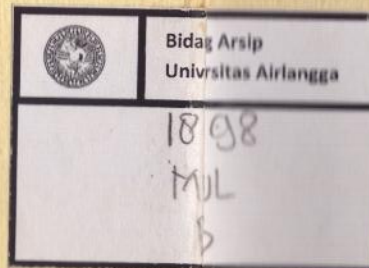


**BERBAGAI MASALAH DALAM PENGELOLAAN
KANKER LARING DI SURABAYA**



Pidato

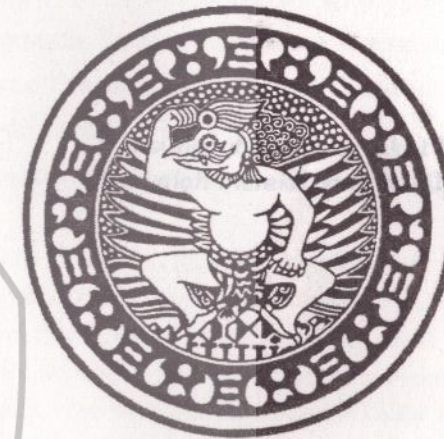
diucapkan pada peresmian penerimaan jabatan Guru Besar
dalam Ilmu Penyakit Telinga, Hidung dan Tenggorok
pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
di Surabaya pada Hari Rabu tanggal 29 Juli 1998



oleh :

MULYARJO

BERBAGAI MASALAH DALAM PENGELOLAAN KANKER LARING DI SURABAYA



...kenar kepada Allah,
...u pengetahuan

(Q.S. - 35, 28)

* Jika mati seorang anak Adam (manusia), maka
terpuluslah amal usahanya kecuali tiga :

Sedekah yang berjalan terus,

Pidato u pengetahuan yang berguna,

Anak yang saleh yang selalu

mendoakan padanya.

(Muslim)

diucapkan pada peresmian penerimaan jabatan Guru Besar
dalam Ilmu Penyakit Telinga, Hidung dan Tenggorok
pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
di Surabaya pada Hari Rabu tanggal 29 Juli 1998

oleh :

MULYARJO

BERBAGAI MASALAH DALAM PENGELOLAAN KANKER LARING DI SURABAYA



Pidato

di Surabaya pada Hari Rabu tanggal 29 Juli 1998
pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
dalam Ilmu Penyakit Telinga, Hidung dan Tenggorok
diadakan pada perayaan peringatan jabatan Guru Besar

oleh

MULYATI



Bismillahirrahmanirrahim,

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Yang sangat saya hormati

Saudara Ketua dan Para Anggota Dewan Penyanjung Universitas Airlangga,

Saudara Rektor/Ketua Senat Guru Besar Universitas Airlangga,

Segenap Anggota Senat Guru Besar Universitas Airlangga,

Saudara Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga,

Saudara Direktur Riset dan Pengembangan,

* Sesungguhnya yang takut benar kepada Allah,
hanyalah mereka yang **berilmu pengetahuan**.

(Q.S : 35, 28)

Pada kesempatan ini marilah kita memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya yang luar biasa besarnya sehingga kita semua dapat hadir dalam keadaan sehat wal afiat di ruangan ini untuk mengikuti Rapat Senat Terbuka Universitas Airlangga. Selanjutnya pada kesempatan ini pula saya menghajikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Rektor/Ketua Senat yang telah mengizinkan saya untuk menyampaikan pidato pengukuhan sebagai Guru Besar (G.B.) dan Tenggorok (T.T.).

Adapun judul pidato saya adalah :

* Jika mati seorang anak Adam (manusia), maka
terputuslah amal usahanya kecuali tiga :
Sedekah yang berjalan terus,
Ilmu pengetahuan yang berguna,
Anak yang saleh yang selalu
mendoakan padanya.

(Muslim)

PENDAHULUAN

Laring adalah organ tubuh manusia yang terletak di dalam leher, dan merupakan pintu masuk ke dalam saluran napas trakea. Di dalam laring terletak pita suara yang merupakan sumber suara yang sangat penting bagi terlaksananya fungsi berbicara.

Kanker laring (KL) adalah tumor ganas yang tumbuh di laring, dan banyak menyerang penderita usia lanjut terutama laki-laki. Proporsi penderita KL masih sangat kecil dibandingkan penderita penyakit lain seperti penyakit jantung dan penyakit infeksi lainnya.

**Bismillahirrahmanirrahim,
Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.**

Yang sangat saya hormati

**Saudara Ketua dan Para Anggota Dewan Penyantun Universitas
Airlangga,
Saudara Rektor/Ketua Senat Guru Besar Universitas Airlangga,
Segenap Anggota Senat Guru Besar Universitas Airlangga,
Saudara Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga,
Saudara Direktur RSUD Dr Soetomo,
Para Tamu undangan dan para hadirin yang saya muliakan.**

Pada kesempatan ini marilah kita memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya yang luar biasa besarnya sehingga kita semua dapat hadir dalam keadaan sehat wal afiat di ruangan ini untuk mengikuti Rapat Senat Terbuka Universitas Airlangga. Selanjutnya pada kesempatan ini pula saya menghaturkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Rektor/Ketua Senat yang telah mengizinkan saya untuk menyampaikan pidato pengukuhan sebagai Guru Besar dalam Ilmu Penyakit Telinga Hidung dan Tenggorok (THT).

Adapun judul pidato saya adalah :

BERBAGAI MASALAH DALAM PENGELOLAAN KANKER LARING DI SURABAYA

PENDAHULUAN

Laring adalah organ tubuh manusia yang terletak di dalam leher, dan merupakan pintu masuk ke dalam saluran napas (trakea). Di dalam laring terletak pita suara yang merupakan sumber suara yang sangat penting bagi terlaksananya fungsi berbicara.

Kanker laring (KL) adalah tumor ganas yang tumbuh di laring, dan banyak menyerang penderita usia lanjut terutama laki-laki. Proporsi penderita KL masih sangat kecil dibandingkan penderita penyakit lain seperti penyakit menular dan penyakit infeksi lainnya.

Penyakit neoplasma(tumor) sebagai bagian dari penyakit tidak menular, menurut laporan Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 1990-1995 mempunyai proporsi rata-rata per tahun sekitar 3,8-4,1% dari seluruh penderita yang dirawat di rumah sakit. Atas dasar data tersebut, dapat diperkirakan bahwa penderita KL hanya merupakan bagian yang kecil. Di poliklinik onkologi THT RSUD Dr Soetomo Surabaya, sekitar 10 % penderita tumor ganas THT adalah penderita KL.

LOKASI & FREKUENSI TU GANAS THT DI UPF THT RSUD DR SUTOMO SURABAYA TAHUN 1991-1995

LOKASI	1991	1992	1993	1994	1995	JUMLAH	%
NASOFARING	176	189	170	181	173	889	59,3
HIDUNG DAN SIN PARANASAL	36	42	44	38	32	192	12,8
LARING	27	24	30	35	37	153	10,2
TONSIL	28	29	16	21	17	111	7,4
LIDAH	8	11	9	12	13	53	3,5
PALATUM	3	4	5	7	4	23	1,5
MASTOID	4	3	6	5	2	20	1,3
ESOFAGUS	3	5	4	4	1	17	1,2
LAIN-LAIN	6	6	7	13	9	41	2,8
JUMLAH	291	313	291	316	288	1499	100

Dikutip dari Mulyarjo (1996)³

Meskipun angka kejadian KL cukup kecil namun demikian KL dapat memberikan akibat-akibat yang kompleks pada penderita seperti terganggunya fungsi pernapasan, fungsi menelan dan fungsi berbicara. Oleh karena itulah dalam pengelolaan KL selama ini, masih sering dijumpai masalah yang memerlukan pemikiran dan pemecahan bersama agar dicapai hasil terapi yang maksimal.

Sebenarnya KL merupakan penyakit yang "curable", sehingga penderita KL dapat disembuhkan dari penyakitnya apabila dapat diketahui lebih dini.

Karena tumor tumbuh pada organ yang terbatas dan mudah dicapai, maka terapi pembedahan yakni dalam bentuk pengangkatan laring (laringektomi) memberikan hasil yang memuaskan, sehingga pasca bedah penderita dapat menikmati sisa hidupnya cukup lama, meskipun dengan keterbatasannya sebagai penyandang cacat tunalaring.

Dalam kesempatan ini akan disampaikan berbagai masalah yang berkaitan dengan pengelolaan penderita KL serta upaya pemecahannya, sebagai sumbangan pemikiran bagi RSUD Dr Soetomo dan FK UNAIR dalam meningkatkan fungsinya di bidang pendidikan, penelitian dan pelayanan/pengabdian kepada masyarakat.

PENGELOLAAN PENDERITA KANKER LARING

Pengelolaan penderita kanker laring dimulai dari ditegakkannya diagnosis klinik, diikuti dengan diagnosis histopatologi, penentuan stadium, terapi, dan akhirnya perawatan lanjutan dan rehabilitasi.

Selama ini sebagian besar diagnosis klinik maupun histopatologi ditegakkan di RSUD Dr Soetomo, hanya sebagian kecil yang sudah dibuat diagnosis sebelum dirujuk. Sementara itu penentuan stadium dapat dilaksanakan dengan pemeriksaan fisik, pemeriksaan endoskopi maupun pemeriksaan radiologi. Setelah stadium dapat diketahui kemudian baru ditentukan terapi yang definitif.

Ada beberapa pilihan terapi untuk penderita KL. Pada stadium I atau II, dapat dipilih terapi radiasi, karena pada stadium ini radiasi dapat bersifat kuratif tanpa menimbulkan cacat pada penderita. Sedang pada stadium III dan IV dapat dilakukan terapi pembedahan, yakni dengan mengangkat laring (**laringektomi**).

Penderita yang masih layak dilakukan pembedahan, akan disiapkan untuk menjalani pembedahan setelah penderita mendapatkan segala informasi mengenai pembedahan yang akan dijalannya, serta menyatakan persetujuannya secara tertulis. Seperti diketahui, di RSUD Dr Soetomo Surabaya, terapi pilihan pada kanker laring adalah terapi pembedahan, sedangkan radiasi, kemoterapi, dan sebagainya, adalah terapi tambahan atau terapi alternatif. Untuk penderita yang tidak layak bedah, yakni penderita-penderita dengan stadium lanjut yang kemungkinan tidak "curable", disiapkan untuk radiasi dan terapi paliatif dengan tujuan mengurangi penderitaannya.

TERAPI PENDERITA KL TH 1991-1995

TERAPI	JUMLAH	%
LARINGEKTOMI TOTAL	96	62,7
RADIASI	49	32
TANPA TERAPI DEFINITIF	8	5,3
JUMLAH	153	100

Dikutip dari Mulyarjo (1996)³

Penderita yang telah menjalani pembedahan, akan mengalami handikap karena penderita tidak mampu lagi untuk berbicara. Hal ini terjadi karena laring sebagai sumber suara telah diangkat pada saat pembedahan. Untuk itulah terapi rehabilitasi diberikan.

Di RSUD Dr Soetomo rehabilitasi dilakukan melalui pemberian latihan bicara dengan esofagus. Penderita yang tidak menjalani pembedahan pada umumnya juga telah menjalani trakeotomi untuk mengatasi sumbatan pada laringnya sebelum menjalani terapi radiasi maupun terapi paliatif lainnya. Penderita-penderita ini selanjutnya akan bernapas melalui stoma, suatu lubang kecil di bagian depan leher.

Sesuai dengan fungsi RSUD Dr Soetomo sebagai pusat rujukan untuk Wilayah Indonesia Bagian Timur, maka poliklinik THT menerima rujukan penderita kanker laring tidak saja dari Surabaya dan sekitarnya, akan tetapi juga dari daerah lain di Jawa Timur bahkan dari luar Jawa. Dari 153 penderita KL yang berobat ke poli THT RSUD Dr Soetomo tahun 1991-1995, diketahui bahwa 31 dari 153 penderita berasal dari Surabaya, 14 penderita dari Sidoarjo, 11 berasal dari luar Jawa, sedang sisanya dari daerah-daerah tingkat II lainnya di Jawa Timur.

Standar pengelolaan terhadap penderita kanker laring RSUD Dr Soetomo, dibuat sesuai dengan kondisi dan prasarana yang tersedia pada saat itu, di mana selain pemeriksaan fisik THT sederhana, dimasukkan pula modalitas pemeriksaan dan penanganan yang canggih seperti pemeriksaan CT scan dan bedah laring mikroskopik. Dalam penyusunan standar tersebut sudah diantisipasi perkembangan teknologi kedokteran yang pada akhir-akhir ini maju semakin cepat agar RSUD Dr Soetomo sebagai rumah sakit pendidikan tidak ketinggalan dengan rumah sakit lainnya baik di dalam negeri maupun di luar negeri.

MASALAH-MASALAH YANG DIHADAPI

Berbicara mengenai pengelolaan penderita kanker laring secara umum, pada pelaksanaannya ternyata dijumpai bermacam-macam masalah, yang secara garis besar dibagi dalam masalah diagnosis, masalah persiapan terapi, masalah terapi, serta masalah perawatan lanjutan dan rehabilitasi.

Masalah diagnosis

Pada umumnya penderita-penderita yang datang berobat ke RSUD Dr Soetomo sudah berada dalam stadium lanjut yakni stadium III atau IV, dengan keluhan suara parau dan sesak napas. Di samping itu tidak jarang penderita sudah mengalami pembesaran kelenjar leher sebagai tandametastasis.

Banyak faktor yang menyebabkan keterlambatan penderita datang ke RSUD Dr Soetomo untuk mendapatkan penanganan. Secara garis besar dapat dipisahkan antara faktor penderita dan faktor dokter. Faktor penderita yang paling menonjol adalah faktor pendidikan. Dari data yang pernah dilaporkan pada tahun 1996, diketahui bahwa rata-rata pendidikan penderita kanker laring adalah lulusan SD (31 %), bahkan yang tidak lulus SD pun cukup besar yakni 18 %. Disamping itu status sosial mereka sebagian besar adalah petani (47%), yang kebanyakan berpenghasilan rendah.

Rendahnya tingkat pendidikan menyebabkan rendahnya pemahaman mereka terhadap kesehatan. Akibatnya perhatian mereka terhadap kesehatan dan penyakit juga sangat rendah karena kebutuhan mereka yang lebih utama adalah pada pemenuhan kebutuhan pokok yakni pangan, sandang dan perumahan. Mereka baru menyadari pentingnya kesehatan apabila sudah jatuh sakit dan tidak dapat bekerja atau menjalankan aktivitas mereka sehari-hari.

STADIUM PENDERITA KL TH 1991-1995

STADIUM	JUMLAH	%
Stadium I	4	2,6
Stadium II	11	7,2
Stadium III	73	47,7
Stadium IV	65	42,5
JUMLAH	153	100

Dikutip dari Mulyarjo (1996)³

Mengingat bahwa gejala pertama kanker laring adalah suara parau maka keluhan yang relatif sederhana ini biasanya akan dianggap oleh penderita sebagai keluhan yang tidak serius sehingga sering kali hanya diobati ala kadarnya saja sesuai kemampuan keuangan mereka. Keluhan menjadi serius apabila telah terjadi sesak napas karena tersumbatnya laring oleh tumor. Sesak napas inilah yang sebagian besar menjadi alasan utama penderita mencari pertolongan ke dokter. Akibatnya pada saat penderita datang ke rumah sakit tidak jarang sudah dalam keadaan gawat darurat napas yang memerlukan tindakan penyelamatan jiwa melalui **trakeotomi**, suatu pembedahan untuk mengatasi penyumbatan laring.

Alasan lain yang membuat mereka berobat ke dokter adalah adanya benjolan di leher yang makin lama makin membesar sebagai tanda adanya metastasis. Gangguan menelan karena pembesaran tumor di laring dapat menjadi alasan sebagian penderita lainnya untuk berkonsultasi ke dokter.

Dari gambaran di atas dapat disimpulkan bahwa keterlambatan diagnosis KL terjadi karena ketidak tahuan penderita akibat pendidikan dan pengetahuannya yang sangat terbatas, di samping kondisi sosial ekonomi yang kurang.

Para hadirin yang mulia.

Faktor dokter dapat juga menjadi penyebab keterlambatan penderita KL untuk dirujuk. Pada tahap awal dokter yang memeriksa (biasanya dokter puskesmas) tidak mencurigai kemungkinan adanya KL, selain karena keluhan pertama yang sederhana tadi, juga karena sebagian besar penderita tidak berkonsultasi dengan dokternya secara teratur. Akibatnya dokter tidak dapat mengamati perkembangan penyakit penderita dari waktu ke waktu. Penyebab kesemuanya ini akhirnya berpangkal juga pada kondisi keuangan penderita.

Apabila dokter sudah mencurigai akan kemungkinan adanya KL, masalah lain yang mungkin terjadi adalah kesulitan merujuk penderita ke dokter THT terdekat. Dokter THT yang ada masih terbatas, dan penyebarannya tidak merata. Di Jawa timur diketahui bahwa dari 65 dokter THT yang terdaftar, 39 berada di Surabaya, 8 di Malang, dan 18 bertugas di RS DATI II lainnya. Masih banyak RS DATI II di Jatim yang belum mempunyai dokter THT. Dari data yang dilaporkan dalam buku Profil Kesehatan Indonesia 1996 yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan, proporsi dokter-dokter spesialis di luar empat besar untuk rumah sakit tipe C rata-rata hanya 2,3 untuk tiap rumah sakit. Dapat disimpulkan bahwa masih banyak Dati II di Indonesia yang tidak mempunyai dokter THT, termasuk di Jawa Timur. Oleh karena itu tidak mudah bagi dokter puskesmas untuk berkonsultasi dengan dokter THT secara cepat.

Faktor dokter lainnya ada ditingkat dokter spesialis THT. Dokter THT di daerah sudah dibekali dengan keterampilan khusus untuk melakukan diagnosis, oleh karena itu pada dasarnya mereka sudah mampu untuk menegakkan diagnosis sedini mungkin. Yang sering menjadi kendala adalah sarana penunjang yang kurang memadai. Untuk tumor-tumor yang kecil mungkin dijumpai kesulitan untuk melakukan biopsi karena peralatan THT yang ada di RS tipe C pada umumnya sangat terbatas. Di samping itu apabila biopsi telah dilakukan sering kali tidak tersedia fasilitas pemeriksaan histopatologi.

Masalah keterlambatan diagnosis

Penderita	Dokter Umum	Dokter THT
- Pendidikan	- Pengetahuan tentang KL kurang	- Kesulitan biopsi
- Sosial ekonomi	- Komunikasi dengan penderita kurang	- Keterbatasan fasilitas
- Transportasi	- Kesulitan merujuk	

Masalah persiapan terapi

Penderita yang sudah mendapat diagnosis dan penentuan stadium akan segera di beritahu tentang terapi yang akan diberikan kepadanya. Informasi biasanya diberikan secara jelas dan lengkap yang menyangkut tujuan terapi, manfaat terapi secara nyata yang akan dirasakan oleh penderita, kerugian dari terapi, kemungkinan yang akan terjadi apabila terapi tidak dilakukan, alternatif terapi lainnya, dan segala hal yang ada kaitannya dengan terapi, termasuk biaya yang akan ditanggung oleh penderita/keluarga.

Mula-mula informasi diberikan kepada keluarga yang terdekat, kemudian bersama-sama dengan penderitanya dan akhirnya diberikan waktu kepada mereka untuk menentukan keputusannya. Dalam hal pembedahan bila mungkin penderita akan diperkenalkan kepada penderita yang sudah mengalami pembedahan laring atau yang kita sebut dengan tunalaring.

Pada tahap inilah sering kali timbul beberapa masalah sehingga pengambilan keputusan tidak dapat dilakukan secara cepat. Kadang-kadang keputusan sudah dapat diambil dalam beberapa hari, akan tetapi tidak jarang harus menunggu beberapa minggu. Masalah yang timbul sangat bervariasi mulai dari rasa takut,

masalah persetujuan keluarga, masalah keuangan dan sebagainya. Pada masa yang lalu masalah keuangan ini pada umumnya dapat diatasi oleh penderita/keluarga, akan tetapi akhir-akhir ini tampaknya keuangan menjadi pertimbangan utama yang menentukan bagi penderita untuk mengambil keputusan. Persetujuan untuk menjalani terapi terutama untuk pembedahan harus dinyatakan secara tertulis dan ditandatangani oleh penderita/keluarga dan dokter.

Pada terapi pembedahan masalah yang dapat menjadi kendala adalah pemeriksaan laboratorium, X-foto, dan pemeriksaan-pemeriksaan lain-lainya yang seringkali akan memakan waktu yang lama. Ini kadang-kadang akan menyebabkan beban mental bagi penderita sehingga tidak jarang menyebabkan penderita mengurungkan niatnya untuk menjalani terapi.

Hal lain yang menjadi masalah adalah keterbatasan jatah pembedahan THT di bedah sentral RSUD Dr Soetomo. Tidak jarang pada waktu-waktu tertentu sangat sulit untuk menjadwalkan pembedahan penderita kanker secepatnya. Akibatnya tidak mustahil terjadi apabila pada saat pembedahan penderita sudah dalam kondisi yang kurang layak bedah karena penyakitnya yang terus berkembang. Hal yang sama terjadi pada penderita dengan terapi radiasi.

Sering terjadi adanya jadwal tunggu yang panjang karena kapasitas pelayanan radiasi yang terbatas. Akibatnya dapat terjadi adanya penderita yang jatuh pada kondisi yang lebih parah sebelum terapi radiasi diberikan.

Masalah Persiapan terapi

Pembedahan	Radiasi
Laboratorium	Laboratorium
Konsultasi spesialis lain	Konsultasi spesialis lain
Penyediaan darah transfusi	Perbaikan keadaan umum
Keterbatasan kamar bedah	Keterbatasan fasilitas

Masalah terapi

Penderita yang akan menjalani pembedahan harus menyediakan keperluan mereka sendiri. Untuk mendapatkan keberhasilan pembedahan yang maksimal diperlukan tersedianya perlengkapan yang berkualitas. Pada masa "normal" yang lalu, keperluan-keperluan tersebut dapat disediakan dengan mudah dan harganya relatif terjangkau oleh para penderita. Akan tetapi pada masa krisis

ekonomi seperti saat ini, keperluan tersebut selain kadang-kadang sulit dicari juga harganya sangat tidak terjangkau karena sebagian besar harus diimpor dari luar negeri. Masalah ini yang kemudian memaksa para dokter THT untuk memeras otak untuk mengatasinya. Selama ini para dokter sudah dimanjakan dengan teknologi impor yang memberi kemudahan kepada mereka untuk melayani penderita, sehingga pada saat kemudahan tersebut terenggut dan tidak terjangkau, mereka mendapat kesulitan dan harus kembali ke masa duapuluh atau tigapuluh tahun yang lalu dengan sarana diagnosis dan terapi yang terbatas.

TERAPI PENDERITA KL TH 1991-1995

TERAPI	JUMLAH	%
LARINGEKTOMI TOTAL	96	62,7
RADIASI	49	32
TANPA TERAPI DEFINITIF	8	5,3
JUMLAH	153	100

Dikutip dari Mulyarjo (1996)³

Penderita yang mendapat terapi radiasi akan menjalani radiasi dalam jangka waktu yang cukup panjang, yakni beberapa minggu atau beberapa bulan. Kebanyakan penderita ini adalah penderita stadium lanjut yang sudah tidak layak bedah sehingga prognosinya kurang baik, sedang tujuan terapi hanya untuk menghambat pertumbuhan tumor. Radiasi juga diberikan pada penderita pasca bedah laringektomi total untuk mengurangi kemungkinan kekambuhan. Karena sebagian besar mereka datang dari luar kota Surabaya dan mereka menjalani radiasi dengan rawat jalan, mereka terpaksa menginap di tempat-tempat penampungan disekitar rumah sakit.

Bahkan karena terbatasnya anggaran tidak jarang mereka terpaksa menumpang tidur di beberapa tempat di rumah sakit dengan risiko menurunnya kondisi tubuh karena tidak mendapatkan makan dan istirahat yang cukup. Tidak jarang setelah beberapa waktu kondisi mereka merosot tajam, dan jatuh dalam keadaan lemah karena anemi berat.

Pada masa-masa penantian yang panjang tidak jarang efek samping radiasi akan menambah penderitaan penderita kanker laring. Selain mereka sudah tidak dapat berkomunikasi karena tidak dapat berbicara, mereka juga

harus bernapas melalui stoma, suatu lubang kecil di bagian depan leher. Pada stoma ini, untuk penderita pasca trakeotomi dipasang kanula yang secara periodik harus dibersihkan supaya tidak tersumbat. Perawatan kanula pada penderita pasca trakeotomi merupakan pekerjaan yang memerlukan kesabaran dan kerajinan agar kanula yang terpasang pada stoma tidak tersumbat oleh lendir yang mengental. Untuk itu diperlukan pembersihan secara rutin dan bahkan penghisapan lendir secara berkala. Oleh karena itu perawatan kanula sering kali tidak dapat dilaksanakan secara optimal oleh penderita selama menjalani radiasi. Akibatnya penderita akan mengalami sesak napas akibat tersumbatnya kanula, dan ini tidak mustahil akan menyebabkan keadaan yang fatal bagi penderita.

Masalah perawatan lanjutan dan rehabilitasi

Penderita pasca terapi pembedahan maupun radiasi memerlukan perawatan lanjutan dan sedapat mungkin dilakukan rehabilitasi agar penderita dapat menjalani kehidupan selanjutnya secara layak sebagai anggota masyarakat lainnya. Untuk itu diperlukan pemeriksaan(kontrol) secara teratur dan berkesinambungan selain untuk mengawasi perkembangan penyakitnya juga untuk memecahkan masalah-masalah yang akan dihadapi para penderita pasca terapi.

Penderita pasca laringektomi total akan kehilangan suara, karena laring sebagai sumber suara sudah diangkat saat pembedahan. Ini akan menjadi hambatan bagi mereka untuk berkomunikasi.

Namun demikian karena kebanyakan dari mereka adalah penderita yang sudah berumur lanjut, dan kebanyakan hidup bersama keluarga, tampaknya kesulitan berkomunikasi tidaklah menjadi masalah yang berat. Bagi mereka kebutuhan untuk menyampaikan kehendaknya dengan berbicara secara wajar bukan merupakan kebutuhan yang utama sehingga mereka relatif cukup berbahagia menikmati kehidupan mereka dengan kekurangan tersebut. Pada keadaan demikian umumnya mereka merasa bahwa kewajiban untuk kontrol secara teratur tidak diperlukan lagi, sehingga kita kehilangan kontak dengan mereka.

Dari suatu evaluasi terhadap hasil pembedahan penderita-penderita KL di RSUD Dr Soetomo (1996), diketahui bahwa sebagian besar penderita pasca bedah hanya sempat melaksanakan kontrol sampai 24 bulan saja, sedang sebagian lainnya dapat menjalani kontrol selama lebih dari tiga tahun dan yang paling lama enam tahun. Yang menjadi penyebab mereka tidak menjalani perawatan lanjutan/kontrol secara teratur adalah faktor ekonomi dan transportasi.

Untuk rehabilitasi terhadap hilangnya fungsi laring sebagai sumber suara, di RSUD Dr Soetomo sejak lama telah dilakukan pelatihan bicara esofagus

pada penderita tunalaring. Bahkan untuk mengefektifkan hasil latihan, pengenalan latihan sudah diberikan sebelum penderita menjalani pembedahan. Akan tetapi sampai saat ini hasil latihan memang belum maksimal terutama karena motivasi penderita untuk berlatih kurang.

Bagi penderita pasca radiasi, masalah yang sering dikeluhkan adalah penderitaan mereka akibat efek samping radiasi. Hal ini cukup mengganggu aktivitas hidup mereka. Gambaran penderita dengan leher menghitam, kesakitan, tidak ada nafsu makan, keadaan gizi yang jelek merupakan pemandangan yang sering kita lihat pada penderita KL pasca radiasi. Banyak dari penderita yang merasa bahwa radiasi yang dijalannya kurang bermanfaat bahkan menyebabkan penderitaan baru. Inilah salah satu alasan sehingga mereka enggan untuk menjalani kontrol kembali. Masalah-masalah yang tersebut di atas kemungkinan disebabkan oleh kurangnya pemahaman penderita terhadap terapi yang diberikan. Pada kondisi ini perawatan paliatif kanker memegang peranan yang sangat penting agar penderita dapat mengatasi segala permasalahan tersebut.

Kendala perawatan lanjutan dan rehabilitasi penderita KL

Penderita pasca bedah	Penderita radiasi
* Kurang informasi :	* Kurang memahami :
- merasa tidak perlu	- adanya efek samping
- merasa sudah sembuh	- manfaat tidak langsung dirasakan
- kurang bermanfaat	- perlu kesabaran
* Kesulitan biaya/transport	* Kesulitan biaya

UPAYA PEMECAHAN MASALAH

Masalah keterlambatan diagnosis merupakan masalah umum dari pengelolaan penderita-penderita tumor-tumor ganas THT. Namun demikian, mengingat diagnosis kanker laring pada umumnya lebih mudah ditegakkan daripada tumor ganas THT lainnya, sebenarnya keterlambatan itu tidak perlu terjadi. Upaya untuk mengurangi keterlambatan dapat dimulai dari penderita lewat penyuluhan. Penyuluhan dapat dilakukan di dalam lingkungan rumah sakit melalui

Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit (PKMRS). Selain itu kampanye melalui Yayasan Kanker Indonesia (YKI) yang mempunyai cabang di setiap Dati II dapat digalakkan melalui kerjasama dengan Perhimpunan Spesialis THT Indonesia (PERHATI).

Upaya lainnya ialah dengan meningkatkan peran serta dokter puskesmas dalam menjangkau penderita kanker laring pada stadium lebih dini. Penderita dengan keluhan suara parau yang berlangsung lebih dari dua minggu, terutama pada usia lanjut sudah patut dicurigai menderita KL. Sebenarnya dokter umum sudah dibekali keterampilan untuk melakukan pemeriksaan laring dengan kaca laring dengan teknik laringoskopi tidak langsung. Pemeriksaan ini untuk sebagian penderita sudah cukup memadai untuk mengetahui kelainan di laring. Di luar negeri dokter umum cukup berperan dalam ikut menemukan penderita KL lebih dini. Mereka bahkan dilibatkan dalam penelitian epidemiologi. Dari buku Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia II, dalam mata pelajaran Ilmu Penyakit THT salah satu tujuan pendidikan cabang ilmu adalah melakukan rujukan penderita dengan penyakit THT yang tidak dapat dikelola sendiri. Di sinilah mungkin untuk penyakit-penyakit tertentu termasuk KL perlu penekanan mengenai perlunya merujuk penderita-penderita tersebut terutama pada fase dini. Disamping melalui pendidikan dokter, upaya juga dapat dikerjakan melalui pendidikan kedokteran berkelanjutan (PKB) yang difokuskan untuk para dokter di puskesmas-puskesmas.

Bagi dokter spesialis THT, sebenarnya diagnosis klinik bukan menjadi masalah. Sebagai dokter spesialis THT, menurut buku Kurikulum Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Telinga, Hidung, Tenggorok dan Bedah Kepala Leher 1997, mereka dituntut untuk mampu membuat diagnosis dan melakukan tindakan darurat yang diperlukan dengan tingkat kemampuan kognitif, psikomotor dan perilaku yang maksimal. Namun demikian salah satu kendala selama ini adalah keterbatasan fasilitas di tempat kerja mereka terutama di rumahsakit tipe C. Untuk itu kiranya diperlukan penyesuaian pendidikan, dengan tujuan menitikberatkan pada diagnosis yang lebih sederhana dengan mengurangi penggunaan fasilitas-fasilitas canggih yang sebelum ini sangat gencar dipromosikan. Disamping itu perlu disusun prosedur tetap penanganan penderita KL di tingkat dokter THT di daerah agar mereka dapat menyiapkan fasilitas-fasilitas minimal dalam menunjang tugas mereka, serta menentukan kondisi yang tepat untuk merujuk penderita ke RS Dr Soetomo. Merujuk penderita pada saat yang tepat akan sangat menguntungkan penderita, sebaliknya merujuk pada kondisi yang tidak tepat justru mungkin akan menambah beban penderita, terutama untuk penderita-penderita pada stadium lanjut.

Dalam upaya ini peran institusi baik Fakultas Kedokteran Unair maupun RSUD Dr Soetomo akan sangat membantu mengatasi masalah itu. Kegiatan dalam bentuk seminar, lokakarya, atau kursus penyegar untuk para dokter THT bekerjasama dengan PERHATI perlu ditingkatkan. Sedang untuk pendidikan dokter, evaluasi hasil pendidikan dengan meminta masukan dari para alumni terutama yang bekerja di puskesmas-peskesmas perlu selalu dilakukan.

Upaya peningkatan diagnosis dini KL

Sasaran	Metoda	Pelaksana	Instansi terkait
Masyarakat	Penyuluhan	PERHATI, FK, RSUDS	YKI, PEMDA, DINKES
Mahasiswa Kedokt	Kuliah/Diskusi	FK	FK, RSUDS
Dokter Puskesmas	PKB	PERHATI, FK	FK, DINKES
Dokter THT	Simposium Seminar	PERHATI, FK, RSUDS	FK, RSUDS, DINKES

Para hadirin yang berbahagia.

Idealnya penderita yang telah secara klinik dibuat diagnosis sebagai KL, segera dirawat di rumahsakit dan disiapkan untuk pemberian terapi definitif baik pembedahan maupun radiasi. Dan penderita-penderita KL yang akan dilakukan pembedahan sebagai penderita bedah lainnya sebaiknya mendapatkan perlakuan khusus dalam bentuk kemudahan pemeriksaan-pemeriksaan dalam rangka persiapan pembedahan sehingga segala sesuatunya dapat diselesaikan dalam waktu yang relatif singkat. Ini akan mengurangi beban keuangan dan beban kejiwaan penderita maupun keluarganya. Untuk itu langkah-langkah yang harus ditempuh adalah reformasi prosedur tetap (PROTAP) tentang persiapan penderita dengan orientasi terhadap kepentingan penderita. RSUD Dr Soetomo dengan visinya menuju rumah sakit dengan ciri AIEEMMM (aman, informatif, efektif, efisien, bermutu, manusiawi dan memuaskan) telah melakukan reformasi terutama terhadap pelayanan penderita, dengan mulai dicanangkan program Paket Rasional Aman Yang Utama ("PARAS AYU"), termasuk di dalamnya penyederhanaan persiapan penderita pra bedah tanpa mengurangi keamanan penderita. Di tingkat Laboratorium/SMF langkah-langkah perubahan juga sedang dilakukan bekerjasama dengan disiplin ilmu yang terkait. Kegiatan

lain yang sudah berjalan kurang lebih setahun ini adalah dibentuknya suatu panitia atas prakarsa para Peserta Program Dokter Spesialis I THT (PPDS THT) dengan kegiatan menghimpun dana dari para donatur baik di kalangan mereka sendiri maupun dari para staf THT serta kalangan di luar THT. Dana yang terkumpul dipergunakan untuk membantu kepentingan-kepentingan para penderita yang dirawat di ruangan THT yang sangat memerlukan, terutama yang sifatnya mendadak. Sampai saat ini sudah puluhan penderita yang memanfaatkan bantuan tersebut. Untuk itu tidak berlebihan bila pada saat ini saya sampaikan penghargaan dan terima kasih kepada para PPDS THT.

Hal yang tidak kalah penting adalah upaya agar program yang telah dibuat oleh RSUD betul-betul dapat dilaksanakan sampai tingkat pelayanan yang paling depan. Pemantauan yang terus-menerus perlu dilakukan untuk menjamin terlaksananya program secara konsisten.

Dalam hal masalah panjangnya daftar tunggu penderita yang akan dilakukan pembedahan, diharapkan akan dapat diatasi setelah selesainya pembangunan bedah pusat dengan fasilitas 20 kamar bedah tahun depan.

Penderita yang menjalani radiasi kebanyakan adalah penderita rawat jalan yang berasal dari luar kota. Bila mungkin hendaknya untuk mereka disediakan ruangan rawat inap tersendiri yang memadai atau suatu tempat penampungan tertentu yang sifatnya bukan sebagai tempat rawat inap, namun tetap dalam pengelolaan rumah sakit. Alternatif lainnya adalah dilakukan kerja sama dengan Yayasan Kanker Indonesia cabang Jawa Timur yang mempunyai sarana yang bernama Sasana Marsudi Husada di Mulyorejo Surabaya. Sarana ini memang disediakan untuk menampung penderita kanker yang menjalani pengobatan rawat jalan di rumah sakit. Meskipun daya tampung sasana tersebut terbatas, paling tidak akan dapat membantu memecahkan masalah tersebut di atas.

Di samping tersedianya tempat penampungan yang memadai, kepada penderita harus selalu diberikan informasi yang jelas tentang terapinya, manfaat, perkembangan, serta efek samping, dan upaya mengatasinya, agar mereka betul-betul memahami hakekat terapi yang dijalani. Bagi penderita pada stadium lanjut atau terminal, konsep pelayanan hospis, baik dalam bentuk perawatan paliatif di rumah sakit maupun "home care" perlu diperkenalkan sehingga mereka dapat menjalani sisa hidupnya dengan tenang tanpa rasa takut dan tanpa penderitaan. Untuk keperluan itu sarana Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit (PKMRS) yang ada di RSUD Dr Soetomo dapat digunakan. Di masa yang akan datang kegiatan rutin dari Instalasi PKMRS RSUD Dr Soetomo Surabaya yang telah bekerja-sama dengan media masa seperti koran, radio dan televisi dapat dimanfaatkan secara maksimal.

Para hadirin yang mulia.

Masalah perawatan lanjutan dan rehabilitasi penderita KL memang pada kenyataannya merupakan masalah yang dihadapi juga oleh para pengelola di rumahsakit-rumahsakit lain di Indonesia.

Faktor motivasi penderita sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan perawatan lanjutan dan rehabilitasi ini. Di Surabaya upaya untuk mengatasi masalah tersebut telah dilakukan dengan dibentuknya Perhimpunan Tuna Laring Indonesia yang sementara berpusat di Surabaya. Pada tanggal 1 Februari 1989 perhimpunan tersebut dibentuk atas prakarsa PERHATI cabang Jawa Timur, dengan tujuan untuk menghimpun para penderita tuna laring dalam suatu wadah dengan kegiatan meliputi latihan bicara dengan esofagus di bawah bimbingan para tenaga pelatih dari divisi audiologi dan bina wicara RSUD Dr Soetomo dan kontrol/pemeriksaan lanjutan bersama.

Diharapkan bahwa kegiatan-kegiatan dalam perhimpunan tersebut dapat membangkitkan semangat hidup penderita tuna laring, dan mengembalikan kepercayaan diri mereka agar dapat berdiri sejajar dengan mereka yang masih sehat.

Melalui kerja sama dengan GUNREI-KAI, perhimpunan tunalaring dari Jepang, beberapa penderita tunalaring dari Surabaya, Semarang dan Banjarmasin telah mendapat kursus bicara esofagus di Jepang atas bantuan biaya dari yayasan tunalaring dan pemerintah Jepang. Para penderita yang telah selesai menjalani kursus itulah yang diharapkan akan melatih para anggota tunalaring yang baru agar mampu bicara dengan esofagus secara lancar. Sampai saat ini para anggota perhimpunan secara rutin masih terus berlatih dua bulan sekali, dengan rata-rata kehadiran sebesar 15-25 penderita dari 160 yang tercatat. Diantaranya 10 penderita sudah dapat berbicara dengan baik. Angka keberhasilan masih sangat kecil bila dibandingkan dengan di Jepang yang dapat mencapai 70 %. Ini terjadi karena para tunalaring di RSUD Dr Soetomo umumnya tidak dapat berlatih secara teratur. Selama ini kegiatan dalam bentuk pertemuan berkala masih terbatas untuk berlatih bersama sambil menjalani pemeriksaan untuk mendeteksi kekambuhan. Dan dalam perkembangannya pertemuan tersebut dapat menjadi ajang silaturahmi dan tukar pengalaman bagi para penyandang tunalaring.

Melihat bahwa kegiatan di atas ternyata cukup positif, maka ada pemikiran untuk mengikut sertakan pula penderita KL yang tidak menjalani pembedahan agar mereka dapat mengambil manfaat terhadap kegiatan latihan dan pemeriksaan lanjutan yang dilakukan secara teratur. Sampai tahun 1997 telah tiga kali dilakukan

kursus nasional bicara esofagus bekerjasama dengan perhimpunan tuna laring Jepang. Kursus diikuti oleh selain para penyandang tunalaring juga oleh para tenaga paramedis dari beberapa tempat di luar Surabaya yang dipersiapkan sebagai "speech therapist" untuk dapat melatih bicara esofagus di tempat mereka.

Di masa mendatang kegiatan rehabilitasi penderita tuna laring ini akan menjadi proyek unggulan di Laboratorium/SMF THT FK UNAIR/RSUD Dr Soetomo Surabaya di samping Pusat Pendengaran dan Komunikasi yang pada saat ini sedang dirintis pembentukannya.

Upaya meningkatkan perawatan lanjutan dan rehabilitasi penderita KL

Bentuk kegiatan	Media	Sasaran
* Penyuluhan	- PKMRS - Radio/TV - Majalah	Penderita & Keluarga Masyarakat Umum Masyarakat Umum
* Latihan bersama bicara esofagus	Pertemuan berkala Perhimpunan Tuna Laring	Penderita tuna laring
* Kontrol bersama	Pertemuan berkala Perhimpunan Tuna Laring	Semua penderita KL

BEBERAPA MASALAH DI MASA MENDATANG

Apabila di atas telah diuraikan beberapa masalah yang menyangkut pengelolaan penderita KL dan beberapa pemikiran untuk mengatasinya, maka untuk masa datang kita harus berpikir ke arah yang lebih ke depan. Kalau selama ini kita selalu berbicara masalah diagnosis, terapi dan rehabilitasi, untuk masa mendatang kita harus mulai berpikir ke arah prevensi, terutama untuk prevensi primer. Untuk itu faktor risiko terhadap kejadian KL harus sudah mulai diidentifikasi. Data epidemiologi KL di Indonesia memang masih sangat terbatas. Meskipun penelitian yang berkaitan dengan faktor penyebab KL sudah banyak dilakukan di luar negeri akan tetapi penelitian semacam itu belum terlihat dilaporkan di majalah-majalah ilmiah di Indonesia.

Dari data yang pernah dilaporkan dari RSUD Dr Soetomo diketahui bahwa 74 dari 153 penderita KL diketahui sebagai perokok berat. Di luar negeri rokok dan alkohol merupakan faktor yang ditengarai berpengaruh terhadap terjadinya KL. Iritasi asap rokok dalam jangka panjang pada binatang percobaan ternyata menimbulkan kerusakan pada epitel mukosa laring. Oleh karena itu tidaklah berlebihan apabila para peneliti di bidang Ilmu Penyakit THT diharapkan mulai memberikan perhatian terhadap penelitian tentang rokok sebagai faktor risiko untuk penyakit-penyakit kanker THT umumnya termasuk KL, mengingat tingginya populasi perokok di Indonesia.

Dari beberapa publikasi penelitian di luar negeri dilaporkan bahwa lesi hiperplastik laring merupakan lesi yang dapat berkembang ke arah KL. Lesi ini terjadi karena iritasi kronik pada laring oleh bahan-bahan iritan tertentu, dengan manifestasi klinik suara parau. Oleh karena itu penelitian terhadap kelainan semacam itu perlu dimulai, agar di masa mendatang penderita KL dapat didiagnosis lebih dini.

Penelitian lain di bidang imunologi, biomolekuler, dan genetika yang berkaitan dengan KL kiranya sudah saatnya mendapat perhatian agar kita dapat ikut berbicara di forum ilmiah internasional dalam bidang ilmu Penyakit Telinga Hidung Tenggorok.

Dalam bidang teknologi kedokteran, penggunaan sinar laser untuk pembedahan KL baik pada stadium dini maupun stadium lanjut sudah banyak dikerjakan di luar negeri. Untuk itu sudah saatnya kita mulai melihat kemungkinan pengembangan dan penerapannya di RSUD Dr Soetomo. Meskipun pada waktu ini hal itu masih merupakan impian, akan tetapi di masa mendatang dengan membaiknya kondisi ekonomi kita hal itu tidak mustahil dapat direalisasikan.

Di bidang pembedahan selain penggunaan sarana canggih tersebut, metode pembedahan yang bertujuan mempertahankan fungsi laring seperti laringektomi parsial dengan pembuatan neo-glottis dan pemasangan prostesis perlu dipikirkan penerapannya. Untuk keperluan itu peningkatan sumber daya manusia melalui penyediaan dokter spesialis THT dan Bedah Kepala Leher seperti yang sudah berkembang di luar negeri harus dilakukan. Dengan demikian mulai sekarang perlu diprogram penyediaan staf di Laboratorium/SMF THT untuk masa mendatang, sehingga didapat staf baru yang muda dan potensial untuk dididik di luar negeri sebagai kader untuk mengembangkan Laboratorium/SMF THT di lingkungan FK Unair dan RSUD Dr Soetomo.

UNGKAPAN RASA SYUKUR DAN TERIMA KASIH

Pada akhir pidato saya perkenankanlah saya untuk sekali lagi mengucapkan rasa syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayat kepada kita semua sehingga acara pada hari ini dapat berlangsung dengan lancar.

Selanjutnya saya menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada Pemerintah Republik Indonesia yang telah memberi kepercayaan kepada saya untuk menduduki jabatan Guru Besar dalam Ilmu Penyakit THT.

Kepada yang terhormat Rektor/Ketua Senat serta seluruh anggota Senat Universitas Airlangga, Dekan dan seluruh anggota Senat Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah menyetujui pengusulan saya serta menerima saya dalam lingkungan saudara, saya sampaikan penghargaan dan terima kasih saya yang tidak terhingga.

Selanjutnya kepada Direktur RSUD Dr Soetomo Surabaya saya sampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan sebesar-besarnya atas perkenannya memberi kesempatan kepada saya untuk belajar dan mengamalkan ilmu saya di rumah sakit.

Kepada Almarhum Prof Mohammad Zaman yang menerima saya untuk menjadi asisten di Bagian THK, dan yang memberikan dasar-dasar Ilmu Penyakit THT kepada saya, dengan setulus hati saya sampaikan terima kasih dan penghargaan saya kepada beliau, semoga beliau mendapat tempat yang baik di sisi Allah SWT, dan diterima segala amal ibadahnya. Amin.

Kepada Kepala Bagian/Laboratorium THT (Prof Pangeran Siregar dan Prof Dr Soedijono Tirtowidardjo) yang telah mengizinkan saya bekerja dan mengabdikan diri di Bagian/Laboratorium saya ucapkan banyak terima kasih.

Kepada semua guru-guru saya serta senior-senior saya di Bagian/Laboratorium Ilmu Penyakit THT yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dan membimbing saya dalam mempelajari Ilmu Penyakit THT, saya sampaikan penghargaan dan terima kasih setulus-tulusnya.

Selanjutnya kepada semua staf dan karyawan di Laboratorium/ SMF THT FK UNAIR/RSUD Dr Soetomo yang telah bekerja sama dengan saya untuk menjalankan tugas baik dalam bidang pendidikan, penelitian serta pelayanan, khususnya kepada para anggota divisi onkologi saya sampaikan penghargaan dan terima kasih sebesar-besarnya atas kekompakan dan kebersamaan dalam menjalankan tugas-tugas kita bersama.

Terima kasih juga saya sampaikan kepada segenap karyawan FK Unair dan RSUD Dr Soetomo, atas segala bantuannya selama saya bekerja di FK UNAIR dan RSUD Dr Soetomo.

Terima kasih dan penghargaan juga saya sampaikan kepada guru-guru saya di SR, SMP di Sragen, SMA di Solo, serta dosen-dosen saya di Universitas Indonesia Jakarta yang telah mencurahkan perhatian untuk mendidik saya.

Selanjutnya kepada kedua orang tua saya, Bapak dan Ibu Dirjomuljono almarhum yang dengan penuh kasih sayang telah mengasuh, mendidik dan membesarkan saya, saya sampaikan sungkemi dan terima kasih saya yang sebesar-besarnya. Semoga beliau berdua mendapat tempat yang baik di sisi-Nya, diampuni dosa-dosanya, dan diterima semua amal ibadahnya. Amin ya robbal alamin.

Terima kasih juga kami sampaikan kepada kedua mertua saya Bapak dan Ibu Zuber Kohari yang telah membimbing dan memberikan petunjuk-petunjuknya kepada kami sekeluarga. Juga kepada saudara-saudara saya, saudara-saudara ipar saya yang telah memberikan bantuan dan nasihat kepada saya dan keluarga, kami sampaikan terima kasih.

Untuk keluarga saya, isteri yang tercinta Nuraini Farida, anak-anak tersayang Mia, Tomi, Aryo dan Anto yang telah memberikan dukungan dan kerja sama dengan penuh pengertian, dalam suka dan duka demi untuk kebahagiaan dan ketenangan keluarga, saya sampaikan terima kasih setulus-tulusnya.

Akhirnya kepada segenap panitia yang diketuai oleh dr Haryono Kusuma, para PPDS THT dan semuanya yang membantu penyelenggaraan upacara ini saya ucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya. Hanya Allah SWT yang dapat membalas kebaikan saudara-saudara.

Akhirnya kepada hadirin yang telah dengan sabar mengikuti upacara ini saya sampaikan penghargaan dan terima kasih sebesar-besarnya.

Wabillahittaufiq wal hidayah. Alhamdulillahirabbil alamin.

Wassalamualaikum warahmatullahi wa barokatuh.

DAFTAR RUJUKAN

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pusat Data Kesehatan Jakarta. Profil Kesehatan Indonesia 1996.
2. Jay S, Ruddy J, Cullen RJ. Laryngectomy: the patient's view. *J Laryngol Otol* 1991; 105 : 934 - 8.
3. Mulyarjo. Karcinoma laring di UPF THT RSUD Dr Sutomo Surabaya tahun 1991-1995. *Media IDI* 1996; 21(no 1) : 18 - 21
4. Abdoerrachman H, Kartosudiro S. Laryngeal Malignancy in ear- nose-throat department, Ciptomangunkusumo hospital Jakarta (1980-1984). In : Tjokronegoro A, et al. eds. *Cancer in Asia and Pacific. Vol. 1*, Jakarta, Yayasan Kanker Indonesia 1988 : 443 - 56.
5. Mulyarjo. Karsinoma Laring di Indonesia. *Media Perhati* 1996; 2 : 22 - 28.
6. Masrin Munir, Bambang Hermani, Hendarto Hendarmin. Problems of laryngeal carcinoma in developing country. *Med J ORL* 1994; 25 : 384 - 8.
7. Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soetomo Surabaya. Pedoman Diagnosis dan Terapi UPF Ilmu Penyakit Telinga, Hidung dan Tenggorok 1994.
8. Mulyarjo. Hasil Pembedahan Pada Karsinoma Laring di UPF THT RSUD Dr Sutomo Surabaya (Evaluasi 85 kasus). *J Kedok YARSI* 1996; 5 : 74 - 81.
9. Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan Republik Indonesia. Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia 1994.
10. Mlacak B, Fischinger J. The role of general practitioner in the detection of epithelial hyperplastic of the larynx. *Acta Otolaryngol Suppl (Stockh)* 1997; 527 : 152 - 4.
11. Perhimpunan Dokter Spesialis Telinga Hidung Tenggorok dan Bedah Kepala Leher Indonesia (PERHATI). Kurikulum Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Telinga, Hidung, Tenggorok dan Bedah Kepala Leher. 1997.
12. Luwia MS. Pengertian Hospis secara umum. *Dian Tantri* 1997; 5 : 7 - 8, 33.

13. Maier H, Tisch M. Epidemiology of laryngeal cancer: results of the Heidelberg case-control study. *Acta Otolaryngol Suppl (Stockh)* 1997; 527 : 160 - 4.
14. Hernomo SS. Suara esofagus sebagai pengganti suara laring. Disampaikan pada Kursus Bicara Esofagus. Surabaya 14-17 Oktober 1997.
15. Abdoerrachman H, Yusuf M. Problem on voice rehabilitation in Jakarta. In : Tjokronegoro A, et al. eds. *Cancer in Asia and Pacific. Vol. 1*, Jakarta, Yayasan Kanker Indonesia 1988 : 457 - 60.
16. Boffetta P, Merletti F, Faggiano F, et. al. Prognostic factors and survival of laryngeal cancer patients from Turin, Italy, A population-based study. *Am J Epidemiol* 1997; 15 : 1100 - 5.
17. Vaughan TL, Stewart PA, Davis S, Thomas DB. Work in dry cleaning and the incidence of cancer of the oral cavity, larynx and esophagus. *Occup Environ Med* 1997; 54 : 692 - 5.
18. Aditama TY. Rokok dan Kanker. *Dian Tantri* 1996; 5 : 5 - 6.
19. Isik AU, Yardimci S, Avunduk MC, Civelek S, Tuz M, Delikbasi T. Histological Alterations induced by long term cigarette smoking in larynx. Presented in XVI World Congress of Otorhi nology Head and Neck Surgery. Sydney 2-7 March 1997.
20. Kambic V. Epithelial hyperplastic lesions, a challenging topic in laryngology. *Acta Otolaryngol Suppl (Stockh)* 1997; 527 : 7 - 11.
21. Serafini I, Lucioni M. Subtotal reconstructive laryngectomy. Presented in XVI World Congress of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. Sydney 2-7 March 1997.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. Nama : Moeljardjo
Tempat, Tanggal Lahir : Sukoharjo, Solo 25 September 1942
Isteri : Nuraini Farida
Anak-anak : Alfa Rahmiati
Octa Dwi Utomo
Octa Tri Aryono
Octa Tri Aryanto
2. Pendidikan :
 - * Dokter, Fakultas Kedokteran UI, 1967
 - * Dokter Spesialis THT, Fakultas Kedokteran UNAIR, 1973
3. Pendidikan tambahan :
 - * Head and Neck Surgery Course di Kuala Lumpur Malaysia 1980
 - * Functional Endoscopic Sinus Surgery Course di Jakarta 1992
 - * Senior Medical Administration for Health Professional di RMIT, Melbourne Australia 1995
 - * Health Services Management di PANCH, Melbourne Australia 1995
4. Pekerjaan :
 - * 1968 - sekarang : Staf Pengajar Ilmu Penyakit THT FK Unair Surabaya
 - * 1983 - 1989 : Kepala Poliklinik THT RSUD Dr Sutomo Surabaya
 - * 1984 - 1996 : Anggauta Panitia Medik Farmasi dan Terapi RSUD Dr Soetomo
 - * 1989 - 1997 : Kepala Seksi Onkologi THT
 - * 1993 - 1997 : Kepala Laboratorium THT FK Unair
 - * 1997 - SEKARANG : Ketua SMF THT RSUD Dr Sutomo Surabaya

5. Keanggotaan Profesi :

- * Anggauta Ikatan Dokter Indonesia (IDI)
- * Anggauta Perhimpunan Dokter Spesialis THT Indonesia (PERHATI)
- * Anggauta International Federation of Otorhino-laryngological Society (IFOS)
- * Anggauta Perhimpunan Onkologi Indonesia (POI).

