta rubrik bermanfaat dan menarik lainnya dalam edisi 19 ini. Selamat membaca, lakukan terus 5 M (Mencuci tangan, Menggunakan masker dengan benar, Menjaga jarak, Menjauhi Kerumunan dan Mengurangi Mobilitas) di manapun kita berada dan selalu taat pada protokol COVID-19.

Selamat beraktivitas

Susunan Redaksi
Pelindung dan Pengarah
Direktur Utama

Penanggungjawab
Direktur Pelayanan
Direktur SDM, Pendidikan dan Umum
Direktur Perencanaan, Keuangan, dan BMN

Pimpinan Redaksi
Koordinator Organisasi dan Umum

Wakil Pemimpin Redaksi
Prapti Widyaningsih, SH

Redaktur Pelaksana
Teguh Andenoworeh
Ruly Irawan S.Sos

Dewan Redaktur
Ruly Irawan S.Sos
Ratna Fitriasih S.Sos
Lucky E.P, S.Kep, Ners
Dewi Gemilang Sari, S.Kep, Ners

Editor Kreatif
Ahmad Widad Rifai'iA.Md

Sekretariat
Ayu Nadifah A.Md

Alamat Redaksi :
Jl. MT Haryono Cawang Kav 11 Jakarta Timur
Telp 2937 3377

klik!!!!

www.rspn.co.id



Daftar Isi

<i>Tutur Redaksi</i>	2
<i>Susunan Redaksi</i>	3
<i>Daftar Isi</i>	4
Mengenal Klinik Pituitari bersama dr Diorita Dyah Prayanti Sp.S	5
ANEURISMA OTAK	7
Peranan THTKL Dalam Operasi Endonasal Endoskopi pada Poli Pituitari	12
Amankah Penderita Epilepsi Mengemudi Kendaraan Pribadi?	15
Nyeri Kepala Servikogenik	17
Kedaruratan Pasien Stroke PreHospital	22
Optimalisasi Klinik Pegawai di RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	26
Pentingnya mengetahui tanda dan gejala stroke sejak dini dan Peranan Okupasi Terapi pada pasien stroke	28
Operasi Bedah Mikro dan Rizolisis Radiofrekuensi pada Neuralgia Trigeminal di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono	29
Edukasi Keperawatan Di Lingkungan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	34
Galeri Foto	35
Sampul belakang	39

Mengenal Klinik Pituitari

bersama dr Diorita Dyah Prayanti Sp.S

Oleh : Teguh Andenoworeh

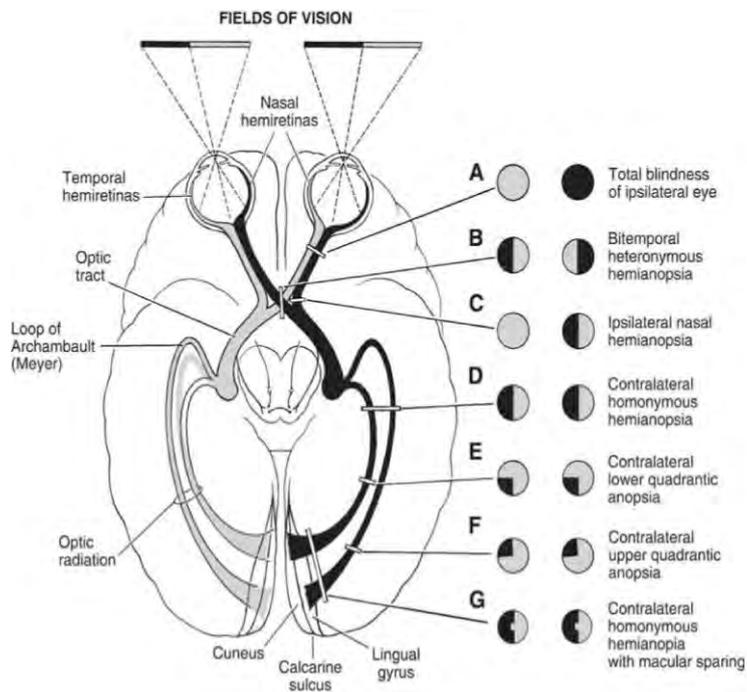
RSPON sebagai Rumah Sakit Rujukan bidang otak dan persarafan, sering menemui pasien dengan gangguan pada pituitary ini. RSPON sudah memiliki Poli Pituitary, poli yang dikhususkan untuk pasien dengan gangguan pituitary yang merupakan pelayanan terpadu dari multidisiplin, mulai dari spesialis bedah saraf, spesialis saraf, spesialis penyakit dalam, dan spesialis THT-KL.

Mungkin banyak masyarakat awam yang mengetahui apa itu pituitary ?

Pituitary merupakan salah satu kelenjar yang berada dalam otak yang berfungsi sebagai master gland, yang mengendalikan banyak proses dan fungsi organ pada tubuh. Pituitary menghasilkan hormon yang mengatur fungsi kelenjar hormon lain.

Hormon Pituitary Memberi sinyal ke kelenjar tiroid, kelenjar adrenal, ovarium, testis, untuk memproduksi hormon tiroid, kortisol, estrogen, testosteron, growth hormone (GH). Fungsi Hormon Pituitary berpengaruh terhadap metabolisme, tekanan darah, seksualitas, reproduksi, pertumbuhan, prolactin

Adenoma pituitary adalah salah satu tumor jinak yang berada dikelenjar pituitary. Adapun ciri-ciri adenoma pituitary yaitu tumor jinak, tumbuh lambat, 20-25% populasi (kecil, tak bergejala), 10% populasi (abnormalitas di MRI), Insidens meningkat seiring bertambah usia yang disebabkan oleh Perubahan DNA sel.



Manifestasi (gejala) klinis adenoma Non- fungsional adanya gangguan penglihatan seperti lapang pandang dan tajam penglihatan, Nyeri kepala, Sindroma sinus kavernosus seperti ptosis, diploia dan gangguan sensorik wajah, serta gangguan hormon seperti Gangguan haid, galaktore, Gangguan pertumbuhan, Disfungsi seksual, infertilitas, Depresi, mudah Lelah dan Obesitas, diabetes insipidus

Latar belakang dari dibentuknya Poli Pituitary karena Tatalaksana adenoma pituitary memerlukan koordinasi yang komprehensif multidisiplin. Diharapkan dari dibentuknya Poli Pituitary dapat memberikan pelayanan yang lebih maksimal kepada pasien.

Poli Pituitary sendiri pertama kali dibuka pada tanggal 3 Februari 2020, karena poli ini memerlukan kordinasi yang komprehensif multidisiplin maka Poli Pituitary berbeda dengan poli-poli yang lain karena terdiri dari 3 tiga dokter langsung yang menangani yaitu spesialis bedah saraf, spesialis saraf, spesialis penyakit dalam, dan spesialis THT-KL.

Menurut penjelasan dr Diorita Dyah Prayanti Sp.S tidak semua pasien yang berobat ke Poli Pituitary harus melalui tindakan operasi. Ada Sebagian pasien yang melalui terapi dengan menggunakan obat

Poli pituitary ini sangat diperlukan, karena banyaknya masyarakat yang belum mengetahui mengenai apa itu gangguan pituitary, dan ternyata banyak yang terjadi *underdiagnosed*, karena keluhan-keluhan yang dirasakan pasien seperti keluhan gangguan hormonal biasa, seperti perubahan *mood*, haidh tidak lancar pada wanita, kelelahan, dan karena underdiagnosed ini, akhirnya pasien datang ke RS PON sudah dengan keluhan berat seperti gangguan penglihatan karena sudah menekan saraf *optic*.

ANEURISMA OTAK

Penulis: dr. Fachriy Balafif / Departemen Ilmu Bedah Saraf

Editor : Ruly Irawan

Apa itu aneurisma otak?

Aneurisma otak adalah penonjolan pembuluh darah arteri yang disebabkan oleh struktur pembuluh darah yang rusak atau karena kelemahan pada dinding pembuluh darah. Membengkaknya bagian pembuluh darah dapat mengakibatkan risiko pecahnya pembuluh darah. Jika aneurisma pada otak pecah, hal fatal seperti kerusakan otak, stroke perdarahan, koma, dan kematian dapat terjadi.

Apa penyebab aneurisma otak?

Penyebab pasti dari aneurisma otak masih belum diketahui, namun terdapat sejumlah faktor yang dapat mencetuskan terjadinya aneurisma salah satunya adalah gaya hidup. Berikut selengkapnya faktor-faktor yang dapat meningkatkan resiko aneurisma:

- Lemahnya dinding pembuluh darah otak
- Penyakit ginjal polikistik
- Riwayat cedera kepala
- Tekanan darah tinggi
- Mengidap kanker atau tumor
- Aterosklerosis
- Pengaruh genetik
- Kebiasaan Merokok
- Penyalahgunaan obat-obatan terlarang

Bagaimana klasifikasi aneurisma otak?

Terdapat tiga jenis aneurisma serebral:

- **Aneurisma sakular.** Aneurisma sakular adalah kantung bundar berisi darah, yang melekat pada arteri utama atau salah satu cabangnya. Juga dikenal sebagai aneurisma beri (karena menyerupai buah beri yang tergantung), ini adalah bentuk aneurisma serebral yang paling umum.

Hal ini biasanya ditemukan pada arteri di dasar otak. Aneurisma sakular paling sering terjadi pada orang dewasa

- **Aneurisma fusiform.** Aneurisma fusiform menggelembung atau menonjol di semua sisi arteri
- **Aneurisma mikotik.** Aneurisma mikotik terjadi sebagai akibat dari infeksi yang terkadang dapat mempengaruhi arteri di otak. Infeksi tersebut melemahkan dinding arteri dan menyebabkan aneurisma menonjol



Apa gejala aneurisma otak?

Sebagian besar aneurisma otak tidak menunjukkan gejala sampai menjadi sangat besar atau pecah. Hal tersebut yang menyebabkan banyak penderita aneurisma otak tidak menyadari bahwa dirinya memiliki kelainan ini. Aneurisma otak umumnya diketahui dari pemeriksaan medis rutin. Namun pada kasus aneurisma otak yang besar, penekanan saraf dan struktur sekitar dapat terjadi sehingga menimbulkan berbagai keluhan, seperti:

- Pandangan buram atau ganda
- Nyeri kepala
- Nyeri diatas dan di belakang mata
- Kelemahan dan baal pada sebagian wajah

Namun jika aneurisma tersebut pecah, maka dapat menimbulkan gejala yang serius dan menjadi kondisi yang fatal, seperti:

- Kehilangan kesadaran
- Nyeri kepala hebat secara tiba-tiba.
- Mual dan muntah
- Rasa kaku di leher
- Gangguan keseimbangan, sehingga sulit berjalan
- Sensitif terhadap cahaya
- Kejang

Bagaimana mendeteksi aneurisma otak?

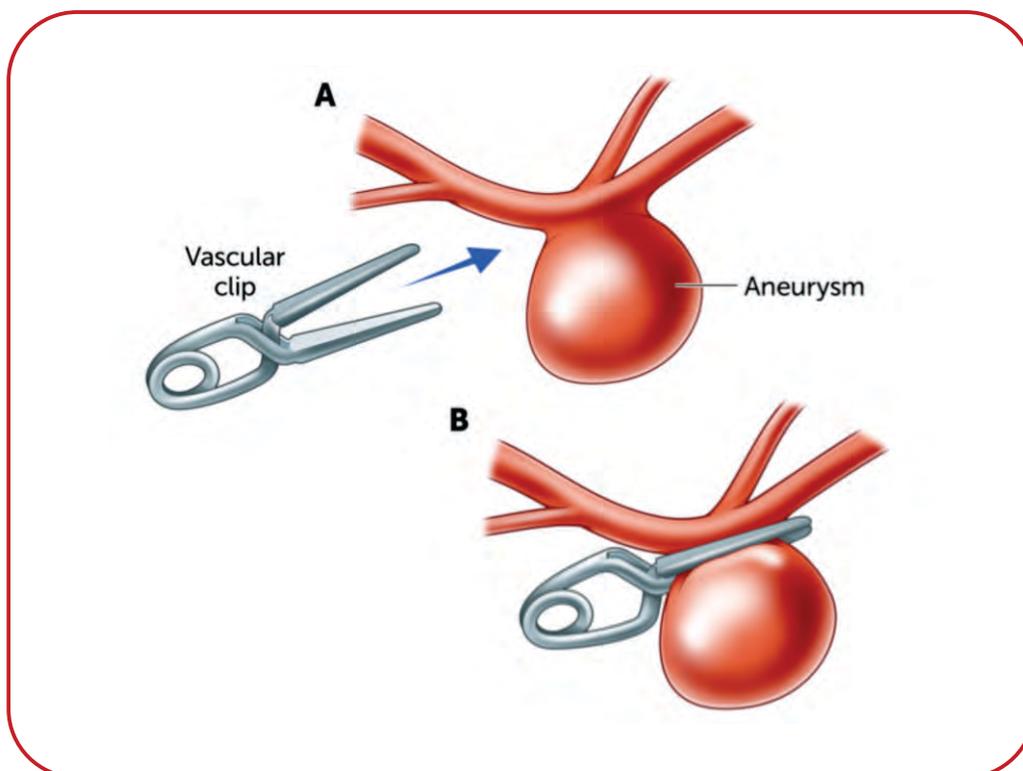
Sebagian besar aneurisma otak tidak terdeteksi sampai pecah atau terdeteksi oleh pencitraan otak yang diperoleh untuk kondisi lainnya. Pemeriksaan penunjang digunakan untuk menentukan lokasi, ukuran, jenis, dan karakteristik lain dari aneurisma. Metode diagnostik yang tersedia adalah sebagai berikut:

- **Computed Tomography (CT)** : merupakan pemindaian yang cepat dan tanpa rasa sakit ini sering kali merupakan tes pertama yang diperintahkan dokter untuk mengevaluasi apakah terdapat darah yang bocor ke otak. CT scan menggunakan sinar-x untuk membuat gambar dua dimensi. Terkadang pewarna kontras disuntikkan ke dalam aliran darah sebelum pemindaian untuk menilai pembuluh darah arteri, dan mencari kemungkinan aneurisma. Proses ini disebut CT angiography (CTA), yang dapat menghasilkan pencitraan aliran darah di arteri otak yang lebih tajam dan detail. CTA dapat menunjukkan ukuran, lokasi, dan bentuk aneurisma
- **Magnetic Resonance Imaging (MRI)** : MRI menggunakan medan magnet untuk membuat gambar detail dua dan tiga dimensi dari otak dan dapat menentukan apakah terjadi pendarahan ke dalam otak. Magnetic resonance angiography (MRA) menghasilkan gambar rinci dari arteri otak dan dapat menunjukkan ukuran, lokasi, dan bentuk aneurisma.
- **Angiogram** : dapat menunjukkan penonjolan pembuluh darah yang disebabkan oleh kelemahan dinding pembuluh darah. Angiogram merupakan pemeriksaan yang terbaik untuk mendeteksi aneurisma. Pada pemeriksaan ini, pasien akan dimasukkan alat sejenis selang melalui pembuluh darah di pangkal paha hingga ke pembuluh darah kepala. Lalu, zat pewarna kontras dimasukkan dan kondisi pembuluh darah akan dilihat di monitor. Pemeriksaan ini dapat memberikan gambaran ukuran, lokasi, dan bentuk aneurisma yang lebih baik dibandingkan CTA maupun MRA

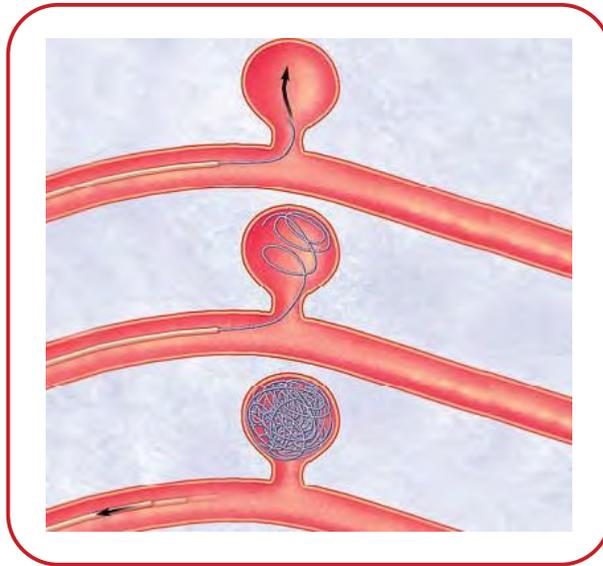
Bagaimana cara mengobati aneurisma otak?

Pengobatan aneurisma biasanya dilakukan dengan melihat ukurannya. Apabila aneurisma yang muncul cenderung kecil, maka yang dilakukan adalah observasi, kemudian dokter akan merekomendasikan pemeriksaan rutin untuk memastikan bahwa ukurannya tidak semakin besar. Jika aneurisma berukuran cukup besar atau pecah maka akan dilakukan tindakan pembedahan.

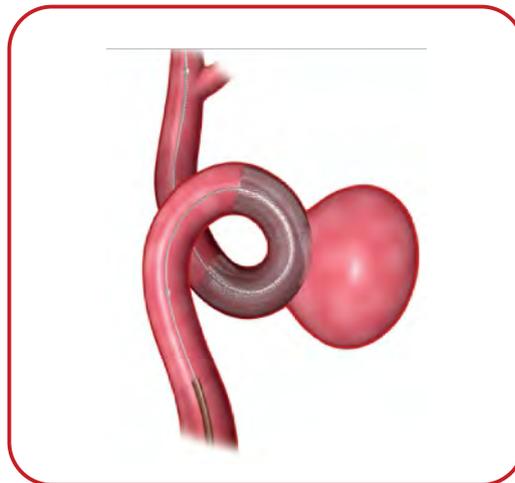
- **Metode clipping** : Pembedahan ini dilakukan dengan membuka tulang kepala lalu menjepit percabangan tempat terjadinya gelembung sehingga tidak ada darah yang akan memenuhi kantung/gelembung tersebut



- **Metode coiling** : Coiling adalah metode kateterisasi melalui pembuluh darah pangkal paha untuk memasukkan kumparan serat logam yang halus pada gelembung aneurisma di otak. Kumparan tersebut akan menyumbat aliran darah kedalam aneurisma, sehingga aliran darah tidak lagi mengalir di dalam gelembung



- **Flow diverter** : Seiring dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi penanganan aneurisma otak, penderita aneurisma tidak perlu risau lagi. Penanganan aneurisma sudah berkembang ke arah yang lebih baik dan canggih. Flow diverter adalah salah satu metode penanganan aneurisma yang dilakukan melalui metode kateterisasi melalui pembuluh darah pangkal paha untuk memasang stent di daerah aneurisma. Sayatan hanya dilakukan pada pangkal paha



Daftar Pustaka

1. Novitzke, J. (2008). The basics of brain aneurysms: a guide for patients. *Journal of Vascular and Interventional Neurology*, 1(3), 89–90.
2. Toth, G., & Cerejo, R. (2018). Intracranial aneurysms: Review of current science and management. *Vascular Medicine (London, England)*, 23(3), 276–288.



Peranan THTKL Dalam Operasi Endonasal Endoskopi

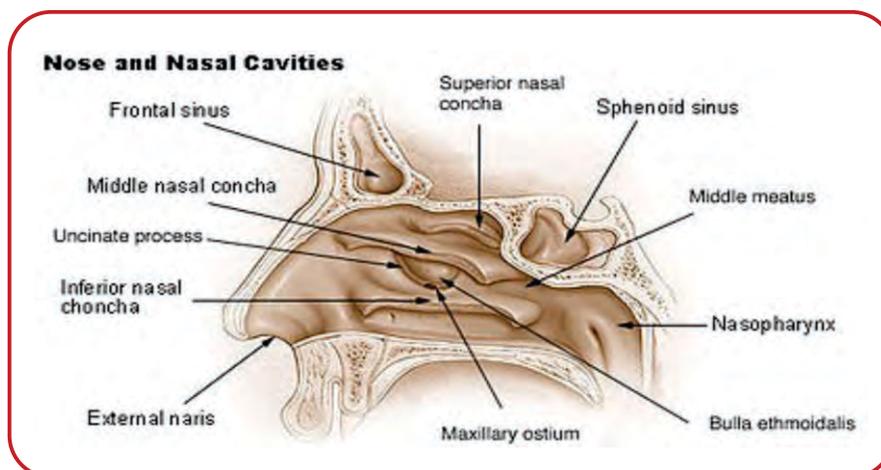
Oleh : dr R Mohamad Krisna W Barata SpTHTKL MKes

Editor : Teguh Andenoworeh

Operasi endonasal endoskopi adalah teknik invasif minimal yang digunakan terutama dalam bedah saraf dan otolaringologi. Seorang ahli bedah saraf atau ahli THT, menggunakan endoskopi yang dimasukkan melalui hidung, memperbaiki atau menghilangkan cacat otak atau tumor di dasar tengkorak anterior. Biasanya ahli THT melakukan tahap awal operasi melalui rongga hidung dan tulang sphenoid dan dilanjutkan seorang ahli bedah saraf melakukan sisa operasi yang melibatkan pengeboran ke dalam rongga yang berisi organ saraf seperti kelenjar pituitari.

FESS paling sering dilakukan untuk pengobatan secara medis rinosinusitis kronis refrakter (CRS dengan dan tanpa poliposis) dan gigi sinusitis (seringkali tidak dikenali dan diberi label sebagai CRS). Ini juga merupakan pembedahan penting pendekatan polip antrokoanal, epistaksis manajemen, tumor sinonasal dan operasi tengkorak.

Functional endoscopic sinus surgery (FESS) adalah prosedur invasif minimal yang digunakan untuk memvisualisasikan, mendiagnosis dan terapi masalah sinus. Spesialis THT akan secara hati-hati memasukkan alat kecil yang disebut "teleskop" ke dalam saluran hidung untuk memeriksa bagian yang akan dioperasi, kemudian menggunakan alat khusus untuk secara efektif memulihkan saluran pembuangan dan ventilasi antara hidung dan sinus.



Gambar ini menunjukkan anatomi penting yang terlibat dalam operasi endoskopi endonasal. Kelenjar pituitari berada di bagian atas gambar di belakang sinus sphenoid.

Pendekatan ini adalah teknik yang paling umum dan berguna dari operasi endoskopi endonasal dan pertama kali dijelaskan pada tahun 1910 secara bersamaan oleh Harvey Cushing dan Oskar Hirsch. Prosedur ini memungkinkan ahli bedah untuk mengakses ruang sellar, atau sella turcica . Sella adalah tempat lahir kelenjar pituitari. Dalam keadaan normal, ahli bedah akan menggunakan pendekatan ini pada pasien dengan adenoma hipofisis

Ahli bedah memulai dengan pendekatan transnasal sebelum menggunakan pendekatan transsphenoidal. Ini memungkinkan akses ke ostium sphenoid dan sinus sphenoid. Ostium sphenoid terletak di permukaan anterosuperior sinus sphenoid. Dinding anterior sinus sphenoid dan mimbar sphenoid kemudian diangkat untuk memungkinkan ahli bedah melihat panorama area operasi. Prosedur ini juga membutuhkan pengangkatan septum posterior untuk memungkinkan penggunaan kedua lubang hidung sebagai alat selama operasi. Ada beberapa segitiga pembuluh darah yang melintasi wilayah ini, yang merupakan area pembuluh darah yang sangat halus yang bisa mematikan jika terluka. Dan seorang ahli bedah menggunakan pencitraan stereotaktik dan Doppler mikro untuk memvisualisasikan bidang bedah.



Ketika ada tumor, cedera, atau beberapa jenis cacat di dasar tengkorak baik ahli bedah menggunakan metode bedah endoskopi atau terbuka, masalah tetap muncul untuk menyediakan pemisahan rongga tengkorak dan rongga antara sinus dan hidung untuk mencegah cairan serebrospinal kebocoran melalui lubang yang disebut cacat. Untuk prosedur

ini, ada dua cara untuk memulai: dengan perbaikan free-graft atau dengan perbaikan flap vaskularisasi. Cangkok bebas menggunakan bahan sekunder seperti jaring titanium untuk memperbaiki cacat dasar tengkorak, yang sangat berhasil (95% tanpa kebocoran cairan serebrospinal) dengan fistula CSF kecil atau cacat kecil. Flap vaskularisasi lokal atau regional adalah potongan jaringan yang relatif dekat dengan lokasi operasi yang sebagian besar telah dibebaskan tetapi masih melekat pada jaringan aslinya. Flap ini kemudian diregangkan atau digerakkan ke lokasi yang diinginkan.

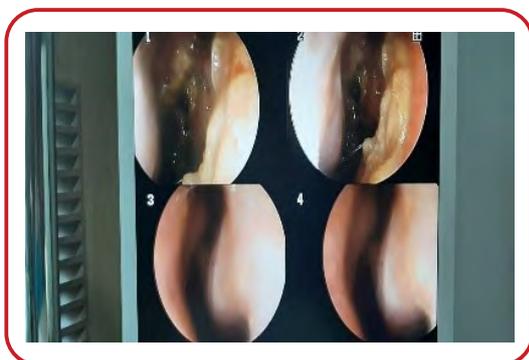
Ketika teknologi maju dan cacat yang lebih besar dapat diperbaiki secara endoskopi, semakin banyak kegagalan dan kebocoran mulai terjadi dengan teknik cangkok bebas. Cacat yang lebih besar dikaitkan dengan pengangkatan dural yang lebih luas dan paparan aliran darah yang tinggi, yang bisa menjadi alasan kegagalan di antara cangkok bebas.

Keuntungan Operasi Endonasal Endoskopi

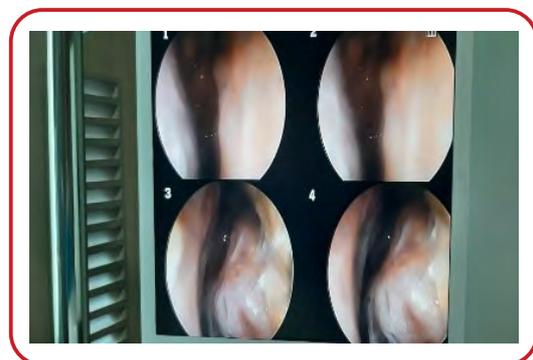
Prosedur sinus terbuka sering kali harus melakukan penyayatan pada wajah sehingga menyebabkan bekas luka yang dapat terlihat dan membutuhkan pembalutan hidung. Dengan FESS, dokter bedah dapat melihat bagian dalam hidung dan sinus Anda dengan lebih baik sehingga pembedahan biasanya hampir selalu dilakukan seluruhnya melalui saluran hidung, dan tidak meninggalkan bekas yang terlihat serta bekas luka yang minimal. Ini artinya bahwa setelah operasi, Anda tidak akan merasa terlalu sakit dan pendarahan berkurang sehingga lebih cepat pulih.

Komplikasi tindakan endoskopi endonasal trans-sfenoid meliputi :

- komplikasi rinologik (epistaksis atau gangguan pembauan),
- kebocoran cairan serebrospinal postoperatif, infeksi (sinusitis sphenoid atau meningitis), jadi seorang dokter spesialis THTKL tetap melakukan observasi dan evaluasi di rongga hidung post operasi.



Keadaan rongga hidung post operasi 1 bulan



Keadaan rongga hidung post operasi 3 bulan

Amankah Penderita Epilepsi Mengemudi Kendaraan Pribadi ?

**Jangan mengemudikan kendaraan pribadi bila epilepsi anda belum terkontrol dengan baik.
Kenali dengan baik faktor risiko sebelum memutuskan mengemudi.**

Penulis : dr. Arie Khairani Sp.S

Oleh : Ratna Fitriasih, S.Sos

Kemampuan mengemudi baik mobil maupun motor sangat penting dalam kehidupan sehari-hari terutama di kota besar. Walaupun hak untuk mengemudi bukanlah masalah berarti bagi kebanyakan orang, di banyak negara, regulasi setempat melarang orang dengan epilepsi (ODE) untuk mengemudi. Kebanyakan negara bagian di Amerika Serikat menetapkan prasyarat bebas kejang selama periode tertentu, berkisar antara 3-12 bulan, dan ada pula yang menetapkan prasyaratnya dengan pertimbangan berbagai faktor lain yang mempengaruhi risiko terjadinya kejang saat mengemudi. Sedangkan di Indonesia belum ada peraturan maupun undang-undang yang mengatur tentang hal ini.

Masalah Etik Larangan Mengemudi

“Adalah tanggung jawab negara, dan bukan dokter, untuk menentukan apakah seseorang layak mengemudikan kendaraan atau tidak.” Namun, tidak dapat dinafikan bahwa negara membutuhkan hasil pemeriksaan dokter dalam mengeluarkan keputusan tersebut, dimana dokter memiliki kewajiban etik dan legal untuk menaati hukum negara. Di beberapa negara yang liberal, otonomi pasien dikedepankan melalui mekanisme informed consent. Dengan begitu, seorang ODE dengan kejang yang belum terkontrol, walaupun telah dihimbau oleh dokter untuk tidak mengendarai kendaraan bermotor, tidak boleh dilarang untuk berkendara sepanjang ia secara sadar menandatangani informed consent yang menyatakan bahwa yang bersangkutan memahami sepenuhnya risiko yang ditanggungnya apabila berkendara.

Kebanyakan dokter masih mengedepankan kepentingan klinis, dengan pemahaman bahwa kejang yang belum terkontrol membawa risiko atau bahaya yang besar tidak hanya terhadap ODE yang bersangkutan, namun juga kepada penumpang yang dibawanya dan sesama pengguna jalan yang lain. Pemikiran seperti ini mengutamakan keselamatan sekaligus meminimalisasi risiko yang ditanggung oleh ODE, walaupun dari segi lain, termasuk dari segi

ekonomi, banyak kerugian yang ditanggung oleh ODE dengan larangan mengemudi ini. Dengan demikian, seorang dokter harus dapat mendiskusikan tentang larangan mengemudi ini dengan pasiennya, dengan mengedepankan nilai-nilai keilmuannya, kejujuran dan objektivitas, dengan berbagai pertimbangan yang mungkin berbeda untuk setiap pasien dan bersifat individual. Hal ini khususnya berlaku di Indonesia, di mana belum dikeluarkan satu peraturan khusus sehingga larangan mengemudi hampir sepenuhnya bergantung kepada penilaian klinis dokter.

Konsultasi dan Edukasi ODE Larangan Mengemudi

Dengan memperhatikan hal-hal di atas, maka dalam penanganan dan penatalaksanaan ODE, seorang dokter tidak hanya memperhatikan sisi medis seperti obat-obatan dan perjalanan klinis penyakit pasien tapi juga memperhatikan gaya hidup mereka yang dapat mempengaruhi risiko terjadinya kejang. Contohnya: harus cukup tidur setiap harinya, bila berenang jangan sendirian, dan juga terkait mengemudi.

Pasien dengan kejang yang belum terkontrol sebaiknya memberitahukan kepada pihak yang berwenang untuk mengeluarkan izin mengemudi, tentang epilepsi yang dideritanya, karena hal ini diperlukan untuk menurunkan risiko kecelakaan. Pasien juga berisiko menerima tuntutan hukum apabila tetap bersikeras mengendarai kendaraan bermotor dalam keadaan kejang yang belum terkontrol, apabila ia menyebabkan kecelakaan yang menyebabkan kerugian terhadap orang lain.

Usaha-Usaha untuk Menurunkan Risiko

Cara terbaik untuk menurunkan risiko terkait kecelakaan saat mengemudi adalah memahami dengan baik tentang risiko tersebut baik yang bersifat fisik, finansial maupun hukum. ODE juga sebaiknya mentaati peraturan hukum yang mengharuskan untuk memberitahu pihak berwajib tentang kondisinya. Dokter yang menangani juga harus bersedia untuk memberi keterangan yang objektif apabila diminta oleh pihak yang berwajib. Secara etik, dokter bahkan diperbolehkan untuk melaporkan pada pihak yang berwajib, apabila ada pasiennya yang tetap bersikeras untuk mengemudi dalam kondisi kejang yang belum terkontrol. (editor:RFA).

Daftar Pustaka:

CONTINUUM (MINNEAP MINN) 2019;24(2, epilepsy):537-542

Krumholz A. Carpe diem (Seize the Day). Agency for Healthcare Research and Quality of Patient Safety Network. December 2004.

Nyeri Kepala Servikogenik

Oleh : dr. Alvin Rahmawati Sp.N

Editor : Ayu Nadifa

Nyeri kepala adalah kondisi ketika timbul rasa sakit dan tidak nyaman di kepala, kulit kepala, atau leher. Nyeri kepala disini, dalam artian sakit, bukan rasa goyang, pusing berputar, atau sempoyongan. Nyeri kepala dikelompokkan menjadi dua yaitu nyeri kepala primer dan sekunder. Sakit kepala primer adalah sakit kepala yang tidak memiliki penyebab tertentu/khusus, melainkan murni disebabkan oleh adanya masalah dengan struktur di kepala yang terlalu sensitif terhadap rasa sakit. Beberapa contoh sakit kepala primer yang umum terjadi, antara lain nyeri kepala tipe tegang (TTH), migren, sakit kepala cluster.

Nyeri kepala sekunder biasanya disebabkan oleh aktifnya saraf rasa sakit di bagian kepala dan leher sebagai akibat adanya suatu penyakit di otak, wajah maupun leher. Nyeri kepala sekunder ada yang sifatnya kegawatan contohnya adalah stroke, infeksi otak dan tumor. Namun tidak semua nyeri kepala sekunder merupakan kegawatan, nyeri kepala servikogenik adalah salah satu contohnya. Nyeri kepala servikogenik adalah nyeri bagian belakang kepala yang disebabkan karena adanya penyakit atau kelainan di leher. Nyeri kepala servikogenik, memang masih asing terdengar, tetapi karena nyeri kepala servikogenik seringkali kambuhan dan bahkan bisa berlangsung terus menerus, akan lebih baik kita mengenal nyeri kepala servikogenik supaya terhindar dari nyeri kepala kronik.

Epidemiologi

Nyeri kepala servikogenik bisa dialami oleh orang dari berbagai usia, jenis kelamin, hingga ras. Nyeri kepala servikogenik terjadi pada 0.5-4% populasi umum di dunia, lebih jarang dibanding penderita nyeri kepala tipe tegang dan migren. 15-20 % dari penderita nyeri kepala kronik adalah nyeri kepala servikogenik. Nyeri kepala bagian belakang ini diderita dalam jumlah yang sama antara perempuan dibanding laki-laki. Orang-orang berusia 30-45 tahun lebih rentan mengalami nyeri servikogenik.

Gejala Nyeri Kepala Servikogenik

Kadang kala nyeri kepala servikogenik ini sulit dibedakan dengan nyeri kepala migren dan nyeri kepala tipe tegang, karena pada migren dan nyeri kepala tipe tegang ini juga bisa menyebabkan nyeri dan kekakuan pada leher.

Gejala nyeri kepala servikogenik adalah

1. Nyeri dimulai di leher dan kepala bagian belakang, kemudian menjalar ke kepala bagian atas, wajah (area belakang mata), bahu dan lengan bagian atas

2. Nyeri biasanya hanya satu sisi, tetapi bisa terjadi di dua sisi
3. Nyeri seperti ditekan, tidak berdenyut
4. Derajat nyeri sedang sampai berat
5. Nyeri memberat dengan gerakan leher
6. Penderita nyeri servikogenik juga sering mengeluhkan nyeri memberat bila otot-otot di leher di tekan, atau saat bersin atau batuk
7. Lamanya nyeri bervariasi dari hilang timbul sampai terus menerus

Selain nyeri ada keluhan lain seperti

1. Kaku pada leher
2. Keterbatasan gerak leher, misalnya menoleh ke samping kanan-kiri menjadi susah
3. Mual dan muntah
4. Sensitif pada cahaya
5. Bisa timbul sensasi goyang atau dizzy
6. Pada beberapa kasus namun jarang bisa ada keluhan mata kabur

Beda nyeri kepala servikogenik dengan migrain adalah migrain lebih banyak diderita wanita, nyeri kepalanya berdenyut di bagian atas kepala atau sekitar mata, dan migrain lebih dominan gejalanya dengan adanya mual, muntah, sangat sensitif cahaya dan suara. Sedangkan beda dengan nyeri kepala tipe tegang, nyeri kepala tipe tegang terjadi di hampir keseluruhan bagian kepala, dengan intensitas nyerinya derajat ringan hingga sedang.

Penyebab

Nyeri kepala servikogenik disebabkan karena adanya gangguan pada otot, ligament, saraf, dan tulang pada leher. Iritasi atau terjepitnya saraf leher pada level C1 sampai dengan C3 seperti pada spondilosis (pengapuran tulang leher), HNP (problem bantalan sendi tulang leher) adalah penyebab nyeri kepala servikogenik. Adanya radang, tumor atau infeksi jaringan lunak leher (misalnya otot) yang dipersarafi saraf oleh C1 sampai C3 juga dapat menimbulkan nyeri servikogenik. Pekerjaan yang rentan terjadi ketegangan pada otot leher seperti sopir, penata rambut, karyawan pabrik juga salah satu penyebab nyeri kepala servikogenik. Tidak sedikit pula pasien yang mengalami nyeri kepala servikogenik adalah pernah mengalami cedera leher. Saraf C1-C3 meneruskan sinyal nyeri ke pusat nyeri kepala dan leher, dan trigeminoservikal sehingga nyeri yang penyebabnya di leher bisa terasa juga hingga ke tengkuk dan atau mata.

Faktor risiko

Penderita yang memiliki riwayat adanya problem medis pada otot, ligament, saraf, dan tulang pada leher akan rentan mengalami nyeri servikogenik kronik bila dicetuskan oleh

beberapa faktor seperti berikut

1. Kelelahan
2. Gangguan tidur
3. Postur tubuh yang buruk (kebiasaan terlalu banyak menunduk)Diagnosis

Dokter akan melakukan wawancara medis dan meninjau riwayat penyakit yang pernah diderita selanjutnya melakukan pemeriksaan fisik untuk mendeteksi penyebab yang mendasari nyeri kepala servikogenik. Selanjutnya akan dilakukan pemeriksaan penunjang, misalnya pemeriksaan sederhana dengan rontgen tulang leher untuk mengetahui kondisi tulang, adanya pengapuran dan kemungkinan adanya jepitan saraf dapat diketahui dari rontgen ini. Kadang untuk membedakan jenis kepala lain dokter akan melakukan tindakan suntikan pada area saraf/otot leher untuk memastikan diagnosis nyeri kepala servikogenik.

Pengobatan Nyeri Kepala Servikogenik

Pada umumnya pengobatan untuk nyeri kepala kepala bervariasi, tergantung pada gejala yang dialami dan penyebabnya. Sebagian besar sakit kepala tidak parah dan bisa diatasi sendiri dengan minum obat pereda nyeri yang dijual bebas, dan banyak beristirahat. Namun, beberapa nyeri kepala perlu penanganan yang lebih disebabkan oleh kondisi yang dapat membahayakan nyawa. Yang perlu diwaspadai untuk nyeri kepala ini adalah bila didapati **red flags** (tanda bahaya), harus sesegera mungkin di bawa ke unit gawat darurat yaitu apabila nyeri kepala disertai dengan :

1. Penurunan kesadaran
2. Mendadak susah bicara, bicara pelo
3. Kelemahan, kesemutan, kebas separo badan, atau lumpuh ke empat anggota gerak tubuh
4. Kejang
5. Penurunan penglihatan
6. Nyeri kepala hebat

Nyeri kepala dengan tanda bahaya ini, biasanya harus sesegera mungkin mendapatkan penanganan di rumah sakit, kemungkinan bisa disebabkan stroke, infeksi, atau tumor otak.

Pada sebagian kasus lain nyeri kepala, terdapat kemungkinan sakit kepala konstan/terus menerus, namun tidak terdapat tanda redflags. Nyeri kepala yang seperti ini biasanya membutuhkan pengobatan jangka panjang atau atau membutuhkan penanganan medis tertentu. Nyeri kepala servikogenik seringkali menjadi nyeri kepala kronik yang berlangsung bulan hingga bertahun-tahun.

Pada tahap awal dokter tentunya akan menyarankan olahraga, dimana olahraga bisa membantu meningkatkan produksi bahan kimia di otak yang tentunya bisa membuat merasa lebih bahagia dan rileks, kompres atau mandi air hangat juga dapat membantu merilekskan otot yang tegang. Pengobatan nyeri kepala servikogenik seperti pengobatan pada nyeri kepala lainnya yaitu dengan pemberian obat-obat seperti

1. Anti nyeri

Obat nyeri sebaiknya tidak dikonsumsi lebih dari 10 hari dalam sebulan untuk menghindari keracunan/overuse obat nyeri yang mana akan menyebabkan derajat nyeri kepala makin bertambah.

2. Obat perileks otot

Pada nyeri kepala servikogenik sering terjadi muscle spasme pada otot leher, sehingga perlu diberikan perileks otot. Efek samping paling sering adalah rasa kantuk. Obat ini tidak dijual bebas, harus dalam instruksi dokter

3. Obat nyeri neuropatik

Obat nyeri neuropatik seperti gabapentin atau pregabalin juga bisa diberikan oleh dokter, bila nyeri kepala servikogenik sudah kronis atau ada kecurigaan adanya iritasi pada saraf leher.

Bila obat-obatan tidak berespon, ada beberapa metode medis lain yang bisa dilakukan untuk mengobati sakit kepala:

1. Terapi psikoterapi misalnya CBT/terapi kognitif perilaku dan relaksasi
2. Akupunktur atau dry needling (jarum kering), yaitu terapi alternatif yang mampu mengurangi ketegangan otot di kepala dan leher dengan menggunakan jarum halus ke area tubuh tertentu.
3. Injeksi blok saraf di area kepala dan leher
4. Tindakan bedah

Komplikasi Nyeri Kepala Servikogenik

Yang juga perlu diperhatikan adalah para penderita nyeri kepala servikogenik adalah bila nyeri berlangsung terus-menerus, hal ini menyebabkan penderitanya rentan mengalami gangguan Kesehatan lainnya. Misalnya kecemasan yang berlebihan, gangguan tidur, depresi, serta gangguan fisik dan psikologis lainnya.

Pencegahan Nyeri Kepala

Nyeri kepala servikogenik ini dapat mengalami kekambuhan dan berlangsung terus menerus. Beberapa langkah sederhana yang dapat dilakukan untuk mencegah kekambuhan

dan kemungkinan menjadi nyeri kronik.

1. Minum cukup air putih 2-3 liter sehari untuk mencegah dehidrasi. Dehidrasi juga dapat memicu nyeri kepala
2. Hindari konsumsi kafein, alkohol, dan rokok.
3. Makan secara teratur, karena terlambat makan dapat memicu terjadinya nyeri kepala.
4. Praktekkan dan pertahankan postur tubuh yang benar saat duduk dan beraktivitas.
 - Jangan banyak menunduk, dengan membatasi aktivitas dengan Hp.
 - Duduk dan berdiri dengan tegap, gunakan bantal leher pada saat travelling.
 - Saat menyetir mobil, pastikan kursi jangan terlalu kebelakang, karena kursi yang cenderung kebelakang akan menyebabkan kepala menjulur kedepan
 - Bekerja dengan computer, pastikan layar monitor jangan terlalu rendah atau tinggi
 - Duduk dan berjalan dengan posisi tegap, jangan membungkuk
 - Tidur dengan posisi yang baik, yang paling penting menjaga tulang leher tetap sejajar dengan tulang punggung, bantal tidak terlalu tebal dan tidak terlalu tipis
5. Minimalisir stress, kelola stress dengan baik.
6. Batasi aktivitas fisik yang berat dan jangan terlalu lelah.
7. Berolahraga secara rutin sehingga otot tubuh lebih rileks
8. Beristirahat dengan cukup, dan atur waktu tidur selama 7-9 jam setiap malam.

Jangan remehkan nyeri kepala terus-menerus yang Anda alami. Segera konsultasikan dengan dokter jika sakit kepala yang Anda alami tidak segera mereda atau sering kambuh.

Daftar Pustaka

Bogduk N. Cervicogenic headache: anatomic basis and pathophysiologic mechanisms. *Curr Pain Headache Rep.* 2001 Aug;5(4):382-6. doi: 10.1007/s11916-001-0029-7. PMID: 11403743.

Goyal S, Kumar A, Mishra P, Goyal D. Efficacy of interventional treatment strategies for managing patients with cervicogenic headache: a systematic review. *Korean J Anesthesiol.* 2022;75(1):12-24. doi:10.4097/kja.21328

Konsensus Nasional V Kelompok Studi Nyeri Keapala Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI) Diagnostik dan Penatalaksanaan Nyeri Kepala. 2018

Antonaci F, Bono G, Chimento P. Diagnosing cervicogenic headache. *J Headache Pain.* 2006;7(3):145-148. doi:10.1007/s10194-006-0277-3

Howard PD, Behrns W, Martino MD, DiMambro A, McIntyre K, Shurer C. Manual examination in the diagnosis of cervicogenic headache: a systematic literature review. *J Man Manip Ther.* 2015;23(4):210-218. doi:10.1179/2042618614Y.0000000097

Rubio-Ochoa J, Benítez-Martínez J, Lluch E, Santacruz-Zaragoza S, Gómez-Contreras P, Cook CE. Physical examination tests for screening and diagnosis of cervicogenic headache: A systematic review. *Man Ther.* 2016 Feb;21:35-40. doi: 10.1016/j.math.2015.09.008. Epub 2015 Sep 21. PMID: 26423982.

Verma S, Tripathi M, Chandra PS. Cervicogenic Headache: Current Perspectives. *Neurol India.* 2021 Mar-Apr;69(Supplement):S194-S198. doi: 10.4103/0028-3886.315992. PMID: 34003165.

Kedaruratan Pasien Stroke Pre Hospital

Oleh : MG Enny Mulyatsih, M.Kep, Sp.KMB
Ketua Komite Keperawatan

Menurut Organisasi Stroke Dunia (2021), 1 dari 4 orang yang berusia lebih dari 25 tahun di dunia akan mengalami Stroke. Saat ini diperkirakan sekitar 13,7 juta orang mengalami serangan Stroke setiap tahun, dan sekitar 5,5 juta orang di dunia meninggal karena Stroke. Di Indonesia, Stroke menjadi penyebab kematian kedua setelah penyakit jantung (Kemenkes RI, 2021), dan menjadi penyebab kecacatan utama pada orang dewasa. Berdasarkan data Riskesdas 2018, prevalensi Stroke di Indonesia mengalami kenaikan signifikan menjadi 10,9 per seribu penduduk, bila dibandingkan hasil Riskesdas tahun 2013 yang hanya sebesar 7,3 per mil.

Stroke adalah suatu “*Brain Attack*” atau Serangan Otak. Untuk menghindari mortalitas dan meminimalkan kecacatan akibat Stroke, pasien harus segera dibawa ke rumah sakit yang memiliki fasilitas pelayanan Stroke. Bila tidak ditangani segera oleh tim medik, pasien Stroke akan kehilangan sekitar 1,9 juta neuron per menit yang berakibat meluasnya kematian sel otak dan memperberat cacat akibat Stroke.

Tatalaksana medik pasien Stroke terbagi dalam empat fase, meliputi:

1. Fase Hiperakut pada Pre Hospital dan di Ruang *Emergency*;
2. Fase Akut di Unit Stroke, ICU, *Stroke Ward* atau *Stroke Corner*;
3. Fase Sub Akut di ruang rawat Rumah Sakit hingga perawatan di rumah;
4. Fase Kronik atau Fase Rehabilitasi di keluarga dan di masyarakat.

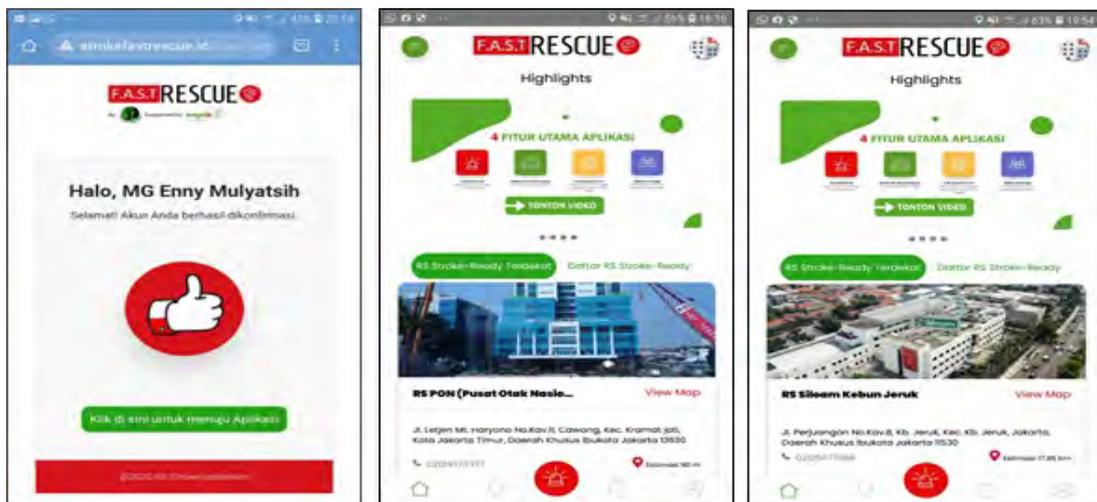
Kali ini akan kita bahas bersama peran tim medis dan masyarakat pada tatalaksana pasien stroke Fase Hiper Akut *Pre Hospital*.

Pada Fase Hiper Akut *Pre Hospital* ini, bila seseorang mengalami serangan Stroke harus segera dibawa ke rumah sakit. Masyarakat perlu memahami tanda dan gejala Stroke yang dikenal dengan: **FAST** (**F**ace: wajah tidak simetris; **A**rm: terdapat kelemahan sisi; **S**peech: gangguan bicara atau pelo; serta **T**ime; segera bawa ke rumah sakit).

Tanda dan gejala Stroke dapat juga dikenali melalui kampanye SEGERA DIBAWA KE RS seperti terlihat berikut ini:



Keluarga atau orang terdekat yang menemukan tanda atau gejala Stroke diatas harus segera menghubungi ambulans untuk segera membawa pasien ke Rumah Sakit. Saat ini telah tersedia aplikasi Fast Rescue,yang akan membantu mencari Ambulans untuk menjemput pasien kerumah atau informasi Rumah Sakit terdekat yang memiliki fasilitas pelayanan pasien Stroke.



Pertolongan pertama yang dapat dilakukan keluarga sambil menyiapkan kendaraan atau menunggu ambulans datang meliputi hal berikut:

1. Amankan pasien ke tempat tidur atau tempat yang nyaman;
2. Tinggikan posisi kepala tempat tidur sekitar 15-30 derajat;
3. Pastikan posisi kepala dan leher neutral dan leher tidak tertekuk untuk memperlancar aliran oksigen ke otak;
4. Jangan berikan makan atau minum melalui oral sebelum dipastikan pasien tidak mengalami gangguan menelan.

Bila menggunakan kendaraan pribadi ke Rumah Sakit segera bawa pasien ke Rumah Sakit terdekat yang memiliki fasilitas pelayanan Stroke atau sesuai petunjuk pada aplikasi Fast Rescue.

Bila membutuhkan mobil ambulans segera hubungi ambulans 119, waktu yang diharapkan sejak menghubungi ambulans 119 hingga petugas ambulans datang adalah kurang dari 10 menit.

Setelah petugas ambulans tiba di kediaman pasien dan selama di ambulans, Perawat ambulans akan melakukan hal berikut:

1. Melakukan anamnesis kepada pasien atau keluarga secara singkat;
2. Melakukan validasi FAST;
3. Memeriksa tingkat kesadaran pasien;
4. Memeriksa tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan;
5. Mengatur posisi tidur pasien;
6. Memastikan jalan napas lancar;
7. Mengukur kadar saturasi oksigen dan memberikan oksigen sesuai indikasi;
8. Memasang infus;
9. Mengukur kadar Gula Darah Sewaktu dan memberikan obat sesuai indikasi;
10. Melakukan pemeriksaan EKG, memasang monitor EKG; dan melakukan Pre Nonifikasi kepada dokter rumah sakit yang akan dituju.

Selama di ambulans, Perawat akan melanjutkan anamnesis kepada pasien dan atau keluarga tentang beberapa hal berikut:

1. Waktu mulai terjadinya gejala stroke;
2. Gejala yang dialami pasien termasuk kelemahan tubuh, nyeri kepala, kejang, dan kemampuan bicara;
3. Riwayat penyakit sebelumnya seperti kencing manis, hipertensi, penyakit jantung, peningkatan kadar kolesterol, atau kekentalan darah;
4. Riwayat obat-obatan yang dikonsumsi pasien.

Setiba di ruang emergency atau IGD, Perawat ambulans akan melakukan serah terima dengan perawat IGD dan bila diperlukan segera membawa pasien Stroke ke ruang Radiologi untuk dilakukan CT Scan Kepala, untuk mengetahui apakah ada tanda perdarahan pada otak. Saat ini pengobatan utama pada pasien Stroke adalah Terapi Trombolisis. Obat Trombolisis ini hanya bisa diberikan pasien stroke iskemik dan tidak memiliki riwayat perdarahan. Manfaat obat Trombolisis ini adalah menghancurkan bekuan darah sehingga aliran darah ke otak lancar kembali. Terdapat kriteria ketat yang akan dilakukan pemeriksaan oleh dokter dan perawat sebelum pemberian obat Trombolisis. Diperlukan juga pernyataan persetujuan dari pasien dan atau keluarga atas pengobatan ini.

Demikian informasi tentang kedaruratan pasien Stroke Pre Hospital, sampai bertemu kembali pada sesi selanjutnya yang membahas tentang perawatan pasien Stroke Fase Akut di Rumah Sakit. Tetap waspada, Stroke adalah serangan otak yang membutuhkan pertolongan medis segera. Time is brain, waktu adalah otak. Setiap detik sangat berharga menyelamatkan sel otak pasien yang mengalami Stroke.

Optimalisasi Klinik Pegawai di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta

Peliput : Lucky Erlandi Pranio, S.Kep, Ners
editor : Ratna Fitriasih, S.Sos

Salah satu misi Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta (RSPON) adalah meningkatkan kesejahteraan pegawai. Salah satu upaya yang telah dilakukan adalah dengan membentuk klinik pegawai di lingkungan rumah sakit untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap seluruh pegawai RSPON. Klinik yang terletak di lantai 4 gedung A ini tidak hanya berfokus pada upaya kuratif saja, namun juga upaya promotif, preventif serta rehabilitatif.

Bersama dr. Redy Tan, M.Kes., Sp.Ok. yang selanjutnya akan kita sapa dengan panggilan dokter Redy, Tim Redaksi melakukan wawancara mengenai ruang lingkup, fungsi serta manfaat yang diperoleh dari adanya klinik pegawai di RSPON di ruang prakteknya. *“Klinik pegawai ini mulai dibuka per Maret 2020, jadi sudah satu tahun berjalan”*, kata dokter Redy memulai wawancara. Selama pandemi COVID-19 fokus utama layanan klinik pegawai adalah penanganan COVID-19 untuk pegawai RSPON. *“Saat ini memang fokus utama pelayanan di klinik pegawai adalah manajemen penanganan COVID-19 untuk pegawai, dalam hal ini assessment, tracing, dan pengobatan pada pegawai”*, lanjut dr. Redy.

Dokter Redy menambahkan bahwa fokus pelayanan klinik pegawai selain upaya kuratif juga akan mencakup upaya promotif dan preventif di masa mendatang. Kegiatan promotif dilakukan melalui edukasi serta promosi isu kesehatan untuk pegawai. Upaya ini akan dapat terlaksana dengan dukungan dari bagian dari Promosi Kesehatan Rumah Sakit dengan kolaborasi dengan Hubungan Masyarakat (Humas) untuk penyebaran informasi secara efektif. Sedangkan kegiatan preventif dapat dilakukan salah satunya adalah dengan melaksanakan program *Medical Check Up* (MCU) terhadap pegawai. Program MCU terdiri dari MCU rutin setiap tahun serta MCU insidental yaitu ketika seorang pegawai menunjukkan tanda dan gejala suatu penyakit, maka untuk penegakan diagnosis perlu dilakukan pemeriksaan MCU.

Untuk menunjang pelayanan paripurna terhadap pegawai, klinik juga menyediakan pelayanan rehabilitatif terhadap pegawai pasca sembuh dari sakit. *“Nanti kita akan menilai, misalnya ada pegawai yang pasca sakit tertentu dan akan kembali bekerja, kita akan menilai bagaimana kemampuan dia saat nanti kembali bekerja, apakah masih bisa bekerja di tempat sebelumnya, atau perlu modifikasi”*, terang dokter Redy.

Menurut dokter Redy keberadaan klinik pegawai sangat penting dan mendukung terlaksananya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat umum secara maksimal. Dengan adanya klinik pegawai maka status kesehatan pegawai dapat terpantau serta terdokumentasi secara lebih dini sehingga dapat dilakukan tatalaksana lebih awal. Berdasarkan data demografi, pegawai dari RSPON didominasi oleh kaum muda sehingga upaya preventif dan promotif melalui deteksi dini menjadi lebih utama. *“Pegawai di rumah sakit kita kebanyakan adalah kaum milenial, masih muda-muda sehingga akan sangat baik jika status kesehatan mereka terpantau sejak awal”,* jelas dokter Redy. *“Berbeda dengan rumah sakit lain yang secara demografi memiliki rentang usia yang bervariasi dengan kondisi kesehatan yang bervariasi juga, maka pendekatan yang dilakukan bisa berbeda. Karena masih dalam kategori muda maka sayang banget kalau status kesehatannya tidak terpantau dengan baik”,* lanjut dokter Redy.

Menurut dokter Redy pegawai dalam suatu instansi merupakan aset. Jika kondisi pegawai senantiasa sehat maka pegawai dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat. Jika ada satu saja pegawai yang sakit atau tidak dapat menjalankan tugasnya maka sistem dan pelayanan kesehatan di suatu instansi tidak dapat berjalan dengan baik. Hal ini terbukti ketika ada salah satu pegawai yang sakit maka ruangan tempat pegawai tersebut akan mengalami kesulitan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal.

Mencermati hal tersebut, dokter Redy berpendapat bahwa sebaiknya setiap instansi baik instansi rumah sakit ataupun lainnya perlu *“berinvestasi”* dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan terhadap pegawai. Keuntungan yang akan diperoleh mungkin tidak akan didapatkan dalam waktu dekat, namun secara jangka panjang, pegawai yang senantiasa sehat, terpantau status kesehatannya akan memberikan banyak keuntungan terhadap suatu instansi. *“Kalau kita lihat misalnya Perusahaan Pertamina. Ketika akan membangun kilang minyak, mereka perlu berinvestasi dengan membeli lahan yang cukup luas, membangun Gedung dan fasilitas untuk menunjang aktivitas industrinya. Sama saja... dengan mengembangkan klinik pegawai kita sedang berinvestasi untuk masa depan, sebab pegawai yang sehat adalah aset yang berharga bagi suatu instansi”* tegas dokter Redy menutup wawancara.

“Pegawai yang sehat adalah aset dan sangat berpengaruh terhadap pemberian pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat”

“ Pentingnya mengetahui tanda dan gejala stroke sejak dini dan Peranan Okupasi Terapi pada pasien stroke”

Oleh : Ratna Fitriasih, S.Sos

RSPON – Pada pasien pasca stroke, beberapa pasien mengalami kesulitan dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Mulai dari kegiatan sederhana, seperti makan/minum, mandi, berpakaian, hingga aktivitas yang cukup rumit seperti belanja keperluan bulanan atau bekerja. Untuk mengatasinya, terapi okupasi hadir sebagai bantuan untuk pasien pasca stroke agar mereka mampu menjalani aktivitas hariannya secara lancar dan lebih mandiri.

Menurut Permenkes RI Nomor 571/Menkes/SK/VI/2008 Okupasi Terpi merupakan bentuk pelayanan kesehatan kepada pasien/klien dengan kelainan/kecacatan fisik dan/atau mental yang mempunyai gangguan pada kinerja okupasional, dengan menggunakan aktivitas bermakna (okupasi) untuk mengoptimalkan kemandirian individu pada area aktivitas kehidupan sehari-hari, produktivitas dan pemanfaatan waktu luang.



Program Okupasi Terapi yang dilakukan pada pasien stroke di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta yaitu fase rehabilitasi yang meliputi :

- Adaptive devices (alat yang diadaptasi)
- UE orthotics
- Modifikasi lingkungan
- Alat bantu ambulasi
- Edukasi keselamatan

Untuk memberikan edukasi mengenai layanan okupasi pada pasien pasca stroke tersebut, maka hari ini Kamis, 10 Maret 2022 diadakan acara edukasi kepada pasien dan keluarga pasien

poliklinik eksekutif dan Rawat Inap Neurorestorasi. Acara ini berlangsung di ruang tunggu Rawat Inap Neurorestorasi lantai 5 gedung A dengan peserta berasal dari pasien dan keluarga pasien poliklinik eksekutif.

Adapun narasumber yang ada membahas mendalam mengenai stroke, gejalanya serta tindakan terapi okupasi pasca stroke yaitu:

1. Yosefine Putri Meiriska, S.Tr.OT membawakan materi “ Terapi Okupasi pada Pasien Stroke”
2. Putri Sari Wahyuni (mahasiswi magang dari D4 Promkes Poltekkes Kemenkes Bengkulu) membawakan materi “Pentingnya mengetahui tanda dan gejala stroke sejak dini”.

Operasi Bedah Mikro dan Rizolisis Radiofrekuensi pada Neuralgia Trigeminal di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono

Oleh : dr. Mustaqim Prasetya, SpBS

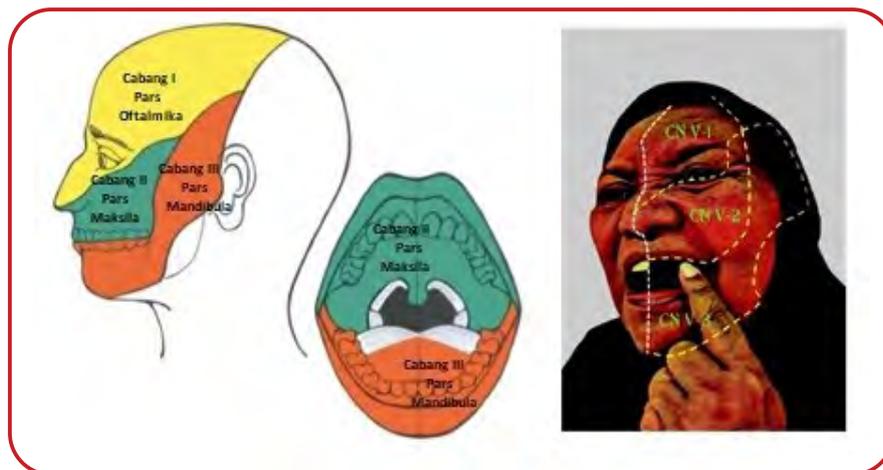
Editor : Ratna Fitriasih, S.Sos

“ Saat Neuralgia Trigeminal tidak dapat ditangani dengan pemberian obat, operasi Bedah Mikro (MVD) atau Rizolisis Radiofrekuensi (PRFR) menjadi pilihan terbaik untuk membebaskan rasa nyeri teramat sangat yang diderita pasien Neuralgia Trigeminal “.

Mengenal Neuralgia Trigeminal

Neuralgia Trigeminal (*Trigeminal Neuralgia*) adalah penyakit nyeri wajah yang terjadi di daerah yang dipersarafi oleh saraf Trigeminal. Penyakit ini juga dikenal dengan istilah lain seperti *Tic Doleureux*, *Fothergill's disease* atau prosopalgia.

Saraf trigeminal merupakan saraf nomor 5 dari 12 pasang saraf kranial yang melekat pada otak. Saraf Trigeminal memiliki tiga cabang, yaitu cabang pertama (Oftalmika) yang daerah persarafannya meliputi dahi, hidung, sekitar mata, cabang kedua (Maksilaris) yang meliputi pelipis, pipi, rahang atas dan sekitar mulut, dan cabang ketiga (Mandibularis) yang meliputi daerah wajah di depan telinga dan rahang bawah (Gambar 1).



Gambar 1. Area wajah yang dipersarafi oleh saraf Trigeminal dan dapat mengalami nyeri akibat NT

Data pasien dari Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta (RSPON) menunjukkan jumlah penderita wanita lebih banyak dibanding pria (3:1), dengan usia terbanyak > 40 tahun walaupun dijumpai penderita berusia muda (< 30 tahun).

Jenis Nyeri yang Dirasakan

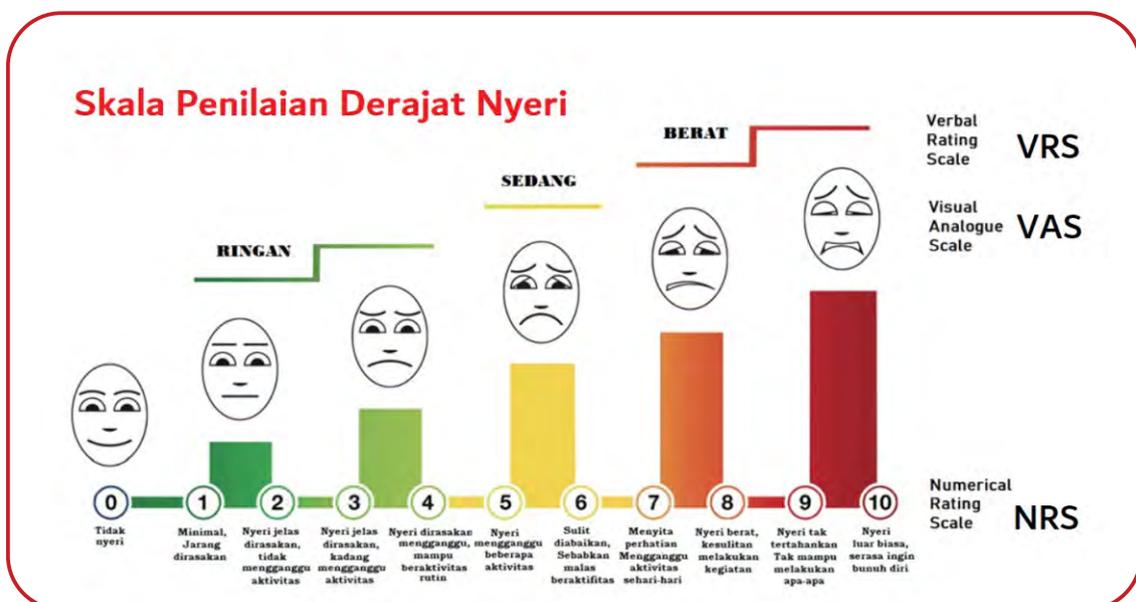
Nyeri wajah Neuralgia Trigeminal (NT) biasanya terjadi pada satu sisi wajah dan meliputi satu atau lebih area wajah yang dipersarafi oleh cabang-cabang saraf Trigeminal. Walaupun demikian pada sedikit kasus, NT dapat menyerang kedua sisi wajah (bilateral).

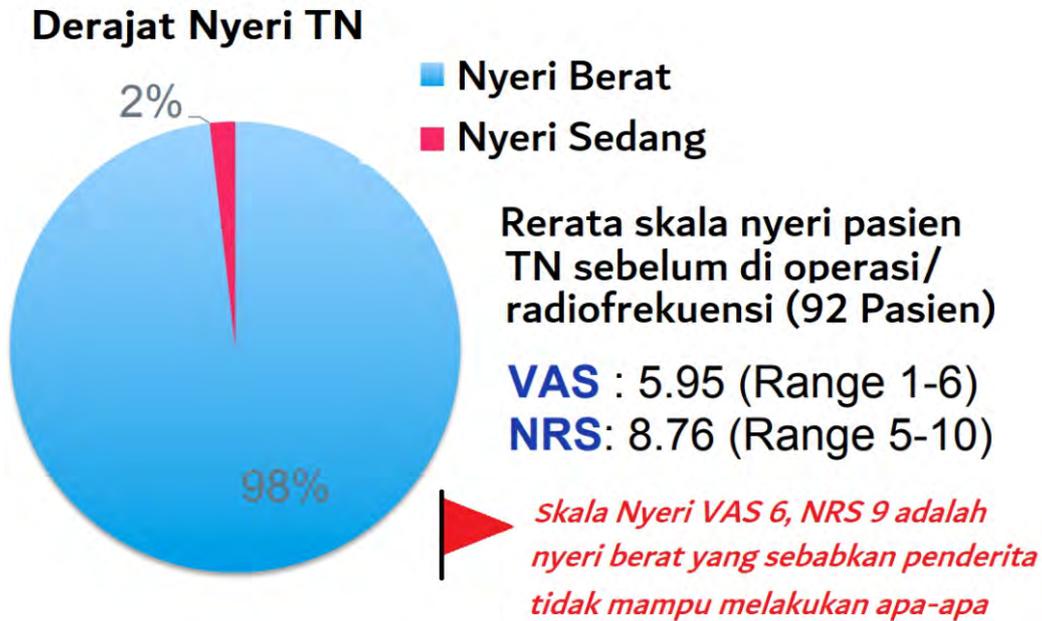
Berdasarkan pola nyeri yang diderita, NT digolongkan atas tipe 1 dan tipe 2 (atipikal). Pada tipe 1 serangan nyeri muncul dan hilang secara mendadak (episodik) terasa seperti tersengat listrik, tertusuk atau tajam, dengan lama serangan kurang dua menit. Sedang pola serangan nyeri pada tipe 2 lebih konstan dengan rasa seperti terbakar atau nyeri tumpul.

Tingkat Nyeri Pasien Neuralgia Trigeminal

Penyakit NT memperoleh julukan sebagai *Suicide Disease* karena dianggap sebagai suatu kondisi paling menyakitkan yang dapat dialami manusia, sehingga beberapa penderitanya berniat melakukan tindakan bunuh diri karena tidak mampu menahan rasa sakit yang luar biasa. Bahkan terdapat beberapa laporan percobaan bunuh diri pada penderitanya. Suatu kondisi yang tentu saja perlu perhatian serius dan tatalaksana agresif untuk mengobati penderita penyakit ini.

Ada beberapa skala nyeri yang dapat digunakan untuk menilai derajat penderitaan pasien, seperti *Verbal Rating Scale* (VRS), *Visual Analogue Scale* (VAS) atau *Numerical Rating Scale* (NRS) (Gambar 2). Sebagian besar pasien menderita sakit berat sehingga tak mampu melakukan apa-apa. Bahkan muncul anekdot diantara penderita, “Jika skala penilaian nyeri yang ada itu 1 sampai 10, maka rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien NT itu nilainya 15”.

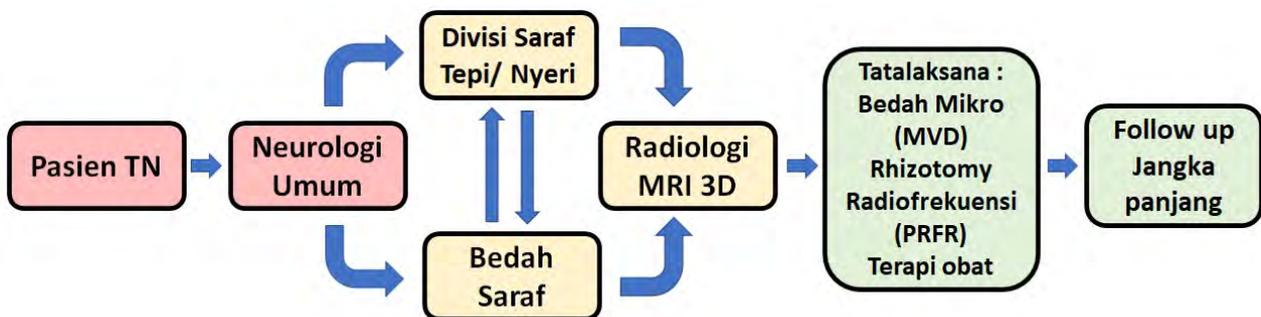




Gambar 2. Skala penilaian derajat nyeri NT dan evaluasi derajat nyeri pasien NT sebelum tindakan operasi maupun rizolisis radiofrekuensi di RSPON Periode Oktober 2015 – Oktober 2019.

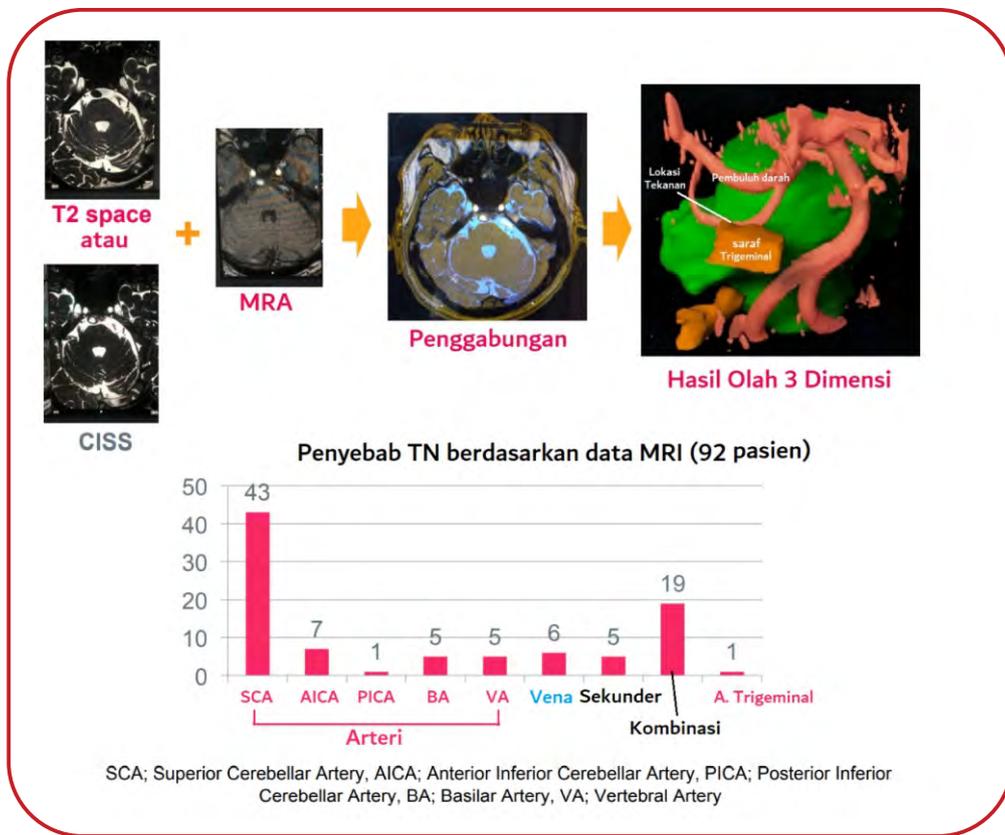
Penyebab Neuralgia Trigeminal

Berdasarkan penyebabnya NT digolongkan atas kasus klasik (terdapat tekanan pembuluh darah pada saraf Trigeminal) dan sekunder (terdapat kelainan di daerah sekitar otak kecil dan batang otak seperti tumor, sklerosis multiple, aneurisma, dan sebagainya). Di RSPON, proses penegakan diagnosis dan pencarian penyebab NT merupakan kolaborasi multi disiplin antara dokter spesialis saraf, dokter bedah saraf, dokter gigi, radiologi serta dokter spesialis terkait lainnya jika dibutuhkan (Gambar 3).



Gambar 3. Alur tatalaksana: Diagnosis klinis, terapi dan follow up pasien NT di RSPON

Penentuan penyebab NT dilakukan dengan pemeriksaan MRI khusus. Alat ini mampu memperlihatkan struktur saraf kranial yang sangat kecil dilanjutkan dengan pengolahan menjadi gambar 3 dimensi agar struktur yang terlibat menjadi jelas, tatalaksana yang akan dilakukan menjadi tepat sasaran serta aman. (Gambar 4)



Gambar 4. Pengolahan Data MRI dan penyebab NT. Data RSPON Periode Oktober 2015 – Oktober 2019.

Dapatkah Penyakit Neuralgia Trigeminal disembuhkan?

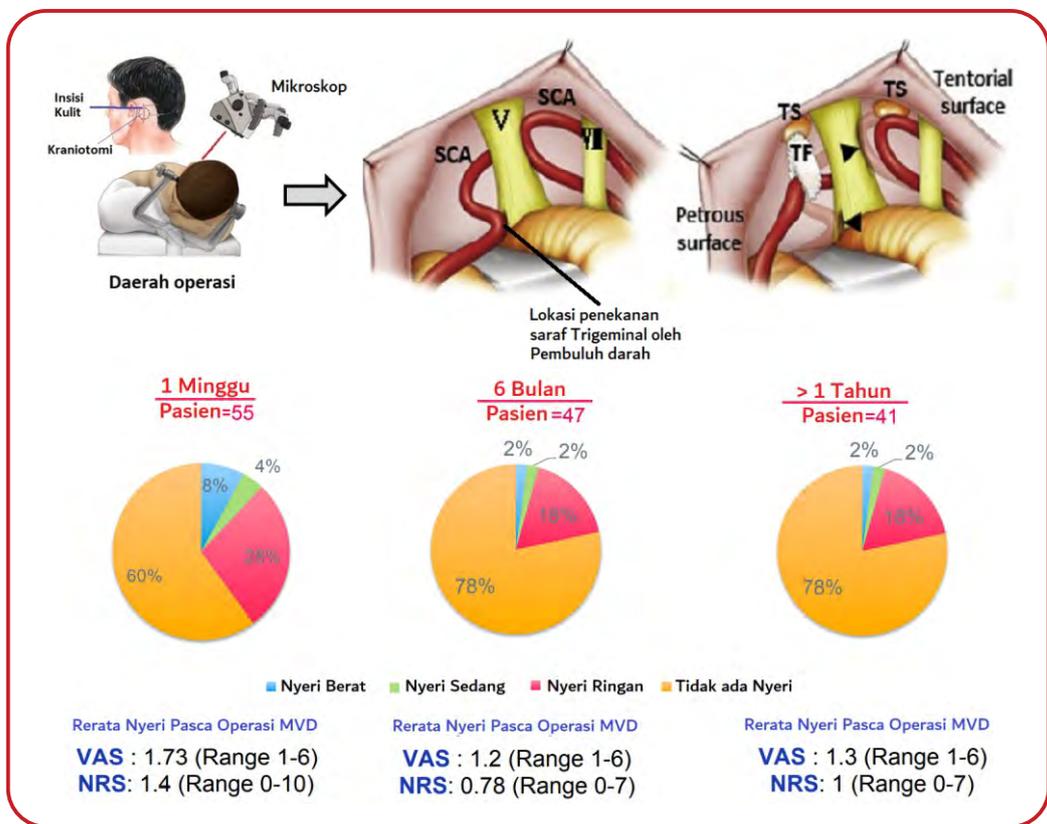
Tatalaksana penyakit NT terdiri atas terapi obat-obatan (medikamentosa) dan non medikamentosa. Non medikamentosa meliputi Operasi Bedah Mikro yang dikenal dengan istilah Micro Vascular Decompression (MVD), tindakan rizolisis perkutan, Gamma Knife Surgery (Radiasi), blok cabang perifer saraf Trigeminal. Di RSPON, untuk kasus yang tidak berhasil dengan terapi obat maka akan dilakukan Operasi bedah mikro atau tindakan manajemen (intervensi) nyeri Rizolisis perkutan dengan radiofrekuensi (Percutaneous Radio Frequency Rhizotomy, PRFR).

Operasi Bedah Mikro (Micro Vascular Decompression) di RSPON

Operasi bedah mikro (MVD) merupakan terapi utama jika ditemukan bukti tekanan saraf trigeminal oleh pembuluh darah atau sebab lain (tumor) melalui MRI dan kondisi pasien memungkinkan untuk dioperasi. Sedangkan tindakan PRFR dilakukan pada pasien tua, pasien dengan penyakit penyerta berat yang akan berbahaya jika menjalani operasi, kasus gagal operasi berulang/ kasus sulit serta pada pasien yang menolak tindakan pembedahan.

Operasi MVD dilakukan dalam bius umum, dimulai dengan membuat sayatan kulit di daerah belakang telinga sesuai dengan sisi wajah yang sakit. Tulang tengkorak dilubangi kecil dan kemudian dengan pembesaran mikroskop dicari pembuluh darah yang menekan saraf

Trigeminal untuk kemudian dibebaskan dan dipisahkan agar tidak menekan kembali. Sistem pembedahan mikro seperti ini dikenal dengan istilah Keyhole Surgery yaitu operasi dilakukan dengan bukaan tulang kecil seperti bekerja melalui lubang kunci (Gambar 5).



Gambar 5. Operasi bedah mikro MVD, serta evaluasi derajat nyeri pasca operasi (luaran segera dan jangka Panjang) di RSPON Periode Oktober 2015 – Oktober 2019

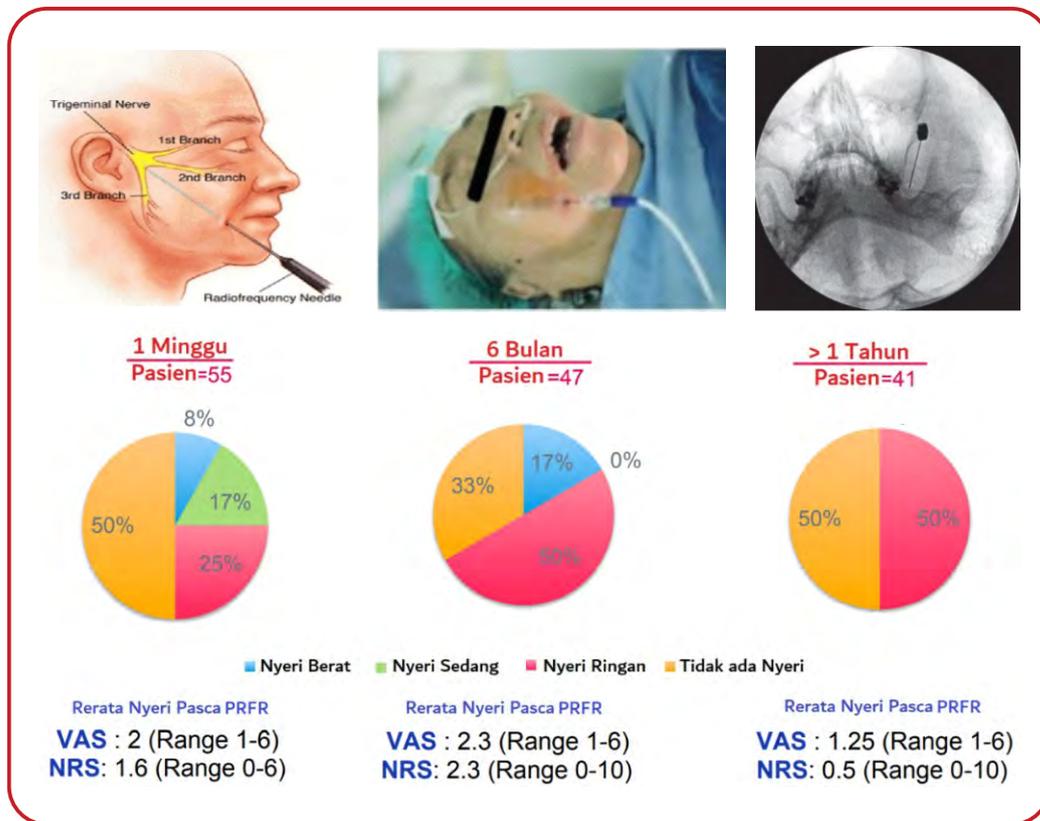
Operasi bedah mikro MVD di RSPON memperlihatkan hasil bebas nyeri yang cukup memuaskan, baik evaluasi segera pasca operasi (jumlah pasien bebas nyeri dan nyeri ringan 88 %) maupun jangka panjang lebih 1 tahun pengawasan (jumlah pasien bebas nyeri dan nyeri ringan 96 %). Selain bebas dari nyeri yang mengganggu, pasien dengan hasil operasi yang memuaskan juga bebas dari penggunaan obat penghilang nyeri saraf.

Walaupun operasi bedah mikro MVD bukan pilihan utama pada pasien lanjut usia, tetapi tetap tidak menutup kemungkinan dilakukannya operasi pada pasien lanjut usia selama toleransi operasinya baik. Pengalaman di RSPON, terdapat pasien usia 70 dan 80 tahun yang menjalani operasi MVD dengan hasil yang memuaskan.

Rizolis Radiofrekuensi (*Percutaneous Radio Frequency Rhizotomy, PRFR*) di RSPON

Selain operasi bedah mikro MVD, tindakan manajemen (intervensi) nyeri PRFR memiliki peran penting dalam tatalaksana NT di RSPON. Pada PRFR dilakukan tindakan pemanasan radiofrekuensi dengan menggunakan jarum khusus pada ganglion Trigeminal sesuai distribusi

cabang persarafan yang mengalami nyeri. Jarum PRFR disuntikkan ke lokasi saraf yang akan dipanaskan dengan panduan sinar X (fluoroskopi) (Gambar 6).



Gambar 6. Tindakan manajemen nyeri PRFR (Rizolisis Radiofrekuensi saraf trigeminal), serta evaluasi derajat nyeri pasca operasi (luaran segera dan jangka Panjang) di RSPON Periode Oktober 2015 – Oktober 2019.

Tindakan PRFR juga dapat mengatasi nyeri dengan segera, walaupun hasil jangka panjangnya dalam mengatasi nyeri lebih rendah di banding tindakan operasi Bedah Mikro. Berbeda dengan MVD yang jika gagal maka kesempatan dilakukan operasi ulangan akan semakin berisiko, tindakan PRFR dapat dilakukan berulang kali dengan relatif aman. Tindakan PRFR dilakukan dalam kondisi pasien ditidurkan (sedasi) agar pasien tidak merasa nyeri saat tindakan memasukkan jarum dan melakukan ablasi (pemanasan) ganglion saraf Trigeminal.

Dari segi keamanan, tindakan operasi MVD dan PRFR memiliki angka komplikasi morbiditas dan mortalitas yang sangat rendah karena dilakukan dengan perencanaan preoperatif yang seksama dan saat operasi dilakukan pengawasan ketat fungsi saraf (*Intra Operative Monitoring, IOM*) untuk mencegah komplikasi serius yang mungkin terjadi

Edukasi Keperawatan Di Lingkungan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta

Oleh : Ruly Irawan

RSPON - Bertempat pada tanggal 21 Januari 2022 di ruang tunggu lantai 9 Gedung A Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta , Sub Koordinator Pelayanan Keperawatan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta Kerjasama dengan Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono melaksanakan kegiatan edukasi khusus perawat.



Acara disiarkan langsung melalui Zoometing dan Siaran Live Youtube. Menghadirkan pembicara antara lain Ns. Noni dan Ns. Rama dengan tema “Sharing Keilmuan Keperawatan” dan ditutup oleh Kepala Sub Koordinator Pelayanan Keperawatan (Elis Nurhayati Agustina, M.Kep, Sp.KMB).



GALERI FOTO



Edukasi Pemberian Vaksin Booster Bagi Pegawai



Edukasi Pemberian Vaksin Booster Bagi Pegawai



Zoom Webinar

Recording... LIVE on YouTube

You are viewing Admin F's screen View Options

LINK ABSENSI & POST TEST
https://bit.ly/ABSENSI_POSTTEST290322

Selasa, 29 Maret 2022
RS Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta

remahsakitotak | rpsusatotak | @remahsakitotak

RS Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta

Unmute Start Video

Participants Q&A Chat Share Screen Lock/Hide Pause/Stop Recording Leave

32°C Kabut 15:08 29/03/2022





