



+ BULETIN RSPON

RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL JAKARTA



PELAYANAN BPJS KESEHATAN

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

**SYARAT PELAYANAN BPJS
DI RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL**

**PERAWATAN PASIEN
PASCA STROKE DI RUMAH**

**PENCEGAHAN STROKE
MELALUI GAYA HIDUP SEHAT
HATI - HATI RADANG TELINGA
DAPAT MENIMBULKAN KOMPLIKASI KE OTAK**

MOTOR NEURON DISEASES

**EDISI I
2016**



RUMAH SAKIT + PUSAT OTAK NASIONAL

klik!!!!

[http : / rspon.co.id](http://rspon.co.id)



Salam Redaksi

Pelayanan BPJS di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional

Rumah Sakit Pusat Otak Nasional yang merupakan Unit Pelaksana Teknis dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yang diresmikan pada tanggal 14 Juli 2014 oleh Presiden Republik Indonesia adalah Rumah Sakit khusus otak dan persarafan.

Demi suksesnya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional, maka Rumah Sakit Pusat Otak Nasional bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan lainnya untuk melayani seluruh masyarakat.

Kami segenap redaksi majalah BULETIN RSPON menyajikan edisi perdana pada tahun 2016 yang memberikan informasi terkini tentang narasi-narasi yang berkaitan dengan otak dan persarafan, meliputi Syarat Pelayanan Pasien BPJS di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional, Radang Telinga Dapat Menimbulkan Komplikasi Ke Otak, Motor Neuron Diseases, Pencegahan Stroke Melalui Gaya Hidup Sehat dan Perawatan Pasien Pasca Stroke Di Rumah.

Meskipun masih banyak kekurangan dalam edisi perdana ini, namun kami sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun, sehingga BULETIN RSPON dapat menjadi majalah yang dapat dikonsumsi oleh masyarakat baik internal maupun eksternal.

Selamat membaca

Susunan Redaksi

Penanggung Jawab : Direktur Utama

Pimpinan Redaktur : Direktur Keuangan dan Administrasi Umum

Redaktur Pelaksana : Kabag Administrasi Umum, Kasubbbag TU dan Pelaporan, dr. Wenny Rinawati, Sp.PK, dr. Adi Nugroho, MARS, dr. M. Arief Rachman Kemal, Sp.S

Penyunting / Editor : Ratna Fitriasih, S.Sos, Ruli Irawan S.Sos, Erlangga Wibisono Gunadi, SH, Teguh Andenoworeh, SH

Sekretariat : Endah Warnaningtias, SE



Direktur Utama



Daftar Isi

Salam Redaksi	1
Daftar Isi	2
Laporan Utama	3
Syarat pelayanan BPJS di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional 3
Perawatan pasien pasca stroke di rumah 6
Pencegahan stroke melalui gaya hidup sehat 10
Hati-hati radang telinga dapat menimbulkan komplikasi ke otak 13
Motor Neuron Disease 15
Liputan Khusus	20
Komisi IX DPR RI mendukung pelayanan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional 20
Tanya Jawab	21
Galeri Foto	23

BULLETTIN RSPON

BULLETTIN RSPON Nasional JAKARTA



Keamanan
Laminan Sosial

SYARAT PELAYANAN BPJS DI RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL



dr. Weny Rinawati, Sp.PK



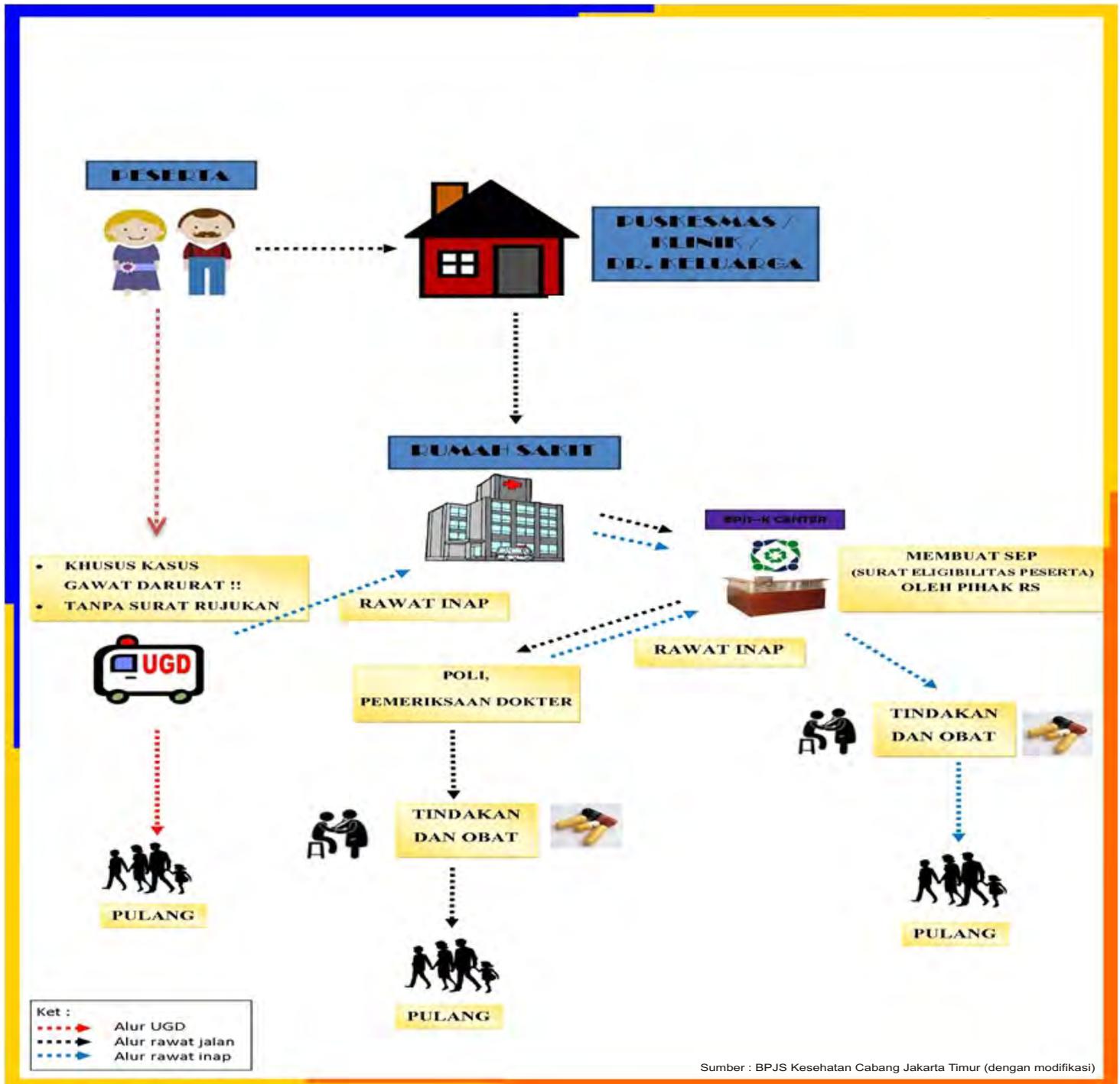
Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Jakarta dibentuk pada tahun 2012. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 45 Tahun 2012 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Pusat Otak Nasional, maka tugas yang harus dilaksanakan adalah menyelenggarakan upaya pencegahan, penyembuhan dan pemulihan di bidang otak dan saraf yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan lainnya serta melaksanakan upaya rujukan.

Dalam melaksanakan upaya rujukan, Rumah Sakit Pusat Otak Nasional melayani rujukan dari rumah sakit lain. Upaya layanan yang dilakukan di Rumah Sakit Otak Nasional meliputi Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan, dan Instalasi Rawat Inap.



Untuk melaksanakan tugas tersebut, sebagai Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan, Rumah Sakit Pusat Otak Nasional dituntut agar dapat memberikan pelayanan yang bermutu dengan biaya yang dapat dijangkau masyarakat pada umumnya. Oleh karena itu, sejak 2014 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Rumah Sakit Pusat Otak Nasional melayani peserta BPJS Kesehatan baik peserta penerima bantuan iuran (PBI) maupun peserta mandiri (bukan penerima bantuan iuran). Sejak April 2015, Rumah Sakit Pusat Otak Nasional menjadi rumah sakit kelas A, sehingga persyaratan pelayanan peserta BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional adalah sebagai berikut :



1. Untuk pelayanan kasus kegawat darurat
 - a. Peserta dapat langsung ke Instalasi Gawat Darurat
 - b. Tidak diperlukan surat rujukan
 - c. Kartu BPJS
 - d. KTP/identitas lainnya
2. Untuk pelayanan rawat inap
 - a. Kartu BPJS
 - b. KTP/identitas lainnya

Seringkali di IGD terdapat keluhan peserta BPJS Kesehatan yaitu "ditolak di IGD". Hal ini kemudian dapat berlanjut dengan ketegangan dan perdebatan. Oleh karena itu disarankan agar pasien memahami kriteria gawat darurat yang ditanggung BPJS Kesehatan dan masuk dalam manual pelaksanaan JKN. Penyakit yang dikategorikan dalam kegawatdaruratan menurut BPJS Kesehatan bidang saraf adalah kejang, stroke, dan meningoensefalitis. Sedangkan untuk kriteria kegawatdaruratan bidang lain, informasi dapat diakses melalui website BPJS. Bila kasus kegawatdaruratan yang ditangani bukan merupakan kasus saraf, pasien akan distabilkan terlebih dulu, dan bila memungkinkan maka dirujuk ke rumah sakit lain, mengingat Rumah Sakit Pusat Otak Nasional merupakan rumah sakit khusus kelas A yang menangani masalah otak dan persarafan.

3. Untuk pelayanan rawat jalan
 - a. Pasien baru/lama
 - i. Rujukan dari puskesmas/fasilitas kesehatan tingkat 1 ke rumah sakit setempat (rumah sakit umum/ pemerintah/ swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan)
 - ii. Rujukan dari rumah sakit umum setempat

ke Rumah Sakit Pusat Otak Nasional

- iii. Rujukan eksternal BPJS dari rumah sakit setempat
 - iv. Blangko rekomendasi DPJP
 - v. Kartu peserta BPJS
- b. Pasien pasca rawat inap
 - i. Kontrol pertama
 1. Resume medis
 2. Kartu peserta BPJS
 - ii. Kontrol kedua dan berikutnya, mengikuti persyaratan poin a.

Sesuai dengan hasil pertemuan terkait update pelayanan JKN oleh BPJS Cabang Jakarta Timur, maka peserta perlu melampirkan fotokopi masing-masing persyaratan (rangkap 2), kecuali kartu identitas dan kartu BPJS.

Diharapkan peserta sudah melengkapi persyaratan tersebut sebelum ke Rumah Sakit Pusat Otak Nasional. Dengan demikian, maka pelayanan diharapkan menjadi lebih cepat dan lancar

Alur Pelayanan BPJS dan Persyaratan Administrasi di RSPON





Ners Enny Mulyatsih, Mkep, SpKMB

PERAWATAN PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH

Sindroma akibat gangguan peredaran darah otak (PPDO) atau yang dikenal dengan istilah stroke, merupakan penyebab utama kecacatan pada kelompok usia 45 tahun keatas. Stroke sering menimbulkan permasalahan yang kompleks, baik dari segi kesehatan, ekonomi, sosial, serta membutuhkan penanganan yang komprehensif, termasuk upaya pemulihan dalam jangka lama bahkan sepanjang sisa hidup pasien.

Dari segi neurologik, tindakan medis dan upaya pemulihan yang dilakukan berdasarkan pada usaha untuk mencegah kerusakan sel otak yang lebih luas, kemungkinan terbentuknya sirkuit-sirkuit atau lintasan-lintasan penghubung yang baru, dan fungsi yang lebih efektif dari sel-sel otak yang semula pasif atau menjadi hipoaktif.

Perhatian harus juga diberikan pada keluarga pasien karena anggota keluarga akan sangat mempengaruhi respon pasien terhadap keadaan yang dideritanya. Mereka ikut berperan terhadap keberhasilan dan kegagalan upaya pemulihan. Pada awal setelah terjadinya stroke, pasien merasa bingung dan mengalami ketergantungan yang sangat besar terhadap orang lain, untuk itu diperlukan seorang pengasuh atau care giver yang dapat membantu pasien saat pasien membutuhkan pertolongan dan membantu melatih pasien secara bertahap untuk mencapai kemandirian

Stroke adalah suatu serangan otak atau suatu "Brain Attack" dan harus ditangani segera oleh tim medis di rumah sakit. Penatalaksanaan pasien stroke secara umum terbagi dalam 4 fase.

Fase kesatu adalah fase hiperakut yaitu fase segera setelah pasien terserang stroke. Prinsip perawatan pada fase ini adalah penolong harus mempertahankan jalan nafas pasien tetap lancar. Bagi penolong non-kesehatan, yang dapat dilakukan adalah meninggikan posisi kepala sekitar 15-30 derajat, tidak memberikan makan atau minum apapun melalui oral untuk mencegah tersedak, dan segera membawa ke rumah sakit yang memiliki fasilitas merawat pasien stroke.

Fase kedua adalah fase akut. Pada fase ini, idealnya pasien dirawat di ruang Unit Stroke. Kecuali pasien stroke yang mengalami gangguan pernafasan berat, harus secepatnya dirawat di ruang rawat intensif. Unit Stroke, adalah suatu ruang rawat khusus untuk merawat pasien stroke sejak fase akut hingga fase pemulihan. Di Unit Stroke, pasien ditangani oleh Tim Stroke yang terdiri dari Dokter Spesialis Saraf, Perawat mahir stroke, Fisioterapis, Terapis Wicara, Ahli Gizi, serta Psikolog.

1. *Persiapan sebelum pasien pulang ke rumah*

Setelah kondisi pasien stabil dan fase akut terlampaui, pasien masuk ke fase ketiga yaitu fase pemulihan. Pasien stroke membutuhkan penanganan yang komprehensif, termasuk upaya pemulihan dan rehabilitasi dalam jangka lama, bahkan sepanjang sisa hidup pasien. Keluarga sangat berperan dalam fase pemulihan ini, sehingga sejak awal perawatan keluarga diharapkan terlibat penanganan pasien.

Perencanaan pulang atau discharge planning dilakukan oleh dokter, perawat dan anggota tim stroke yang lain, dengan melibatkan pasien stroke dan keluarga jika memungkinkan.

Proses perencanaan pulang dimulai sejak pasien masuk rumah sakit, termasuk edukasi kepada pasien dan keluarga.

Materi pendidikan kesehatan mencakup hal berikut: tenaga care giver yang merawat dirumah khususnya pada tiga bulan pertama pasca stroke, persiapan kamar tidur, tempat tidur, meja di samping tempat tidur, kursi dan kursi roda, kamar mandi, pakaian pasien, serta alat kesehatan dan alat non medis sesuai kebutuhan pasien.

2. *Peran keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah*

Selama perawatan di rumah, keluarga berperan penting dalam upaya meningkatkan kemampuan pasien untuk mandiri, meningkatkan rasa percaya diri pasien, meminimalkan kecacatan menjadi seringan mungkin, serta mencegah terjadinya serangan ulang stroke. Keluarga dan pasien dapat menggunakan sumber-sumber yang ada di masyarakat untuk membantu pasien pasca stroke beradaptasi dengan keadaan dirinya, antara lain dengan ikut kegiatan di klub stroke yang diselenggarakan oleh Yayasan stroke Indonesia atau YASTROKI.

Perawatan Pasien Pasca Stroke Di Rumah

3. *Masalah kesehatan pasien pasca stroke di rumah*

Kemungkinan masalah kesehatan yang dialami pasien pasca stroke di rumah antara lain: kelumpuhan / kelemahan separo badan atau hemiparese, gangguan sensibilitas atau pasien mengalami rasa kebas atau baal, gangguan keseimbangan duduk atau berdiri, gangguan berbicara dan gangguan berkomunikasi, gangguan menelan, gangguan penglihatan, gangguan buang air kecil atau inkontinensia, gangguan buang air besar atau konstipasi, kesulitan mengenakan pakaian, gangguan memori atau daya ingat, perubahan kepribadian dan emosi.

F FACE (Wajah)

Perhatikan apakah terjadi penurunan pada satu sisi wajah



A ARMS (Lengan)

Tampak salah satu lengan sulit untuk diangkat (Lemah)



S SPEECH (BERBICARA)

Tampak kesulitan berbicara (Tidak Jelas)



T TIME (Waktu)

Jika anda mengamati salah satu dari tanda – tanda ini segera hubungi gawat darurat Rumah Sakit



PRINSIP MERAWAT PASIEN STROKE DI RUMAH

1. Menjaga kesehatan punggung pengasuh atau keluarga.
2. Mencegah terjadinya luka di kulit pasien akibat tekanan.
3. Mencegah kekurangan cairan atau dehidrasi
4. Mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi.
5. Mencegah terjadinya nyeri bahu (shoulder pain)
6. Memulai latihan dengan mengaktifkan batang tubuh atau torso.

BEBERAPA TIPS MENCEGAH STROKE BERULANG.

1. Tips untuk latihan kebugaran jasmani :
 - a. Gunakan tangga dari pada lift
 - b. Jalan cepat ke halte bus/stasiun kereta
 - c. Parkirkanlah mobil anda jauh dari tempat yang dituju
 - d. Berdirilah dengan merenggangkan lengan dan kaki ketika berbicara di telepon.
 - e. Letakkan pesawat telepon agak jauh dan berjalanlah kearah telepon untuk meraihnya.
 - f. Kencangkan otot-otot dengan lengan ketika berdiri
 - g. Lebih baik jalan kaki ke toko dekat rumah dari pada bermobil
 - h. Latihan olah raga secara teratur paling sedikit tiga kali seminggu
2. Tips untuk berolah raga secara aman.

Konsul ke dokter sebelum melakukan olah raga untuk pertama kali. Kenakan baju yang menyerap keringat dan sepatu yang nyaman. Frekuensi latihan sebaiknya 3 sampai 5 kali seminggu dan lama latihan minimal 20 menit atau sampai berkeringat setiap kali latihan. Latihan olah raga sebaiknya terencana dengan baik, bila memungkinkan ukur tekanan darah sebelum latihan dan ukur kadar gula darah bagi pasien yang menderita



Lakukan pemanasan sebelum memulai latihan dan segera berhenti bila terasa sesak nafas atau rasa tidak enak di dada. Lakukan jenis olah raga yang anda senangi dan hindari yang bersifat kompetisi. Bagi pasien dalam kondisi sehat sebaiknya melakukan olah raga dengan perut kosong atau minimal 2 jam sesudah makan.

3. Pola makan sehat dan seimbang.
 - a. Makan menu seimbang sesuai kalori yang dibutuhkan
 - b. Kurangi asupan lemak, gula, dan garam
 - c. Perbanyak makan sayur dan buah yang mengandung tinggi serat untuk membantu mengontrol kadar gula darah, menurunkan kolesterol darah, serta dapat mengurangi risiko terserang penyakit kardiovaskuler.
 - d. Masak dengan cara merebus, mengukus, panggang, atau bakar bahan makanan, hindari cara masak dengan menggoreng.
 - e. Ikuti cara makan sehat sebagai berikut; gunakan piring kecil dan makan sesuai kebutuhan, makan secara perlahan, dan makan camilan sehat misalnya buah.

4. Tips diet konsumsi rendah lemak

- Perbanyak makan ikan dan tempe
- Hindari asupan lemak, minyak goreng dan santan.
- Perbanyak makan sayur dan buah
- Timbang berat badan secara teratur, hindari kegemukan.
- Bila memasak daging, pisahkan lemak dan jangan dimakan
- Hindari makan yang digoreng
- Hindari biskuit, cake, tart, coklat.
- Pilih susu yang rendah lemak.
- Kontrol berat badan

5. Tips diet konsumsi rendah garam.

- Hindari makanan yang menggunakan banyak garam dapur.

b. Batasi makanan yang menggunakan soda.

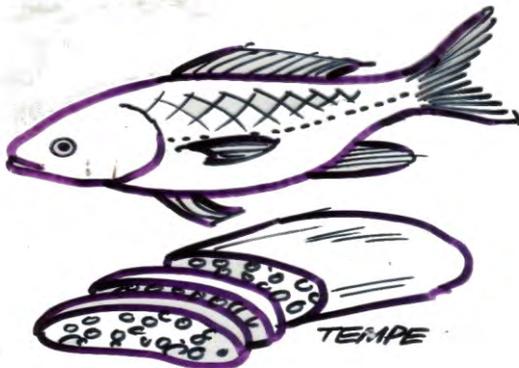
- Hindari makanan kaleng yang menggunakan bahan pengawet dari natrium
- Hindari makanan, minuman atau bumbu yang mengandung tinggi natrium.

6. Tips berhenti merokok.

- Stop merokok secara total, jangan bertahap.
- Jauhkan asbak dari pandangan.
- Gunakan sarana umum dan ruang tunggu khusus bagi bukan perokok.
- Bila tiba-tiba ingin merokok, makanlah buah segar.
- Bila mulut terasa asam, minumlah air putih atau sikat gigi.
- Hindari tempat-tempat yang banyak orang merokok, misalnya : pub, bar, diskotik dan sebagainya

PENDERITA STROKE DENGAN HIPER-KOLESTEROL

● BANYAK MAKAN IKAN DAN TEMPE



● HINDARI LEMAK, MINYAK GORENG & SANTAN



● MAKAN BANYAK SAYUR & BUAH



● TIMBANG BERAT BADAN HINDARI KEHEMUKAN





dr. Lyna Soertidewi, Sp.S (K), M.Epid-WM

PENCEGAHAN STROKE MELALUI GAYA HIDUP SEHAT

Stroke pada saat ini merupakan masalah kesehatan yang membebani masyarakat dan pemerintah Indonesia. Angka kejadian stroke cukup tinggi dan merata baik di kota besar maupun kota kecil. Riset Kesehatan Dasar Kemenkes RI mendapatkan angka prevalensi stroke 8,3 per 1000 penduduk di tahun 2007 dan meningkat menjadi 12,1 per 1000 penduduk di tahun 2013. Survei harian Kompas dari data 41.590 kematian selama kurun waktu Januari - Desember 2014, mendapatkan angka penyebab kematian tertinggi di Indonesia adalah akibat stroke baik untuk pria maupun wanita yaitu sebesar 21,1%.

Stroke adalah kumpulan gejala berupa muka mencong, lengan dan tungkai sebelah menjadi lemah, bicara pelo/sulit yang terjadi secara tiba-tiba akibat dari penyumbatan (stroke iskemik) atau pecahnya (stroke hemoragik) pembuluh darah otak. Bila terkena stroke dengan gejala awal seperti di atas, maka waktu kurang dari 4,5 jam merupakan 'golden period' terapi stroke akibat penyumbatan pembuluh darah otak (stroke iskemik).

Meskipun kejadian stroke ini tiba-tiba seperti suatu 'serangan', akan tetapi adanya penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak ini sebenarnya akibat dari 'faktor risiko' yang telah lama diderita oleh seseorang calon penderita stroke. Faktor risiko yang dimaksud ini, berupa penyakit seperti tekanan darah tinggi, diabetes, kolesterol tinggi, kegemukan, sakit jantung dan asam urat tinggi. Kondisi ini diperburuk dengan kebiasaan merokok, minum alkohol, kurang olah raga, kurang istirahat / stres.

Melihat faktor risiko stroke, maka untuk mencegah jangan sampai terkena stroke adalah memperbaiki gaya hidup. Gaya hidup ini meliputi, pola makan, aktivitas keseharian berupa olah raga, waktu istirahat cukup, mengurangi stres dan kebiasaan konsumsi yang buruk.

Menurut survei harian Kompas yang terbit pada hari Selasa, 19 Mei 2015, penduduk Indonesia yang mengkonsumsi gula berlebih (lebih dari 50 gram /hari) sebesar 4,8%, konsumsi garam berlebih (lebih dari 2000 mg / hari) sebesar 18,3%, konsumsi lemak berlebih (lebih dari 67 gram / hari) sebesar 26,5%. Pola makan dengan tinggi gula, garam ataupun lemak, banyak didapatkan pada makanan sehari-hari. Contoh makanan dengan tinggi gula (manis) seperti kue tradisional maupun minuman teh/kopi yang manis, makanan yang mengandung garam tinggi seperti ikan asin, telur asin dan makanan yang mengandung lemak tinggi adalah makanan yang bersantan, gorengan. Makanan yang mengandung asam urat tinggi antara lain, isi dalam binatang berkaki empat seperti usus, hati, limpa, dsb. Akibat pola makan buruk ini, maka angka kejadian diabetes / penyakit gula, penyakit darah tinggi, kolesterol tinggi, asam urat tinggi dan kegemukan akan meningkat.

Selain pola makan yang kurang baik, gaya hidup buruk lainnya seperti merokok, minum alkohol, konsumsi narkoba, kurang olah raga, kerja berlebihan yang menimbulkan stres dan kurang istirahat juga merupakan faktor risiko stroke. Riset Kesehatan Dasar Kemkes RI mendapatkan data, hanya 26,1 % orang yang berolah raga rutin. Survei harian Kompas, mendapatkan angka 33,6% berolah raga tapi tidak rutin dan 18,6% berolah raga satu kali per minggu. Perokok meningkat pada laki-laki dari 53,4% di tahun 1995 menjadi 66% di tahun 2013 dan untuk wanita dari 1,7% di tahun 1995 menjadi 2,3% di tahun 2013.

Melihat faktor risiko, maka untuk mencegah stroke yang dapat dilakukan dan sangat baik bila dilakukan adalah merubah gaya hidup mulai dari pola makan, pola aktivitas keseharian maupun menghindari kebiasaan buruk. Karena dalam masalah kesehatan pencegahan tetaplah yang terbaik oleh karena murah dan aman.

Memang benar saat ini telah ada BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan yang pada setiap anggotanya diberikan biaya pengobatan. Akan tetapi biaya tersebut hanya diberikan saat dirawat di rumah sakit. Di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional ini, salah satu unggulan pelayanannya adalah pelayanan stroke dan melayani pasien BPJS. Paparan Menteri Kesehatan yang dirilis harian Kompas, biaya rawat inap stroke Januari - Juni sebesar 794,08 miliar untuk 172 303 kasus. Biaya yang besar ini baru untuk biaya rawat di rumah sakit. Bagaimana biaya selanjutnya?

Karena insan pasca stroke ini setelah keluar dari rumah sakit, masih memerlukan biaya pengobatan yang besar, baik untuk terapi pemulihan kecacatan maupun biaya untuk obat-obatan pengontrol faktor risiko. Siapa penanggung biaya ini? Penderita dan keluarganya, Padahal insan pasca stroke ini, akan terkendala kecacatan untuk kembali bekerja seperti sediakala yang berarti penghasilan juga akan menurun.

Salah satu anjuran 5 gaya hidup sehat, dikemukakan oleh Duke Medicine di Amerika Serikat, adalah tidak merokok, diet makanan sehat, berolah raga minimal 30 menit tiap hari, berat badan optimal (BMI - Basal Metabolik Indeks <25 kg/m²), dan bila akan minum alkohol satu hari cukup satu gelas wine.

Bagaimana cara menilai kesehatan diri terkait faktor risiko stroke? Salah satu caranya melalui formulir yang ada dibawah ini.

FAKTOR RISIKO	RISIKO TINGGI	HATI-HATI	RISIKO RENDAH
Tekanan Darah	>140/90	12-139/80-89	< 120/80
Atrial Fibrillation	Denyut Jantung Tidak Beraturan	Tidak Tahu	Denyut Jantung Teratur
Merokok	Perokok Berat	Mencoba Stop	Bukan Perokok
Kholesterol	>240 atau tidak diketahui	200-239	<200
Diabetes	Ya	Ambang Batas	Tidak
Olah Raga	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Rutin Olah Raga
Berat Badan	Obesitas	Overweight	BB Ideal
Stroke Di Keluarga	Ya	Tidak Yakin	Tidak Ada
TOTAL NILAI	Risiko Tinggi	Hati-hati	Risiko Rendah

HASIL PENILAIAN RESIKO STROKE



Resiko Tinggi > : Tanyakan tentang pencegahan stroke segera



Hati Hati 4-6 : Sebuah awal yang baik.kurangi faktor risiko stroke



Risiko Rendah : Anda melakukannya dengan sangat baik dalam mengendalikan risiko stroke

Tanyakan pada petugas kesehatan bagaimana cara mengurangi faktor resiko stroke anda

Tips untuk mengurangi faktor resiko Anda:

1. Ketahui tekanan darah anda
2. Cari solusi jika anda mengalami atrial fibrilasi.
3. Jika anda merokok berhentilah
4. Cari Solusi jika Anda mengalami kolesterol tinggi
5. Jika ada diabetes ikuti rekomendasi untuk mengontrol diabetes anda
6. Hidup sehat dengan berolah raga secara rutin
7. Makan makanan rendah natrium (garam) dan rendah lemak

Bertindak cepat & segera bawa ke Rumah Sakit jika seseorang mengalami Tanda-tanda stroke:

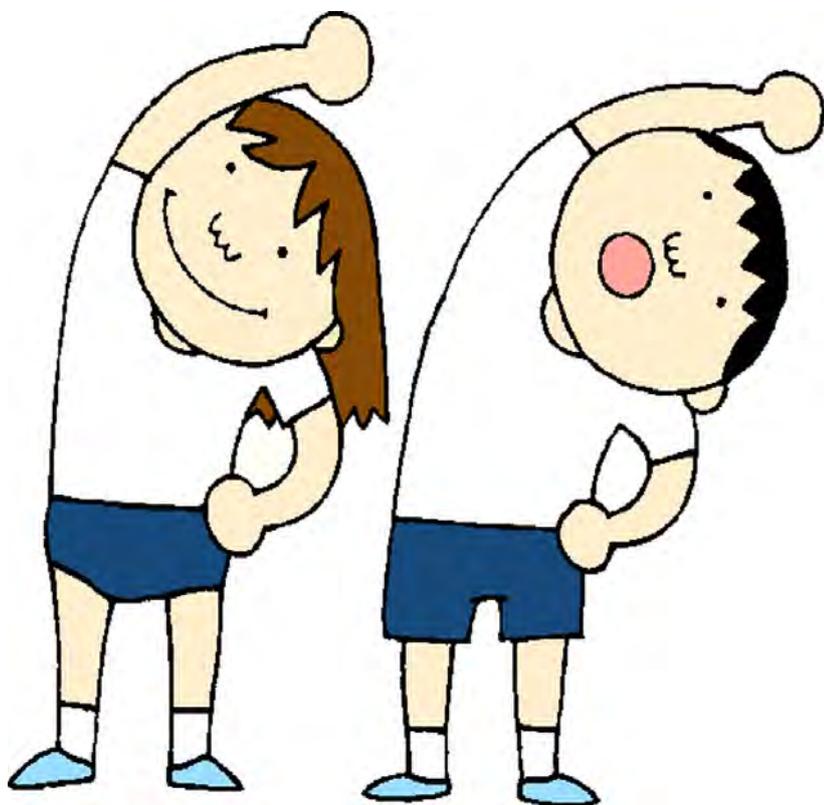
Face (WAJAH) Minta orang tersebut untuk tersenyum. Apakah satu sisi wajah mencong?

Arms (LENGAN): Minta orang tersebut untuk mengangkat kedua lengan. Apakah salah satu lengannya tidak mampu diangkat

Speech (BERBICARA): Minta orang tersebut mengulang kalimat sederhana. Apakah bicara mereka tidak jelas atau aneh

Time (WAKTU: jika seseorang mengalami tanda-tanda diatas ,segera bawa ke Rumah Sakit

MENCEGAH LEBIH BAIK DARI PADA MENGOBATI





HATI - HATI RADANG TELINGA DAPAT MENIMBULKAN KOMPLIKASI KE OTAK

dr. R.Moh. Krisna W.Barata, dr,SpTHT-KL.,M.kes

Pernah merasakan keluhan sakit telinga, telinga terasa tersumbat atau sampai keluar cairan dari telinga ? Jangan dianggap ringan yah keluhan seperti ini karena ternyata radang telinga tengah ini dapat menyebabkan komplikasi ke otak. Radang telinga tengah atau disebut dalam bahasa kedokteran otitis media. Otitis media terbagi atas otitis media supuratif dan otitis media non supuratif. Ditinjau dari perlangsungannya, masing-masing golongan memiliki bentuk akut dan kronis. Bila keadaan akut dari otitis media tidak ditangani dengan baik atau tidak diobati dengan tuntas, maka akan berkembang menjadi kronik. Pada keadaan ini tidak hanya dapat mengakibatkan kehilangan pendengaran, melainkan juga dapat mengakibatkan komplikasi sehingga terjadi juga gangguan di tempat lain. Komplikasi dari otitis media secara umum dibagi menjadi dua, yaitu intratemporal (sekitar telinga) dan intrakranial (otak). Komplikasi intratemporal terdiri dari parese saraf wajah, labirintitis, abses subperiosteal, dan lain sebagainya. Sedangkan komplikasi intrakranial terdiri dari, abses subdural, abses epidural, tromboflebitis sinus lateral, meningitis, abses otak, dan hidrosefalus otitis. Pada artikel ini dibahas mengenai komplikasi intrakranial.

Komplikasi otitis media terjadi apabila sawar (barrier) pertahanan telinga tengah yang normal dilewati, sehingga memungkinkan terjadinya penjarangan infeksi ke struktur di sekitarnya. Pertahanan pertama tersebut adalah mukosa kavum timpani yang juga seperti mukosa saluran pernapasan, mampu melokalisasi infeksi yang terjadi. Bila sawar tersebut runtuh, maka struktur lunak di sekitarnya akan terkena. Runtuhnya periosteum akan menyebabkan terjadinya abses subperiosteal, yaitu suatu komplikasi yang relatif tidak berbahaya. Bila ke arah kranial, akan menyebabkan abses ekstradural, tromboflebitis sinus lateralis, meningitis dan abses otak.

Perjalanan komplikasi infeksi telinga tengah ke intra kranial harus melewati 3 macam lintasan yaitu dari rongga telinga tengah ke selaput otak, menembus selaput otak dan masuk jaringan otak.

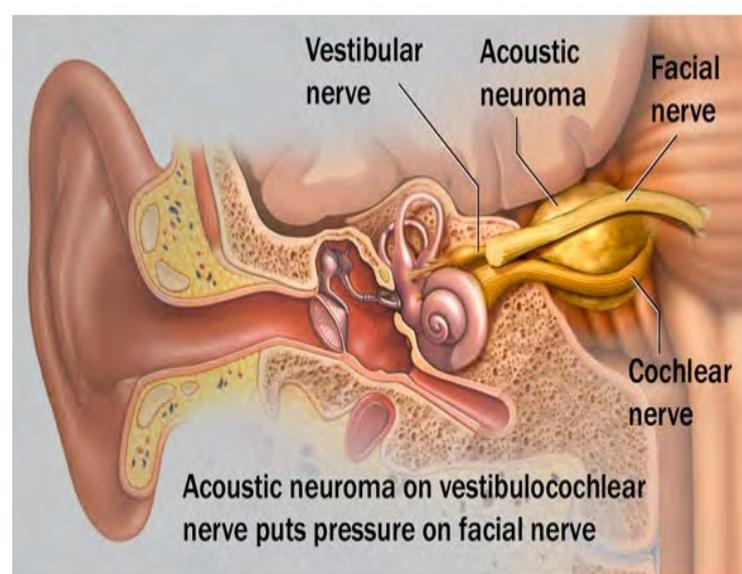


Pengenalan yang baik terhadap suatu penyakit telinga merupakan prasyarat untuk mengetahui timbulnya komplikasi. Bila dengan pengobatan medikamentosa tidak berhasil mengurangi gejala klinik dengan tidak berhentinya keluar cairan dari telinga dan pada pemeriksaan otoskopi tidak menunjukkan berkurangnya reaksi inflamasi dan pengumpulan cairan maka harus diwaspadai kemungkinan terjadinya komplikasi. Pada stadium akut, naiknya suhu tubuh, nyeri kepala atau adanya tanda toksisitas seperti malaise, perasaan mengantuk, somnolen atau gelisah yang menetap dapat merupakan tanda bahaya. Timbulnya nyeri kepala di daerah parietal, atau oksipital dan adanya keluhan mual, muntah proyektil, serta kenaikan suhu badan yang menetap selama terapi diberikan merupakan tanda komplikasi intrakranial.

Diagnosis komplikasi otitis media ditegakkan berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisis dan laboratorium berdasarkan jenis komplikasi yang terjadi dan hasil pemeriksaan lain yang menunjukkan adanya otitis media baik pemeriksaan roentgen, CT-Scan ataupun MR. Pemeriksaan ini bisa dilakukan dengan menggunakan BPJS.

Pada anamnesis ditemukan adanya keluhan berupa nyeri kepala hebat, nyeri telinga hebat, pusing berputar, lemas, keluar cairan dari telinga terus menerus, mual serta muntah yang tiba-tiba, penurunan kesadaran hingga koma, kejang dan adanya infeksi telinga dengan riwayat pengobatan medikasi yang tidak baik.

Secara umum, pengobatan komplikasi telinga tengah harus mencakup dua hal yaitu penanganan komplikasi yang terjadi dan juga upaya untuk penanganan infeksi primernya. Bila ditemukan adanya ancaman kemungkinan terjadinya komplikasi atau telah ada komplikasi pada stadium dini, maka dilakukan pengobatan seperti penyakit primernya. Terapi awal meliputi pemberian antibiotik dengan spektrum luas dan segera dilakukan tes sensitifitas antibiotik untuk pemberian antibiotik yang lebih tepat. Pasien OMSK dengan komplikasi intrakranial harus segera dirawat dan dirujuk ke dokter spesialis saraf, saraf anak, dan atau bedah saraf. Antibiotik dosis tinggi yang dapat menembus sawar otak diberikan secara intra vena selama 7-15 hari dan perlu diperiksa mikrobiologi sekret telinga.



Tindakan selanjutnya yaitu operatif hanya dilakukan atas indikasi tertentu, salah satunya adalah bila tidak ada respon yang baik setelah pemberian terapi medikamentosa. Perlu diketahui bahwa penatalaksanaan secara medikamentosa tetap dilanjutkan setelah dilakukan penanganan secara operatif. Pada beberapa penderita perlu dilakukan kerjasama dengan bagian Neurologi maupun Bedah Saraf, baik untuk deteksi awal maupun penanganan pasien selanjutnya.

Pencegahan lebih baik daripada mengobati. Tujuan dari pencegahan ini adalah untuk mengurangi insiden komplikasi lanjut dari otitis media dengan penatalaksanaan efektif terhadap otitis media akut dan kronik, dan pencegahan terhadap timbulnya otitis media supuratif kronik. Terdapat banyak faktor yang dapat mempengaruhi penyebaran infeksi dari telinga tengah dan mastoid ke rongga intrakranial; seperti kemampuan menginvasi bakteri, kemanjuran dari terapi antibiotik, adanya defek anatomi, perubahan imunitas host dan pembedahan drainase.

Pada komplikasi otitis media bisa menyebabkan kematian ketika tidak ditangani dengan maksimal. Gejala sisa seringkali muncul pada pasien yang pernah mengalami komplikasi intrakranial. Penanganan yang adekuat terhadap penyakit asalnya juga sangat mempengaruhi prognosis pengobatan.

Jadi bila anda atau keluarga anda mengalami keluhan seperti itu, segera berobat ke dokter spesialis THT-KL untuk mendapatkan penanganan yang tepat agar tidak terjadi komplikasi ke otak.



MOTOR NEURON DISEASES

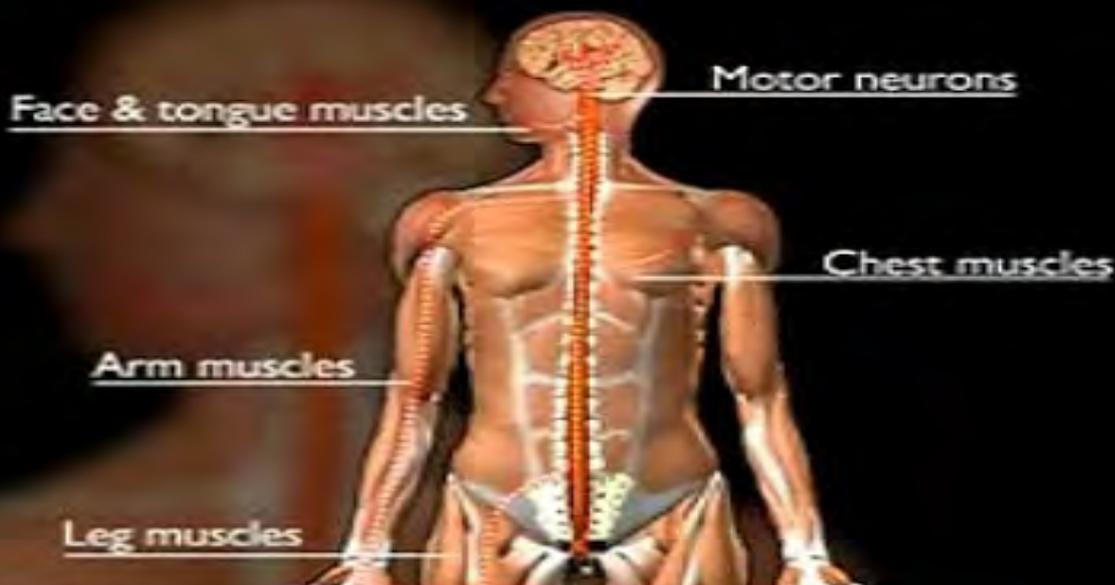
dr. Kemal Imran, Sp.S, MARS

Motor Neuron Disease (MND) adalah suatu kelainan neurologis yang berkembang secara progresif yang menghancurkan motor neuron. Motor Neuron ini adalah sel yang mengontrol aktifitas otot volunter seperti bicara, menelan, bernapas, berjalan. Normalnya perintah dari sel saraf yang berada di otak (Upper Motor Neuron/ Corticospinal neuron) akan ditransmisikan melalui sel saraf di batang otak dan diteruskan ke spinal cord (Lower Motor Neuron atau disebut juga sel anterior horn) dan kemudian akan diteruskan pada otot tertentu. Lower Motor Neuron akan mengontrol pergerakan tangan, kaki, dada, wajah, tenggorokan dan lidah.

Ketika ada gangguan sinyal antara Lower Motor Neuron dan otot-otot, maka otot-otot tersebut akan mengalami gangguan gerak sehingga secara bertahap akan mengalami kelemahan dan mulai terjadi pengecilan (atropy) otot sehingga muncullah gerakan-gerakan yang tak terkontrol (twitching atau disebut juga fasikulasi). Jika kelainannya antara upper Motor Neuron dan Lower Motor Neuron, maka otot-otot tubuh akan menjadi kaku (spastik) , pergerakan akan menjadi lambat dan butuh tenaga lebih besar untuk bergerak, refleks-refleks fisiologis pada tendon menjadi berlebihan dan dengan berjalannya waktu akan mengakibatkan hilangnya kemampuan mengontrol gerak yang volunter.

Penyebab

Beberapa penderita MND disebabkan karena keturunan (genetik) tetapi sebagian besar tidak diketahui sebabnya. Beberapa teori bisa karena lingkungan, toksik, dan virus. MND terjadi pada orang dewasa dan anak-anak. Pada masa anak-anak terutama yang disebabkan karena keturunan, gejala dapat muncul saat kelahiran atau saat anak mulai belajar berjalan. Pada orang dewasa, MND lebih sering terjadi pada kelompok laki-laki dan biasanya muncul pada usia 40 tahun.



Klasifikasi Penyakit

Penyakit ini diklasifikasikan tergantung kepada apakah secara genetik (diturunkan) atau terjadi secara sporadik dan juga apakah kelainannya melibatkan Upper Motor Neuron atau Lower Motor Neuron atau keduanya. Pada orang dewasa, MND paling sering disebut juga Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) yang mana kelainannya, melibatkan Upper Motor Neuron dan Lower Motor Neuron. Penyakit ini bisa dengan pola diturunkan atau secara sporadik dan melibatkan otot-otot tangan, kaki atau otot-otot wajah. Ada juga Primary Lateral Sclerosis yang mana hanya melibatkan Upper Motor Neuron saja, sedangkan bila melibatkan hanya Lower Motor Neuron saja di Spinal Cord akan menjadi Progressive Muscular Atrophy. Bila kelainannya hanya melibatkan motor neuron yang paling bawah dari Brain sistem sehingga menyebabkan bicara jadi seperti serak (slurred speech) dan kesulitan untuk mengunyah dan menelan akan disebut sebagai Progressive Bulbar Palsy. Dan pada kelainan ini akan dijumpai juga kelainan yang ringan pada tangan dan kaki.

Bila pasien masuk dalam katagori keturunan maka berarti dia mendapatkan gen pembawa MND dari orang tuanya. Gen yang didapatkan dari orang tuanya bisa Autosomal dominant yang berarti dia hanya mendapatkan copy gen yang mengandung genetik MND dari salah seorang orang tuanya.

Bisa juga gen yang didapatkan Autosomal recessive yang berarti pasien tersebut mendapatkan gen pembawa MND dari kedua orang tuanya. Autosomal recessive sering menyebabkan lebih banyak penderita dalam satu keluarga dalam satu generasi.

Gejala Gejala MND Yang Mungkin Muncul

Beberapa gambaran dari berbagai kelompok MND bisa muncul seperti: *Amyotrophic lateral sclerosis (ALS)*, juga disebut sebagai *Lou Gehrig's disease* atau MND yang klasik, kelainannya bisa berkembang secara cepat dan bisa berakibat fatal karena terjadinya gangguan pada semua otot volunter. Kedua motor neuron baik itu yang upper ataupun yang lower ikut terkena. Gejala muncul biasanya dimulai dari tangan dan kaki atau otot menelan. Sekitar 75% penderita ALS mengalami pengecilan (atrophy) dan gangguan fungsi dari otot bulber (otot-otot yang mengontrol berbicara, mengunyah dan menelan). Kelemahan dan atrophy pada otot-otot tubuh terjadi pada kedua sisi, akibatnya pasien kehilangan kemampuan untuk menggerakkan tangan dan kaki. Gejala lainnya muncul spastisitas, kramp dan fasikulasi. Berbicara jadi serak ataupun jadi sengau. Ketika otot diafragma dan otot dada ikut lumpuh maka pasien tersebut kehilangan kemampuan untuk bernapas dengan baik dan membutuhkan ventilasi mekanik. Terkadang penyakit ini bisa mempengaruhi kemampuan dalam berbicara maksudnya terjadi gangguan dalam pemilihan kata-kata, pengambilan keputusan dan gangguan

kognitif dan memory. Kebanyakan penderita ALS meninggal karena terjadi kegagalan dalam bernapas setelah 3-5 tahun setelah onset. Dan hanya 10% penderita selamat hidup lebih dari 10 tahun.

ALS paling banyak menyerang pada usia 40-60 tahun. Kaum laki-laki lebih banyak terserang dibandingkan wanita. Kebanyakan ALS terjadi secara sporadis dan bila ada anggota keluarga yang terkena ALS bukan berarti banyak anggota keluarga yang juga terkena penyakit tersebut. ALS yang terjadi secara familial adalah sekitar 10%. Bagaimanapun mutasi gen terdeteksi sangat jarang pada kasus-kasus ALS. Paling sering mutasi gen yang terjadi pada ALS adalah mutasi oleh gen superoksid dismutase atau SOD1, berlokasi dikromosom 21.

Progressive bulbar palsy, juga disebut sebagai progressive bulbar atrophy, melibatkan brain stem (Batang Otak) pada daerah berbentuk bulb yang mengandung lower motor neuron yang dibutuhkan untuk menelan, berbicara, mengunyah dan fungsi lainnya. Gejala yang muncul termasuk kelemahan otot faring, kelemahan rahang dan otot-otot wajah, kehilangan kemampuan berbicara yang progresif dan atrophy otot lidah. Kelemahan batang tubuh disertai dengan tanda-tanda Lower motor dan Upper motor neuron. Penderita ini rawan untuk mengalami tersedak dan pneumonia aspirasi, emosional juga bisa menjadi labil, pasien bisa tiba-tiba tertawa atau menangis. Sekitar 25% penderita Progressive Bulbar Palsy mengalami gangguan otot bulber pada awal perjalanan penyakit.

Infantile Progressive bulbar palsy adalah kelainan yang sangat jarang terjadi pada anak-anak dan secara fenotip berkaitan dengan bentuk :

- Brown-Vialetto-Van Laere syndrome (pontobulbar palsy with deafness)
- Fazio-Londe disease

Brown-Vialetto-Van Laere syndrome mempunyai gejala ketulian sensorial bilateral dan disertai kelumpuhan sayaraf kranial VII, IX dan XII. Sedangkan Fazio-Londe disease tidak disertai ketulian sensorineural. Kedua penyakit ini diturunkan secara genetik heterogen.

Pseudobulbar palsy, gejala-gejalanya mirip dengan progressive bulbar palsy, dengan ciri degenerasi upper motor neuron yang mentransmisikan sinyal kepada lower motor neuron di batang otak. Pasien yang mengalami ini akan terganggu pada fungsi berbicara, menelan dan mengunyah. Kelemahan otot wajah yang progresif sehingga mengganggu ekspresi wajah. Individu bisa bersuara parau dan gampang muntah. Lidahnya jadi sulit untuk digerakkan dan sulit untuk dijulurkan. Dan individu ini bisa tiba-tiba tertawa ataupun tiba-tiba menangis.

Primary lateral sclerosis (PLS) menyebabkan gangguan pada upper motor neuron dari tangan, kaki dan wajah. Kelainan ini terjadi bila sel saraf spesifik pada regio motorik di korteks cerebral secara bertahap mengalami kehancuran sehingga gerakan jadi lambat dan perlu usaha yang keras karena kekakuan. Kemudian bisa mengenai fungsi koordinasi sehingga pasien kesulitan dalam membawa barang. Pasien akhirnya mudah

terjatuh. Kelainan ini sering mengenai otot kaki duluan diikuti oleh otot tubuh, lengan dan tangan kemudian otot bulber. Bicara jadi lambat dan serak. PLS lebih sering terjadi pada pria dari pada wanita dan onset tersering juga pada usia 40-60 tahun. Penyebab penyakit ini tidak diketahui. Kelainan ini terjadi secara bertahap dan mengakibatkan kekakuan dan kecanggungan pada penderita untuk bergerak. PLS ini adalah varian dari ALS hanya bedanya hanya sedikit ada tanda lower motor neuron dan perkembangan penyakit yang sangat lambat dan umur hidup pasien yang normal. Penyakit ini bisa salah diagnosa dengan spastic paraplegia, penyakit yang diturunkan dan onsetnya pada orang dewasa dengan gejala kekakuan pada otot-otot kaki. Penyakit ini tidak fatal tetapi mengganggu kualitas hidup penderita.

Progressive muscular atrophy, penyakit ini berkembang secara perlahan dan hanya menunjukkan gejala gangguan pada lower motor neuron. Penyakit ini kebanyakan pada kaum laki-laki dengan onset lebih awal dari pada MND. Kelemahan pertama terlihat pada tangan dan kemudian menyebar pada ekstremitas bawah. Gejala lainnya bisa muncul adalah pengecilan otot, kecanggungan gerak, tangangan fasikulasi dan kramp otot. Terpapar udara dingin akan memperburuk keluhan. Otot tubuh dan pernapasan bisa juga terganggu.

Spinal muscular atrophy (SMA) adalah penyakit herediter yang mengenai lower motor neurons. Penyakit ini merupakan kelainan autosomal recessive yang disebabkan kerusakan pada gen SMN1, 5 motor neurons

(SMN protein). Pada SMA, ketidakcukupan kadar protein SMN menyebabkan kehancuran lower motor neurons, sehingga munculah kelemahan dan pengecilan otot skeletal. Kelemahan pada kelainan ini dominan pada otot tubuh dan paha atas dan lengan atas dibandingkan kelemahan tapak tangan dan tapak kaki. SMA pada anak diklasifikasikan pada tiga tipe tergantung pada usia onset, beratnya penyakit perkembangan gejala. SMA type I, juga disebut sebagai Werdnig-Hoffmann disease, dimulai pada usia 6 bulan. Gejalanya berupa hypotonia (berkurangnya tonus otot), berkurangnya gerakan anggota gerak, beberapa anak bisa menjadi scoliosis atau abnormalitas skeletal, hilangnya reflek, fasikulasi, tremor, gangguan menelan dan mengunyah dan gangguan bernapas. Anak biasanya meninggal sebelum usia 2 tahun. Dengan semakin intensif perawatan angka harapan hidup semakin meningkat SMA type II, biasanya dimulai pada perkembangan penyakit sangat bervariasi usia 6 dan 18 bulan. Anak tersebut dapat duduk tapi harus dibantu pada saat berdiri dan berjalan dan bisa mengalami kesulitan bernapas. Perkembangan penyakit sangat bervariasi. Angka harapan hidup akan berkurang tetapi kenyataannya beberapa anak bisa mencapai usia remaja. SMA type III (Kugelberg-Welander disease) muncul pada usia antara 2 dan 17 tahun. Gejalanya berupa gangguan melenggang (gait), kesulitan berlari, memanjat, atau gangguan bangkit dari kursi dan gangguan berupa tremor pada ujung jari

Ekstremitas bawah paling sering terganggu. Komplikasi palings sering berupa skoliosis dan gangguan kontraktur pada sendi. Pemendekan tendon dan otot sekitar sendi akan menyebabkan kelainan tonus otot dan mengakibatkan kelemahan. Individu dengan SMA type III bisa mengalami kesulitan bernapas, tetapi dengan perawatan yang baik akan menaga angka harapan hidup.

Congenital SMA dengan arthrogyrosis (kontraktur sendi yang persistent dengan kelainan postur dari batang tubuh). Manifestasi berupa kontraktur yang berat, skoliosis, kelainan dada dan gangguan bernapas, rahang yang kecil dan pelupuk atas mata yang jatuh.

Kennedy's disease, juga disebut sebagai progressive spinobulbar muscular atrophy, adalah suatu kelainan X-linked recessive disebabkan mutasi gen reseptor androgen. Anak perempuan dari Kennedy's disease merupakan carier dan mempunyai kesempatan 50 % kemungkinan terkena penyakit ini. Onset gejalanya pertama sekali muncul pada usia 15-60 tahun. Gejala termasuk kelemahan dan atropi dari rahang, otot wajah dan otot lidah. Akibatnya pasien akan mengalami kesulitan mengunyah, menelan dan berbicara. Gejala awalnya berupa nyeri otot dan kelelahan. Kelemahan pada tangan dan kaki terutama yang proksimal, muncul atropi dan fasikulasi pada otot dan bisa muncul juga hilangnya sensorik pada tangan dan kaki. Pada pemeriksaan kecepatan hantar saraf terdapat penurunan kecepatan sehingga menunjukkan

adanya neuropaty. Penderita laki-laki akan terdapat pembesaran kelenjar mammae dan bisa berkembang non insulin dependent diabetes mellitus. Angka harapan hidup penderita Kennedy disease adalah normal. Post-polio syndrome (PPS) adalah kondisi yang bisa menyerang penderita pos polio yang muncul beberapa tahun setelah sembuh dari poliomyelitis. Polio adalah penyakit infeksi virus akut yang menghancurkan motor neuron. Setelah penyembuhan poliomyelitis, motor neuron yang selamat akan membantu mengontrol otot yang lebih luas lagi. PPS dan Post Polio Muscular Atropy (PPMA) diperkirakan terjadi karena proses penuaan sehingga motor neruronnya banyak yang mati sehingga jadi lebih sedikit lagi. Gejala yang timbul adalah kelemahan otot, atropiotot, fasikulasi dan tak tahan dingin serta nyeri pada otot dan sendi. Pada otot tertentu yang terlibat akan menimbulkan kesulitan bernapas, menelan dan tidur. Gejala lainnya akan timbul scoliosis karena perubahan pada bentuk otot sehingga mempengaruhi biomekanik sendi dan tulang belakang.

Penegakkan Diagnosa

Semua kelainan diatas ditegakkan diagnosa dengan wawancara yang mendalam dan pemeriksaan neurologis yang teliti. Seorang Neurologis akan melakukan pemeriksaan sensorik, kekuatan motorik, test koordinasi dan gaya berjalan, refleks refleks, saraf kranial dan pemeriksaan kognitif. Semua kelainan yang ditemukan dicocokkan dengan pembagian penyakit MND tersebut

Tes untuk menyingkirkan kelainan atau penyakit pada otot dapat dilakukan sebagai berikut.:

1. Electromyography (EMG) digunakan untuk menegakkan kelainan pada lower motor neuron seperti kelainan pada syaraf tepi dan otot. Pada pemeriksaan EMG ditusukkan jarum elektrode pada otot tertentu untuk menilai aktifitas listrik otot selama kontraksi volunter dan saat selagi otot beristirahat. Jika terdapat kerusakan pada motor neuron maka aktifitas listrik yang karakteristik akan terekam pada alat EMG Ketika terdapat aktifitas yang muncul spontan saat istirahat berarti aktifitas otot yang berkontraksi tanpa adanya peran motor neuron ini merupakan ciri khas MND. EMG ini juga dicocokkan dengan kecepatan hantaran listrik syaraf dimana pada kulit pasien diberikan rangsangan listrik untuk menstimulasi syaraf dan akan direkam berapa kecepatan dan besaran amplitudo yang terekam di elektroda tempel. Kecepatan hantar syaraf ini untuk membedakan kelainan motor neuron dengan kelainan syaraf tepi (neuropaty) dan untuk mendeteksi kelainan syaraf sensorik

2. Pemeriksaan laboratorium biasanya untuk mengecek apakah creatine kinase meningkat atau tidak. Gunanya untuk membedakan apakah kelainan pada motor neuron atau di otot. Jika ada reaksi kimia yang besar untuk memproduksi energi ketika melakukan kontraksi otot (Jika cretine kinase ini meningkat) berarti terjadi kelainan pada otot seperti muscular dystrophy.

3. Magnetic resonance imaging (MRI) untuk mendapatkan gambaran

jaringan, organ, tulang, syaraf dan struktur tubuh lainnya. MRI bisa digunakan untuk menilai integritas dari upper motor neuron.

4. Biopsi otot dan syaraf juga bisa membedakan anatar degenerasi otot ataupun degenerasi dan regenerasi syaraf.

5. Transcranial magnetic stimulation prosedur ini mebangkitkan pulsasi magnetik di otot yang memicu aktifitas motorik di area tertentu di tubuh pasien. Elektroda

menghilangkan kekakuan itupun hanya untuk menghilangkan gejala tetapi tidak menyembuhkan penyakit dan sayangnya obat obatan tersebut tidak masuk dalam formularium nasional. Terapi yang diberikan semuanya hanya untuk mengurangi gejala yang tidak mengenakan pasien. Kombinasi dextromethorphan dan quinidine diperkirakan dapat mengurangi gejala pseudobulbar dan obat anti inflamasi non steroid untuk mengurangi nyeri atau kramp yang sering terjadi.

Fisioterapi atau neurorestorasi dapat memperbaiki postur tubuh, mencegah imobilitas sendi, dan memperlambat atropi otot dan kelmahan. Latihan stretching dan strengthening dapat mengurangi spastisitas, meningkatkan pergerakan dan menjaga sirkulasi darah. Beberapa penderita membutuhkan speech terapi untuk melatih mengunyah dan menelan. Pemberian panas dapat membebaskan nyeri otot. Alat alat bantu seperti brace, orthotic, kursi roda akan membantu pasien tetap mandiri.

Gizi yang cukup dan seimbang akan menjaga berat badan pasien dan kekuatan tubuhnya. Jika pasien mengalami kesulitan menelan maka akan dibutuhkan diet sonde bagi penderita tersebut.

Mengingat tidak adanya terapi yang definitif terhadap pasien tersebut maka diperlukan tatalaksana yang multidisiplin dan suportif dari lingkungannya. Mulai dari penegakkan diagnosa dengan pemeriksaan penunjang dan tata laksana yang multidisiplin semua akan memakan waktu yang bertahun tahun dan akan menguras dana dari penderita tersebut. Untungnya dengan sistem Jaminan Kesehatan Nasional semuanya bisa ditanggulangi bagi masyarakat yang datang berobat ke rumah sakit-rumah sakit yang mempunyai fasilitas seperti yang tersebut diatas dan telah bekerja sama dengan BPJS.



nya ditempel pada berbagai area tubuh. Pengukuran aktifitas evoked akan membantu mendiagnosa disfungsi upper motor neuron atau memonitor progresifitas penyakit.

Tata Laksana MND

Sebenarnya tak ada terapi standar untuk penyakit MND. Riluzole (Rilutek R) hanya untuk memperpanjang angka harapan hidup tetapi tidak menghilangkan gejala. Obat tersebut untuk mengurangi produksi neurotransmitter glutamate yang membawa sinyal ke motor neuron. Diperkirakan jika terlalu banyak neurotransmitter glutamate akan merusak motor neuron dan menghambat sinyal saraf. Obat seperti baclofen atau tizanidine untuk



KOMISI IX DPR RI MENGAPRESIASI PELAYANAN RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL

Kamis 21 April 2016, Rumah Sakit Pusat Otak menerima kunjungan dari kerja Komisi IX DPR RI. Komisi IX DPR RI membidangi masalah kesehatan dan ketenagakerjaan, yang diketuai oleh Dede Yusuf, M.E, ST, M.Si menyebutkan Kunjungan kerja dilakukan karena Rumah Sakit Pusat Otak Nasional merupakan mitra dibidang kesehatan.

Rombongan Komisi IX DPR RI disambut langsung oleh Direktur Utama dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS, serta jajaran pejabat struktural dan dokter di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional. Acara dilanjutkan dengan ramah tamah dan presentasi mengenai pelayanan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional dilanjutkan dengan diskusi antara anggota Komisi IX DPR RI dengan dokter konsultan.

Beberapa pertanyaan sempat diajukan oleh anggota Komisi IX DPR RI salah satunya dari Drs. H. Imam Suroso, SH, MM yang menanyakan mengenai "ada KLB, banyak Rumah Sakit menolak pasien terutama pasien BPJS dan apakah Rumah Sakit Pusat Otak Nasional ini menerima

pasien lain seperti Obygn, atau DBD ?" , pertanyaan tersebut langsung ditanggapi oleh dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS yakni "Sistem yang kami lakukan agar tidak ada pasien yang terlantar atau ada cerita penolakan. Kami pastikan kepada Rumah Sakit yang merujuk bahwa kami ini adalah Rumah Sakit khusus layanan otak dan syaraf, semua pasien yang datang ke IGD tetap dilayani kemudian apabila kasus bukan dibidang neurology kami akan merujuk dan memastikan bahwa Rumah Sakit yang dirujuk ada fasilitasnya".

Selain diskusi rombongan Komisi IX DPR RI melakukan telusur lapangan, yakni mengunjungi pasien yang berada diruang rawat inap, ICU, SCU serta HCU dan keluarga pasien yang berada di rumah singgah untuk melihat pelayanan yang ada di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional terutama pasien BPJS.

Kunjungan diakhiri dengan penyerahan plakat dari Komisi IX DPR RI kepada Rumah Sakit Pusat Otak Nasional yang diwakili oleh Direktur Utama dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS. teguh/erlangga ■

Bagaimanakah pelayanan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional?

Mulai 1 Januari 2014 sistem Jaminan Sosial terbaru atau JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) resmi diberlakukan. JKN merupakan program pelayanan kesehatan terbaru yang merupakan kepanjangan dari Jaminan Kesehatan Nasional yang sistemnya menggunakan sistem asuransi. Sementara BPJS adalah singkatan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS ini adalah perusahaan asuransi yang kita kenal sebelumnya sebagai PT Askes. Antara JKN dan BPJS tentu berbeda. JKN merupakan nama programnya, sedangkan BPJS merupakan badan penyelenggaranya yang kinerjanya nanti diawasi oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional). Seluruh Rumah Sakit Pemerintah melaksanakan pelayanan BPJS, termasuk juga Rumah Sakit Pusat Otak Nasional.

Berikut sejumlah pertanyaan dan jawaban seputar Pelayanan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional.

1. Apakah Rumah Sakit Pusat Otak Nasional, dalam pelayanannya menerima pasien BPJS?

Rumah Sakit Pusat Otak Nasional, dalam prosesnya memberikan pelayanan sejak tahun 2014 telah melakukan pelayanan kepada pasien-pasien yang menggunakan BPJS Kesehatan.

2. Selama pelayanan yang dilakukan, berapa persen pasien BPJS yang dilayani di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional?

Pasien yang dilayani bervariasi dan mayoritas adalah pasien BPJS, namun sesuai dengan data yang diperoleh melalui Instalasi Rekam Medik, pada tahun 2015 untuk pelayanan rawat jalan, pasien yang menggunakan BPJS sebanyak 71%, dan untuk pelayanan rawat inap, pasien yang menggunakan BPJS sebanyak 86%.

3. Apakah ada petugas tertentu yang menerima pasien BPJS, saat pendaftaran rawat jalan?

Di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional, pelayanan BPJS dilakukan lewat loket dengan petugas khusus untuk melayani pendaftaran pasien BPJS rawat jalan. Cara tersebut membuat pelayanan untuk pasien rawat jalan BPJS menjadi lebih efektif.

4. Berapa lama waktu yang dibutuhkan saat pasien dilayani pada pendaftaran?

Pasien BPJS yang mendapat pelayanan BPJS, mempunyai aturan tertentu sesuai dengan ketentuan yang diatur oleh BPJS dan apabila berkas yang dibutuhkan telah sesuai dengan ketentuan yang diatur oleh BPJS, maka





proses pendaftaran hanya berlangsung + 3 menit .
(Catatan: waktu pendaftaran tidak termasuk waktu yang diperlukan untuk antrian)

5. Apakah ada perbedaan dalam pelayanan rawat inap dan rawat jalan untuk pasien BPJS dengan pasien umum?

Pelayanan Rawat inap dan rawat jalan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional sampai saat ini berjalan dengan baik, khususnya pelayanan BPJS. Di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional tidak membedakan untuk pelayanan pasien Umum dan Pasien BPJS, semuanya mendapatkan pelayanan yang sama sesuai aturan yang telah ditentukan.

6. Bila peserta ingin mendapatkan informasi tentang BPJS di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional, apakah ada petugas BPJS tertentu yang menanganinya?

Mulai April 2016, Rumah Sakit Pusat Otak Nasional telah mempunyai petugas khusus dari kantor cabang BPJS Kesehatan Jakarta Timur, yang stand by setiap hari di pendaftaran rawat jalan. Namun sebelumnya petugas BPJS tersebut belum stand by di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional.

7. Bagaimana saran untuk BPJS sebagai perusahaan asuransi yang menjalankan program JKN di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional?

Diharapkan petugas BPJS yang stand by di RS Pusat Otak Nasional adalah petugas yang sudah berpengalaman di RS pemerintah atau swasta, mengingat RS Pusat Otak Nasional merupakan RS Khusus. Verifikator dapat menjadi fasilitator dan penengah antara BPJS dan RS sehingga masalah yang terjadi dapat diselesaikan dengan efektif dan efisien sesuai dengan peraturan yang berlaku.

8. Sejak Rumah Sakit Pusat Otak Nasional diresmikan, apakah banyak pasien yang tidak puas dengan pelayanan BPJS di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional?

Sebagaimana badan layanan umum, maka terdapat beberapa pasien yang menyatakan tidak puas dengan layanan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional. Bila terdapat keluhan mengenai layanan, maka staf dari Rumah Sakit Pusat Otak Nasional akan segera menangani keluhan tersebut. Meski demikian secara garis besar, sebagian besar pasien menyatakan puas dengan layanan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional

**Peresmian pembukaan MRI 3 Tesla
oleh dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS**



GALERI FOTO

Dalam memperingati hari Epilepsi yang jatuh pada bulan Maret 2016, Rumah Sakit Pusat Otak Nasional melakukan rangkaian penyebaran leaflet di dalam Rumah Sakit dan diluar Rumah Sakit oleh TIM PKRS Rumah Sakit Pusat Otak Nasional



GALERI FOTO

Kunjungan Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi ke Rumah Sakit Pusat Otak Nasional dalam hal peningkatan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional menjadi Rumah Sakit Khusus Pendidikan.



Kunjungan Komisi IX DPR RI ke Rumah Sakit Pusat Otak Nasional pada tanggal 21 April 2016.





RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL



“ Melayani dengan Mulia ”

