

**PERAN ILMU BEDAH
KHUSUSNYA BEDAH KEPALA LEHER
DALAM MENINGKATKAN
SUMBER DAYA MANUSIA INDONESIA**



EE
FAA
PG. 59/10
MAT
P

Pidato

diucapkan pada peresmian penerimaan jabatan Guru Besar
dalam mata pelajaran Ilmu Bedah
pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
di Surabaya pada hari Senin, tanggal 12 Desember 1994

Oleh :

R. MARTATKO MARMOWINOTO

Yang terhormat,

Saudara Ketua dan anggota Dewan Penyantun Universitas Airlangga
Saudara Rektor dan Pembantu Rektor Universitas Airlangga
~~Saudara Anggota Senat~~
~~Profesor~~ Universitas Airlangga
~~Saudara Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya,~~
Segenap Civitas Academica Universitas Airlangga,
Para Undangan dan Hadirin yang sangat saya muliakan,

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Pada kesempatan yang berbahagia ini, perkenankanlah saya mengawali pidato saya dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan karuniaNya kepada kita semua, sehingga pada pagi ini kita dapat berkumpul bersama dalam rapat senat terbuka Universitas Airlangga dengan acara upacara peresmian jabatan saya sebagai Guru Besar dalam mata pelajaran Ilmu Bedah di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Kepada Saudara Rektor, Ketua Senat Universitas Airlangga, saya sampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk menyampaikan pidato peresmian jabatan saya sebagai Guru Besar. Ucapan terima kasih saya sampaikan juga kepada hadirin yang berkenan melimpahkan perhatiannya kepada saya sekeluarga.

Hadirin yang terhormat,

Pada acara akademis seperti ini, kesempatan mengemukakan pemikiran dan asupan mengenai pengembangan suatu cabang ilmu dengan berbagai permasalahannya dapat dilakukan dengan sebaik-baiknya.

Perkenankanlah saya menyampaikan pidato peresmian saya dengan judul :

**PERAN ILMU BEDAH KHUSUSNYA BEDAH KEPALA LEHER DALAM
MENINGKATKAN SUMBER DAYA MANUSIA INDONESIA**

PENDAHULUAN

Pada pertengahan tahun 1968, didalam rapat staf Bagian/UPF Ilmu Bedah FK Unair/RSUP Dr. Soetomo Surabaya yang dipimpin oleh dr. R. Soetoyo (alm.), untuk mengatasi masalah-masalah yang timbul di Bedah Kepala dan Leher maka dibentuk seksi Bedah Kepala dan Leher. Pada waktu itu yang ditunjuk sebagai pimpinan saya sendiri, saya sanggup dan mengusulkan senior lain untuk membantunya. Memang pada waktu itu banyak timbul masalah, terutama kanker

rongga mulut, parotis, maksila, mandibula, tiroid, kulit kepala, dsb. Juga banyak fraktur-fraktur di daerah mandibula, maksila yang tidak diperhatikan

Dengan alat-alat yang sederhana pelan-pelan kami rintis suatu sistim kerja yang manusiawi. Suatu saat kami ke Jakarta bertemu dengan Prof. Djumaludin untuk studi banding, ternyata juga sama. Komentar Prof. Djumaludin, "Head and Neck" lebih baik dipegang oleh seorang ahli Bedah. Dengan bekal yang sangat minim kita mengelola "Head and Neck Surgery" di Surabaya.

Pada bulan Agustus-September 1968, datanglah suatu tim dari Universitas Kobe akan meneliti infeksi di ruang bedah RS Dr. Soetomo, pimpinannya dr. Hideo Kubota, seorang Ahli Bedah Kepala Leher. Selama 2 bulan kita memanfaatkan operasi di daerah kepala dan leher seperti : RND (Radical Neck Dissection), "Command", parotis, maksila, mandibula, tiroid, kulit kepala, dsb. Jadi proyek dari mereka selesai dan kita mendapat pengalaman permulaan yang baik. Salah satu yang berkesan adalah operasi-operasi yang sangat cepat untuk RND, dia lakukan antara 1 - 1½ jam, memang dia "excellent".

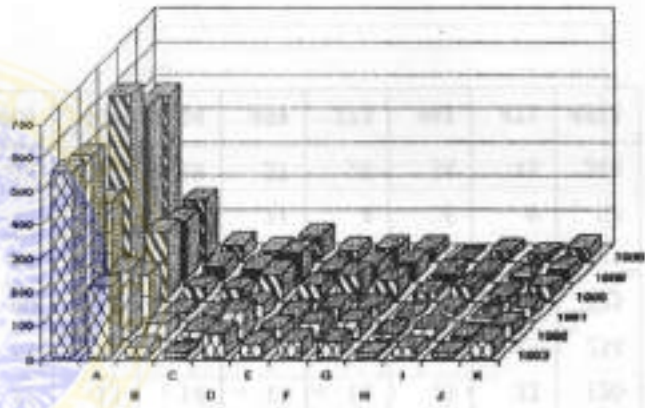
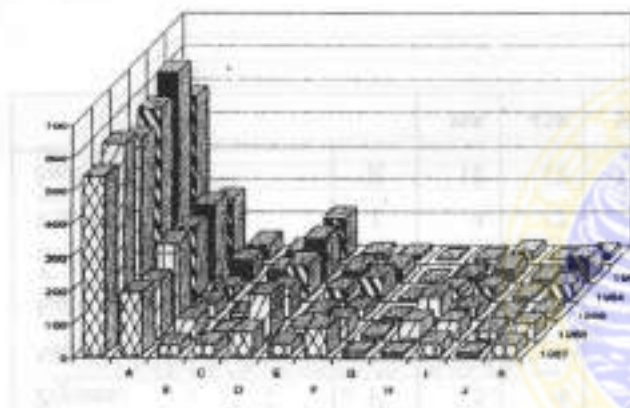
Tahun 1969 kami dikirim oleh Prof. dr. Asmno, yang menjadi ketua tim kanker Fakultas Kedokteran Unair, ke Antoni van Leeuwenhoekhuis, Amsterdam selama 16 bulan. Timnya terdiri dari (Prof.) Dr. dr. Sukardja untuk Bedah Onkologi, dr. Martatko M. untuk Bedah Kepala dan Leher, (Prof.) dr. Soebandiri untuk Onkologi Medis, dr. Soehartono Sajid (alm.) untuk Onkologi Kandungan, dan dr. Soebagio Rochmadi untuk Patologi Anatomi. Dengan demikian kita banyak pengalaman, terutama karsinoma larynx, karsinoma maksila, RND, dll., suatu pendekatan terapi yang multidisipliner dengan hasil yang sangat bagus. Pimpinan proyeknya waktu itu Prof. Dr. dr. Ph. Rümke yang sangat memperhatikan kemajuan-kemajuan di bidang "Head and Neck Surgery".

Seperti cabang ilmu yang lain maka pada perjalanannya Ilmu Bedah berkembang makin dalam sehingga seorang Ahli Bedah tidak mungkin lagi dapat menguasai seluruh Ilmu Bedah tersebut secara profesional. Berdasar kondisi tersebut di atas maka di lingkungan Ilmu Bedah terjadilah sektor-sektor yang masing-masing mengembangkan diri secara vertikal untuk mencapai tingkat keilmuan dan profesi yang dalam. Di Bagian Ilmu Bedah FK Unair/RSUD Dr. Soetomo, pembagian seksi-seksi tersebut dimulai sejak tahun 1972 dan sampai saat ini ada 9 seksi, yaitu Bedah Saraf, Ortopedi, Urologi, Digestif, Bedah Anak, Plastik dan Rekonstruksi, Toraks Kardiovaskular, Onkologi, dan Kepala Leher. Untuk Bedah Saraf, Ortopedi, Urologi dan Plastik Rekonstruksi sudah memiliki Program Studi tersendiri.

Agar dapat menjalankan pendidikan, pelayanan dan penelitian yang baik maka diperlukan peningkatan kemampuan profesional dari setiap anggota staf. Untuk

∞ **Tabel 1 : Jumlah Penderita Masuk Rumah Sakit Seksi Bedah Kepala Leher Lab./UPF Ilmu Bedah RSUD Dr. Soetomo Tahun 1982-1993**

Kelainan Organ	Kode	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	Total
<i>Thyroid</i>	A	184	224	214	220	166	185	175	173	199	130	198	208	2276
<i>Kelenjar Liur</i>	B	50	55	32	40	47	29	44	39	33	18	39	28	454
<i>Rongga Mulut</i>	C	34	30	13	12	14	33	27	33	27	8	20	10	261
<i>Mandibula</i>	D	127	125	101	87	124	71	70	79	74	39	78	70	1045
<i>Maksila</i>	E	22	31	25	18	25	36	27	26	41	14	26	40	331
<i>Zigoma</i>	F	17	35	68	29	53	82	34	40	71	34	45	48	556
<i>Nasal</i>	G	3	0	0	0	5	12	33	48	54	34	48	46	283
<i>Kulit</i>	H	4	14	32	61	45	7	4	19	17	6	13	10	232
<i>Jaringan Lunak</i>	I	28	36	36	33	45	38	24	20	39	21	27	27	374
<i>Kel. Getah Bening</i>	J	4	8	7	14	15	8	14	6	12	4	7	12	111
<i>Lain-lain</i>	K	19	67	41	22	38	33	36	30	37	35	41	50	449
TOTAL		492	625	569	536	577	534	488	513	604	343	542	549	6372



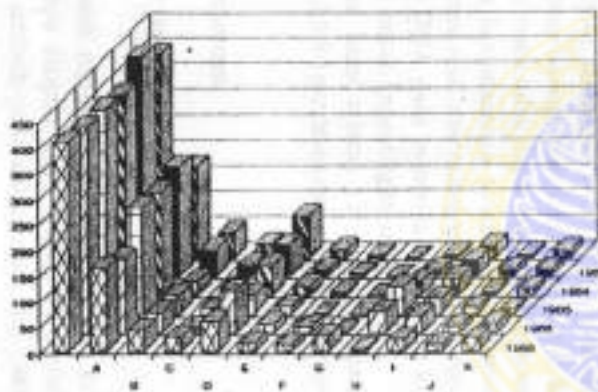
Gambar 1 : Grafik Jumlah Penderita Rawat Inap Seksi Bedah Kepala Leher Lab./UPF Ilmu Bedah RSUD Dr. Soetomo Tahun 1982-1987

Gambar 2 : Grafik Jumlah Penderita Rawat Inap Seksi Bedah Kepala Leher Lab./UPF Ilmu Bedah RSUD Dr. Soetomo Tahun 1988-1993

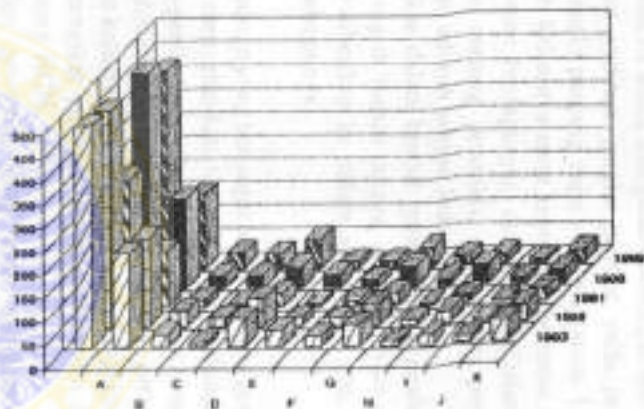
Tahun	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Jumlah Pasien	650	550	450	350	250	150	100	80	60	40	30	20

Tabel 2 : Jumlah Operasi Seksi Bedah Kepala Leher Lab./UPF Ilmu Bedah RSUD Dr. Soetomo Tahun 1982-1993

Kelainan Organ	Kode	1982	1983	1984	1985	1986	1988	1989	1990	1991	1992	1993	Total
<i>Thyroid</i>	A	177	214	199	205	141	161	157	188	120	189	198	1949
<i>Kelenjar Liur</i>	B	50	51	25	36	38	40	35	26	15	36	26	378
<i>Rongga Mulut</i>	C	27	21	13	11	10	28	32	26	7	17	8	200
<i>Mandibula</i>	D	82	61	57	37	80	58	61	44	29	58	57	624
<i>Maksila</i>	E	15	12	18	13	16	16	14	27	7	18	33	189
<i>Zigoma</i>	F	5	4	5	1	12	13	14	17	12	15	22	120
<i>Nasal</i>	G	0	0	0	0	1	30	42	44	29	45	43	234
<i>Kulit</i>	H	3	12	26	53	40	4	17	12	5	13	10	195
<i>Jaringan Lunak</i>	I	23	29	32	28	32	21	18	37	17	26	22	285
<i>Kel. Getah Bening</i>	J	4	12	6	11	12	12	6	11	4	6	9	93
<i>Lain-lain</i>	K	12	12	10	6	18	26	28	27	28	38	43	248
Total		398	428	391	401	400	409	424	459	273	461	471	4515



Gambar 3 : Grafik Jumlah Operasi Bedah Kepala Leher Lab./UPF Ilmu Bedah RSUD Dr. Soetomo Tahun 1982-1988



Gambar 4 : Grafik Jumlah Operasi Bedah Kepala Leher Lab./UPF Ilmu Bedah RSUD Dr. Soetomo Tahun 1989-1993

Usaha pemerintah RI untuk mengatasi/mencegah GAKI sudah dilakukan sejak lama dengan program yodisasi jangka pendek yaitu penggunaan injeksi dan kapsul yodium, serta jangka panjang yaitu yodisasi garam. Usaha tersebut berlanjut dengan puncaknya ialah keluarnya surat keputusan bersama Menteri Perindustrian, Menteri Kesehatan, Menteri Perdagangan, dan Menteri Dalam Negeri tanggal 22 Mei 1985 yang mengatur tentang produksi, tata niaga, pengawasan penggunaan garam beryodium bagi seluruh rakyat Indonesia.

Yodium diberikan dalam bentuk garam karena mudah dan murah serta dikonsumsi oleh semua orang di rumah tangga, dan ini sesuai dengan anjuran WHO. Yodium yang lain bisa diberikan ke dalam air minum atau makanan (tepung terigu, gula, permen, dan sebagainya).

Kekurangan yodium yang berlanjut bagi penderita gondok endemik setelah dilakukan operasi dapat menyebabkan timbulnya kekambuhan. Oleh karena itu khususnya pada penderita-penderita ini dan umumnya pada penderita gondok yang lain, setelah operasi harus dianjurkan untuk mengkonsumsi garam beryodium baik bagi dirinya maupun seluruh keluarganya. Selain itu juga menghindari makanan yang mengandung bahan yang mengikat yodium (goitrogen) seperti kobis, lobak dan ketela pohon yang mengandung HCN.

Diharapkan dari penderita yang telah menghayati perlunya konsumsi garam beryodium tersebut, mereka menularkan informasi tersebut kepada para kerabat dan tetangganya sedemikian rupa sehingga terjadi penyebaran pendidikan kesehatan yang lebih luas.

Pada penyakit tiroid, tantangan yang paling besar di masa yang akan datang adalah untuk mengungkap biologi dari karsinoma tiroid, karena tanpa mengetahui biologi dari penyakit ini maka tidak dapat ditetapkan macam pembedahan yang logis. Oleh karena itu pada kenyataannya masih ada kontroversi tentang luas pembedahan, apakah tiroidektomi total atau cukup subtotal. Prospek penggunaan "flow cytometry" untuk histografi DNA pada pemeriksaan sitologi kemungkinan dapat memprediksi perilaku biologi untuk kepentingan terapi.

Dari pengamatan kami selama 12 tahun, didapatkan penderita karsinoma tiroid sebanyak 265 (13,6 %) penderita dan morbus Basedow sebanyak 75 (3,8%) penderita.

Hadirin yang terhormat,

KEGANASAN DI RONGGA MULUT

Dalam usaha untuk melakukan deteksi dini dari keganasan di rongga mulut, para ahli dari beberapa disiplin yang bekerja di daerah ini perlu adanya koordinasi. Harapan untuk sembuh pada kasus-kasus dini cukup baik dari pada yang lanjut. Untuk itu para dokter gigi, dokter umum, dan ahli bedah harus sadar bahwa

kelainan-kelainan di rongga mulut yang dicurigai keganasan perlu ditangani bersama secara seksama menurut konsep-konsep multidisiplin. Suatu ulkus ataupun bercak di daerah mulut yang telah dirawat secara adekuat selama 2 minggu tidak menunjukkan perbaikan harus dicurigai kemungkinan keganasan. Bila bercak tersebut berwarna kehitaman harus lebih waspada, karena mungkin ini suatu melanoma malignum yang sangat cepat pertumbuhannya. Juga protese yang cepat tidak cocok, nyeri di daerah gigi tanpa sebab yang jelas perlu dicurigai adanya keganasan. Sebaiknya dalam hal demikian ditangani oleh ahli-ahli di bidang ini.

Kondisi-kondisi yang merupakan lesi premaligna ialah (1) leukoplakia, (2) eritroplakia, dan (3) fibrosis submukosa.

Pinborg mendefinisikan leukoplakia sebagai bercak putih yang tidak dapat dihilangkan dengan skreping. Ada dua macam leukoplakia yaitu tipe homogen dan noduler dimana bentuk noduler mempunyai resiko lebih besar untuk berkembang menjadi karsinoma. Perubahan keganasan dari leukoplakia di dasar mulut lebih tinggi dibandingkan ditempat lain. Pemeriksaan histologis leukoplakia dan tempat ini 43% menunjukkan displasia, karsinoma in situ atau karsinoma invasif. Sedangkan ditempat lain perubahan tersebut hanya sebesar 12 - 24%.

Eritroplakia adalah bercak kemerahan yang berbatas jelas dengan permukaan seperti beludru. 80% dari lesi ini adalah premaligna atau maligna. Ada dua tipe yang berbeda. Pertama ialah granuler, lesi kemerahan seperti beludru dengan bercak putih di tengah atau di pinggir. Kedua adalah bercak merah dengan sedikit daerah keputihan, permukaannya halus. Tidak seperti leukoplakia, di semua tempat dari mukosa mulut yang menunjukkan adanya eritroplakia kemungkinan besar menjadi maligna.

Fibrosis submukosa pada mukosa mulut selalu dikaitkan dengan meningkatnya kecenderungan perubahan keganasan. Ini adalah inflamasi kronis yang mengenai sebagian mukosa rongga mulut dan kadang-kadang meluas sampai faring dan esofagus. Bentuknya berupa penebalan mukosa berwarna pucat, permukaannya halus. Keadaan ini sangat sering didapatkan di India. Penelitian di Rumah Sakit Tata Memorial menunjukkan bahwa $\frac{1}{3}$ dari penderita fibrosis submukosa akhirnya menderita karsinoma epidermoid.

Pinborg dan **Sirsat** menyatakan bahwa fibrosis submukosa prosesnya dimulai dalam jaringan ikat, suatu reaksi inflamasi yang diikuti oleh deposisi fibroelastis. Perubahan ini disebabkan oleh hipersensitivitas terhadap lumbok, gambir, tembakau atau mungkin akibat defisiensi vitamin. Sebagai akibat dari perubahan jaringan ikat terjadi atrofi epitel yang melapisinya, sehingga menjadi lebih rentan terhadap efek karsinogenik dari tembakau, akhirnya epitel menjadi hiperplasi dan displasi, dan menjadi karsinoma epidermoid.

Penerangan dapat dilakukan melalui media massa yang ada dan dapat dikaitkan dengan penerangan di bidang hygiene mulut dan sebagainya. Sebaiknya pada pemakan siri yang telah menunjukkan tanda-tanda iritasi mukosa baik berupa leukoplakia, penebalan, gingivitis, dianjurkan untuk berhenti. Hal ini juga berlaku bagi para peminum alkohol, perokok sigaret, cerutu ataupun pipa.

Keganasan di rongga mulut yang telah lanjut susah pengelolannya. Kalau dieksisi akan timbul defek yang jelek di wajah penderita, kalau dilakukan rekonstruksi sering merupakan prosedur operasi yang sulit yang tidak jarang perlu operasi di tempat lain, kadang-kadang untuk menyelamatkan penderita perlu dilakukan trakeotomi ataupun gastrostomi. Sering pula timbul residif lokal sesudah rekonstruksi yang dilakukan dengan susah payah. Pemakaian sitostatika juga masih dirasa mahal, sehingga pada akhirnya baik penderita, keluarga, ataupun dokternya yang merawat tidak puas.

Dari pengamatan kami selama 12 tahun (tahun 1982-1993) didapatkan kelainan di rongga mulut sebagai berikut :

a. - karsinoma bibir	: 31
- karsinoma lidah	: 61
- karsinoma gingiva	: 16
- karsinoma mukosa pipi	: 6
- karsinoma mukosa bukal	: 10
- karsinoma palatum	: 13
- karsinoma dasar mulut	: 3
- melanoma malignum gingiva	: 1
b. - karsinoma mandibula	: 22
- fibrosarkoma mandibula	: 2
- tumor mandibula (termasuk ameloblastom)	: 150
- kista mandibula	: 32
c. - karsinoma maksila	: 39
- osteosarkoma maksila	: 1
- tumor maksila (termasuk ameloblastom)	: 80
- kista maksila	: 14

Hadirin yang kami hormati,

TUMOR KELENJAR LIUR

Menurut H.R. Freund, pembagian tumor parotis dan juga tumor kelenjar liur yang lain adalah sebagai berikut :

- Benigna : - benign mixed tumor (pleomorphic adenoma)
- cystadenoma papilliferum lymphomatosum (Warthin)
- "benign lymphoepithelial lesion" :
- Mickulicz
- Sjörgea's syndrome
- oncocytoma
- basal cel adenoma

- Maligna : "low grade malignancy" :
- mucoepidermoid carcinoma ("low grade")
- scinic cel adenocarcinoma
- adenoid cystic carcinoma (cylindroma)
"high grade malignancy" :
- malignant mixed tumor
- mucoepidermoid carcinoma ("high grade")
- adenocarcinoma
- squamous cel carcinoma

Dengan adanya pembagian ini, maka pengelolaannya menjadi mudah.

Menurut Vermey A.: kenyataan bahwa tidak dapat mengenal kelenjar parotis membuka jalan melakukan tindakan yaitu operasi yang tidak adekuat. Operasi yang benar adalah approach ekstrakapsuler dengan mencari cabang-cabang N.VII, suatu cara yang sama sekali berbeda dengan simple enukleasi, yang tidak dibenarkan lagi.

Dari data kami ternyata selama 12 tahun terdapat 267 penderita tumor parotis.

HIGROMA KOLI

Harun Al Rasyid dan Martatko M.: ekstirpasi atau eksisi higroma jangan sampai membahayakan struktur-struktur vital seperti a.karotis komunis, saraf-saraf yang penting seperti N.VII, N.IX, N.XI, N.XII yang banyak menyilang daerah operasi.

Pengumpulan cairan pasca pembedahan (darah dan serum) harus dihisap dengan drain Redon atau "continous suction". Jumlah cairan yang keluar dapat diketahui sehingga dapat dilakukan "fluid replacement", karena penderita-penderita bayi dan anak sangat rentan terhadap "fluid imbalance".

Pengamatan kami selama 12 tahun sedikit, yaitu 64 penderita saja.

BASALIOMA

Banyak terjadi pada pekerja di luar rumah seperti pelaut, petani, olahragawan di luar ruangan. Orang kulit putih lebih sering terkena dibanding kulit hitam, di Amerika insidennya 71,5 per 100.000 penduduk. Menurut I.W. Suastana, sebanyak

Dari data penelitian N. Sukarena dkk. tentang kecelakaan lalu lintas sebagai penyebab fraktur maksilofasial didapatkan bahwa sebagian besar kecelakaan dialami oleh pengendara sepeda motor (61,5%) dan sebagian besar pada usia produktif (20-40 th) yaitu sebanyak 82,5%. Oleh karena itu sangat tepat bila usaha wajib helm bagi pengendara sepeda motor diupayakan oleh POLRI sejak tahun 1971 yaitu dengan Maklumat Kepala Kepolisian Republik Indonesia no. Pol. 01/VIII/71 tentang keharusan penggunaan kelengkapan keamanan, topi pengaman serta cara duduk yang menjamin keamanan penumpang, bagi setiap pengendara sepeda motor.

Para pengendara/pemakai helm hendaknya menyadari tentang kenyataan bahwa helm merupakan keperluan, oleh karena dibuat sedemikian rupa, sehingga energi dari suatu benturan yang keras diserap dalam sungkup/selubung (shell) walaupun kerusakan bisa tidak tampak oleh penglihatan kita. Oleh karena itu untuk mencapai stabilitas di kepala, helm harus tepat rapat di kepala terus menerus dan nyaman disertai mengenakan secara rapat sabuk dagu setiap saat.

Bentuk helm yang selain untuk melindungi cedera otak, juga dapat melindungi tulang maksilofasial ialah seperti helm yang dipakai oleh para pembalap, yaitu memiliki pelindung dibagian bawah dari muka sebagai lanjutan dari sungkup (helm "cakil"). Pembuatan helm ini seyogyanya mengikuti rancangan SII (Standar Industri Indonesia) yang mendapat referensi dari rekomendasi Draft International Standard Organization (ISO) no. 1511 tentang Protective Helmets for Road Users. Helm rancangan SII ini tidak dimaksudkan untuk lomba/kejuaraan dengan kecepatan tinggi. Helm ini memberikan perlindungan keamanan yang memadai bagi pengendara sepeda motor biasa di jalan, tetapi tidak bisa mencegah luka atau kematian dalam suatu kecelakaan berat. Oleh karena itu walaupun telah menggunakan helm yang benar, tetap harus waspada dan hati-hati pada waktu mengendarai sepeda motor.

Dalam masalah multitrauma ini **Ledingham Mc A** memberikan urutan prioritas sebagai berikut :

"Highest priority":

1. "cervical spine injury"
2. "respiratory impairment"
3. "cardiovascular insufficiency"
4. "severe external haemorrhage"

"High priority":

1. "intra-peritoneal injuries"
2. "retro-peritoneal injuries"
3. "brain and spinal cord injuries"
4. "severe burn and extensive soft tissue injuries"

"Low priority":

1. "Lower genitourinary tract injuries"
2. "Peripheral vascular, nerve and tendon injuries"
3. "Fractures and dislocations"
4. "Facial and soft tissue injuries"

Jadi fraktur maksilofasial termasuk "low priority", untuk itu harus dipilih teknik "approach open reduction" yang mungkin timbul dari penundaan ini. Penundaan kadang-kadang 1 bahkan lebih dari 2 minggu untuk diberikan kepada cedera yang lebih mengancam jiwa penderita. Dengan demikian fraktura maksilofasial harus dilakukan pengelolaan yang terpadu.

Dari pengamatan kami selama 12 tahun di Seksi Bedah Kepala Leher UPF Ilmu Bedah RSUD Dr. Soetomo didapatkan penderita fraktur maksilofasial sebagai berikut :

- fraktur mandibula : 377
- fraktur maksila : 73
- fraktur zigoma : 120
- fraktur nasal : 233

Dalam menangani masalah multitrauma sejak tahun 1991 di bagian Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya telah dilakukan pembenahan-pembenahan di dalam hal pedoman pelaksanaan penanganan penderita multitrauma. Untuk pedoman ini, perlu monitor-monitor yang memungkinkan untuk evaluasi penderita tersebut bagi para petugas kesehatan antara lain : Trauma Score.

Trauma Score ini untuk menyeleksi tingkat keketatan observasi penderita serta untuk menggambarkan prognosis penderita.

Di dalam penanganan penderita multitrauma terutama yang menyangkut trauma kapitis, maka seringkali diperlukan peran Bedah Kepala Leher untuk melakukan tindakan trakeostomi dengan tujuan trakeobronkial toilet guna memperbaiki faktor ekstra kranial. Pada trauma maksilofasial yang ada komplikasi obstruksi jalan napas atau perdarahan yang hebat intra oral, maka tindakan trakeostomi harus dilakukan untuk menyelamatkan keadaan yang kritis tersebut. Pada penelitian retrospektif selama 5 tahun (tahun 1988-1992) dilakukan 231 tindakan trakeostomi untuk penderita yang mengalami trauma kapitis dan maksilofasial. Dalam periode yang sama hanya dilakukan 13 trakeostomi untuk indikasi laringitis difteri yang obstruktif, kemungkinan hal ini akibat immunisasi yang sudah berhasil.

Hadirin yang terhormat,

Usaha prevensi suatu penyakit/kelainan lebih baik dan ekonomis dibandingkan kuratif. Penyakit atau kelainan di bidang Bedah Kepala Leher yang dapat dilakukan

prevensi antara lain gondok endemik, patah tulang maksilofasial, karsinoma rongga mulut dan basalioma

Gondok endemik

Surat Keputusan Bersama Menteri Perindustrian, Menteri Kesehatan, Menteri Perdagangan dan Menteri Dalam Negeri no. 185/M/SK/5/1985 tentang garam beryodium harus dilaksanakan sepenuhnya, dipantau dan dievaluasi pelaksanaannya. Dalam SK tersebut ditegaskan bahwa garam konsumsi yang beredar di seluruh Indonesia adalah bentuk garam beryodium produksi dalam negeri yang memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Departemen Kesehatan menyelenggarakan pengawasan kandungan KJO2 dalam garam beryodium di tingkat distribusi konsumen dan pengawasan medis terhadap masyarakat. Departemen Perindustrian melakukan pengaturan pembinaan dan pengembangan industri garam beryodium guna memenuhi kebutuhan masyarakat dengan mutu yang memenuhi syarat. Departemen Perdagangan melakukan pengaturan tata niaga garam beryodium maupun garam non yodium yang diperlukan untuk kebutuhan industri, dan Departemen Dalam Negeri memberikan petunjuk/pengarahan kepada Pemerintah Daerah dalam mengadakan pembinaan dan pengawasan umum serta koordinasi kegiatan secara terpadu di Daerah untuk menunjang suksesnya penyebaran luasan penggunaan garam beryodium.

Fraktur maksilofasial

Upaya wajib helm bagi pengendara sepeda motor ini harus lebih ditingkatkan baik mengenai bentuk dan kualitas helm maupun cara pemakaiannya. Bentuk helm "cakil" lebih dianjurkan sebab selain melindungi tengkorak kepala juga dapat melindungi tulang maksilofasial. Tali helm yang melingkari dagu harus diikatkan agar helm tersebut tidak terlepas lebih dulu pada waktu terjadi kecelakaan.

Tahun 1984 dikeluarkan keputusan Kapolri No. Pol. Kep/II/ XII/1984 tanggal 6 Desember 1984 perihal ketentuan memiliki helm pengaman bagi para pemohon sim C. Pada tahun 1985 POLRI mengadakan Operasi Tertib Lalu Lintas yang diberi nama "Operasi Zebra 85". Pada pelaksanaan operasi zebra ini diberlakukan wajib helm bagi pengendara sepeda motor secara bertahap. Pada akhir tahun 1986 dikeluarkan keputusan Menteri Perhubungan no. 188/AJ 403/PHB tentang topi pengaman (helm) sebagai perlengkapan teknis kendaraan bermotor dan penggunaannya bagi pengemudi dan penumpang, tanggal 29 Desember 1986. Dengan demikian pada permulaan tahun 1987 telah berlaku peraturan wajib helm untuk seluruh Indonesia berdasarkan keputusan Menteri Perhubungan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Para hadirin yang saya hormati,

Sebagai penutup pidato saya pada upacara peresmian hari ini, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih :

Kepada Pemerintah Republik Indonesia yang telah memberikan kepercayaan kepada saya untuk memangku jabatan sebagai Guru Besar Ilmu Bedah pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Kepada saudara Rektor Universitas Airlangga **Prof. dr. H. Bambang Rahino Setokoesoemo** dan saudara Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga **Prof. dr. R. Soemarto** saya ucapkan terima kasih atas kesediaan saudara mengusulkan saya untuk diangkat sebagai guru besar pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Kepada **Prof. dr. H. Soedarso Djojonegoro**, mantan Rektor Universitas Airlangga yang sangat attentive terhadap saya dan keluarga saya, terima kasih saya ucapkan.

Kepada para Guru Besar yang saya hormati, saya ucapkan terima kasih atas kesediaan saudara-saudara menerima saya sebagai anggota Senat Guru Besar dalam lingkungan Universitas Airlangga.

Kepada Direktur RSUD **Dr. Soetomo Prof. dr. H. Karijadi Wirjoatmodjo**, saya ucapkan terima kasih atas kesempatan dan tempat bekerja yang diberikan kepada saya untuk mengembangkan ilmu kedokteran, khususnya Ilmu Bedah Kepala dan Leher di lingkungan RSUD **Dr. Soetomo Surabaya**.

Perkenankan saya menyampaikan hormat serta penghargaan dan terima kasih kepada **dr. H.M. Sajid Darmadipura** sebagai Kepala Bagian Ilmu Bedah beserta seluruh staf pengajar, staf medik, paramedik, dan karyawan di lingkungan Laboratorium/UPF Ilmu Bedah FK Unair/RSUD **Dr. Soetomo Surabaya**, atas segala pengertian dan kerjasama dalam melaksanakan tugas pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian sehingga semuanya dapat berjalan dengan baik.

Saya sangat berterima kasih kepada **Prof. dr. H. Widjoseno Gardjito**, mantan Kepala Bagian Ilmu Bedah FK Unair/RSUD **Dr. Soetomo Surabaya**, yang tak lekang oleh panas dan tak basah oleh embun yang selalu mendampingi dalam menjalankan tugas-tugas di Bagian Ilmu Bedah.

Kepada **Prof.dr. Basoeki Wirjowidjojo** mantan Kepala Bagian Ilmu Bedah FK Unair/RSUD **Dr. Soetomo Surabaya**, yang sangat memperhatikan dan memberi

kesempatan seluas-luasnya untuk kemajuan dan pengembangan khususnya di bidang Bedah Kepala dan Leher.

Kepada yang terhormat **Prof. dr. Asmino**, mantan Dekan FK Unair dan juga mantan Ketua Tim Kanker FK Unair/RSUD Dr. Soetomo yang mengirimkan Tim Kanker ke Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis Amsterdam, untuk ini saya ucapkan terima kasih.

Tak lupa kepada almarhum **Prof. dr. H.M. Soetojo** mantan Kepala Bagian Ilmu Bedah FK Unair/RSUP Dr. Soetomo Surabaya, yang membuka mata saya terhadap ilmu pengetahuan yang saya tekuni terutama dalam bidang ilmu bedah.

Kepada almarhum **dr. R. Soetojo**, mantan Kepala Bagian Ilmu Bedah FK Unair/RSUP Dr. Soetomo Surabaya, terima kasih atas nasehat dan bimbingannya selama saya menjalani pendidikan ahli bedah dan memberikan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan Ilmu Bedah Kepala dan Leher di Amsterdam dan Groningen.

Kepada guru-guru saya di H.I.S. Siswo School atau Sekolah Rakyat Ngarsopuro di Solo, Sekolah Menengah Pertama di Solo dan di Blitar terutama Bp. **M. Tajib**, Sekolah Menengah Atas B-II di Malang yang telah memberikan dorongan sehingga saya berhasil, juga kepada dosen-dosen saya di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga terutama almarhum **Prof. Dr. dr. C.A.R.D. Snell**, yang menerima saya sebagai salah seorang asistennya, untuk itu terima kasih saya ucapkan.

Demikian juga saya ucapkan terima kasih kepada **Prof. Dr. dr. A.A. Loedin** dan almarhum **dr. A.H. Hamami** atas dorongan dan memberikan jalan untuk melanjutkan pendidikan.

Kepada almarhum **Prof. dr. M. Zaman**, mantan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, ucapan terima kasih atas perkenannya kepada saya untuk menjadi ahli Bedah.

Tak lupa **Prof. Dr. dr. E.A. van Slooten**, **Prof. Dr. dr. J. van Dongen**, **dr. S.J. Coevorden** dan **dr. W.A. Horee** atas perkenannya melakukan operasi-operasi kanker di daerah Kepala dan Leher di Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis di Amsterdam. Kepada **Prof. Dr. dr. J. Oldhoff** dan **Prof. Dr. dr. A. Vermey**, comerade in arms, yang selalu mau mencarikan jalan keluar terhadap persoalan-persoalan penderita maupun yang lain. Pandangan yang luas terhadap masalah yang kecil inilah kunci keberhasilan mereka, untuk itu kami ucapkan terima kasih.

(I don't forget to **Prof. Dr. dr. E.A. van Slooten**, **Prof. Dr. dr. J. van Dongen**, **dr. S.J. Coevorden** and **dr. W.A. Horee** for the opportunity has been given to me to do the operation of head and neck cancer at Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis Amsterdam.

To Prof. Dr. dr. J. Oldhoff and Prof. Dr. dr. A. Vermey, comerade in arma, who always give me the way out for problem solution of the patients or another. Wide perspective on the little problem is the key of their succesfullness, for that I thanks very much).

Tak lupa saya sampaikan terima kasih kepada pembina saya yang secara talus dan ikhlas membantu saya dalam mengabdikan untuk perikemanusiaan, dan juga para penderita yang rela dalam membantu demi terselenggaranya pendidikan ilmu bedah dan memungkinkan saya untuk mendalami ilmu kedokteran.

Tak lupa pula saya ucapkan terima kasih kepada staf Seksi Bedah Kepala dan Leher dr. H. Sunarto Reksoprawiro, dr. Urip Moertedjo, dr. Yoga Wijayahadi atas kerja keras dan kerjasamanya di Laboratorium Ilmu Bedah FK Unair/RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Dan ucapan terima kasih juga saya sampaikan :

Kepada peserta didik dokter spesialis Ilmu Bedah Umum, kepada Dra. Wiwik Ernawati, Ny. Srijati Agustini, Ir. Nunung Hardini, serta tenaga non edukatif medis lainnya, para mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga saya sampaikan terima kasih atas segala bantuan yang diberikan kepada saya.

Akhirnya perkenankanlah saya sekarang pada saat yang berbahagia ini mengenang orang-orang yang sangat saya cintai yang tidak mungkin hadir hari ini.

Almarhum ayahku R.P. Soemarmo Marmowinoto yang telah mendidik saya dengan disertai rasa kasih sayang untuk menjadi manusia yang bertanggung jawab, berdisiplin, bekerja keras, penuh kejujuran, untuk mengarungi kehidupan yang penuh tantangan.

Almarhum ibundaku Rr. Soetiti yang tercinta yang membesarkan saya dengan penuh kesabaran, saya tidak pernah lupa walaupun hanya sekejap.

Almarhum mertuaku R. Badroen, yang selalu sabar menunggu pendapat-pendapat dariku. Anakku yang saya sayangi, Anto, serta mas Martatmo dan mas Martadi yang telah mendahului kami, keenam orang yang saya cintai ini semoga arwah almarhum dan almarhumah mendapat tempat yang layak di sisi Tuhan YME.

Kepada saudara-saudaraku, terutama Drs. R. Martatno Marmowinoto yang telah menjalankan tugasnya dengan baik, tanpa beliau tak mungkin cita-citaku akan terwujud, untuk itu saya sampaikan terima kasih.

Kepada istri saya yang tercinta Rr. Astoeti, dengan sabar dan penuh pengertian mendampingi saya dalam menjalankan tugas kehidupan ini baik dalam keadaan suka maupun duka, saya ucapkan terima kasih yang tidak terhingga.

Kepada anak-anakku tersayang, Nono dan Tommy, yang selalu penuh pengabdian dan pengertian, kusampaikan terima kasih serta iringan do'a semoga tercapai cita-citamu dan menjadi orang yang berguna bagi Nusa dan Bangsa.

Penghargaan dan rasa terima kasih saya kepada Panitia yang diketuai **dr. H. Sunarto Reksoprawiro** beserta seluruh anggotanya dan fihak-fihak lain yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dengan ikhlas hingga terlaksananya upacara ini dengan lancar.

Penghargaan yang setulus-tulusnya saya sampaikan juga kepada **Drs. Yan Yan Cahyana, M.A.** Direktur Airlangga University Press beserta staf, yang membantu saya sepenuhnya sehingga pencetakan pidato peresmian ini dapat selesai pada waktunya.

Kepada **dr. Soepardi** selaku pembina dan koordinator paduan suara, saya ucapkan terima kasih yang tidak terhingga.

Akhirnya kepada hadirin yang saya muliakan, yang telah dengan sabar mendengarkan pidato saya sampai selesai, saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya. Semoga Allah SWT selalu memberikan taufik dan hidayahNya kepada kita semua.

Amien, Amien, ya Robbal'alamien.

Wassalamu'alaikum warohmatullahi wabarokatuh.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

1. **Cady B.** History of thyroid and Parathyroid Surgery; in Surgery of the Thyroid and Parathyroid glands. Cady B and Rossi R.L (eds), 3rd ed., WB Saunders Philadelphia, 1991, p.1-4.
2. **Djohan Wirawan, Urip Moertedjo, Sunarto.** Trakeostomi di Bagian Ilmu Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya (1988-1992). PIT IX IKABI, Semarang, 11 - 13 Juli 1994.
3. **Dunn J.T. et al.** A Practical Guide to the Correction of Iodine Deficiency. ISBN 90-70785-05-6, International Council for Control of Iodine deficiency Disorders, 1990.
4. **Freund H.R.** Principles of the Head and Neck Surgery. Apple Century Crofts, New York, 1979. 2nd ed., p. 275- 297.
5. **Haagedoorn E.M.L. et al.** Essential Oncology for Health Professionals. Van Gorcum, Assen, 1984, p. 91-126.
6. **Harun Al Rasyid dan Martatko M.** Hygroma Kistik di Bagian Bedah RS Dr. Soetomo Surabaya, Kongres Nasional V, Jakarta, Oktober 1975.
7. **Harvey D. Grant et al.** Emergency Care. 5 ed., Prentice-Hall International Editions, 1990.
8. **Kubota, H. et al.** Bacteriological Examinations of the Pus from patients in the Surgery Wards of Dr. Soetomo Hospital, Surabaya, Indonesia, Kobe J. Med. Sci. 16, Desember 1970, p. 267-272.
9. **Kustiyo G.** Peranan Helm terhadap Fraktura Maksilofasial pada Kecelakaan Lalu Lintas Pengendara Sepeda Motor. Perpustakaan Pusat Unair, 1988.
10. **Lukas R.B.** Pathology of Tumour of the Oral Tissues. IV ed., Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1984.
11. **Martatko M.** Fraktura maksilofasial (diagnose dan terapi). Warta IKABI, 1989, no.1, p. 129-141.
12. **Martatko M.** Karsinoma Rongga Mulut. Pra Muktamar VIII IKABI Ujung Pandang, 6-8 Juli 1984.
13. **Martatko M.** Mandibular Ameloblastoma (problems and solutions). Dutch Foundation for Post Graduate Courses in Indonesia, Head and Neck Oncology, November 7-9, 1988, Surabaya.
14. **Martatko M.** Masalah tracheotomi. Seminar Ilmu Bedah Darurat, 18 Mei 1979, Surabaya.
15. **Martatko M.** Tumor Parotis (diagnose dan terapi). Kuliah instruksional, Muktamar III PABTI Jakarta, 9-11 September 1987.
16. **Martatko M.** Penatalaksanaan Tumor Ganas Rahang Atas. Simposium Tumor Ganas Rahang Atas. Surabaya, 10 Maret 1990, p. 30-37.
17. **Oldhoff, J.** Adjuvante Chirurgie. Oncologisch Kabinet, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Het Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam, 1984.

18. **Oosterhuis J.W.** Pathology of the Head and Neck. Dutch Foundation for Post Graduate Courses in Indonesia, Head and Neck Oncology, November 7-9, 1988, Surabaya.
19. **Shah, J.P.** Intraoral Cancer. Adv. Post Graduate Courses in Head and Neck Cancer Surgery, November 15-18, 1982, Singapore.
20. **Sukarena N.** Kecelakaan Lalu Lintas Penyebab Fraktur Maxillofacial. Perpustakaan Pusat Unair, 1983.
21. **Sunarto R.** Deteksi dan Diagnose Dini Kanker Rongga Mulut. Warta IKABI, 1994, No.4, p. 239-245.
22. **Sunarto dan Martatko M.** Neoplasma Kepala dan Leher. Muktamar Nasional II PABTL, Jakarta, 7-9 April 1983.
23. **Suryadi K. et al.** Trauma skot. PIT IKABI IX Semarang, 11-13 Juli 1994.
24. **Suastana, I.W.** Basal Cel Carcinoma pada Kepala dan Leher di Bagian Bedah RS Dr. Soetomo tahun 1976-1981. Perpustakaan Pasat Unair, Surabaya.
25. Surat Keputusan Bersama Menteri Perindustrian, Menteri Kesehatan, Menteri Perdagangan dan Menteri Dalam Negeri tentang Garam Beryodium, tentang Tata Niaga Garam Beryodium, serta Pedoman Pelaksanaannya, 1985.
26. **Soeharto.** Pidato Kenegaraan Presiden Republik Indonesia di Depan Sidang Dewan Perwakilan Rakyat 16 Agustus 1994 Republik Indonesia.
27. **Urip Moertedjo et al.** Tumor Kepala dan Leher di Lab/UPF Ilmu Bedah RSUD Dr. Soetomo Surabaya (1983-1992). Media IDI, vol. 18, No. 1, 17 Maret 1993, p. 29-35.
28. **Vermey A.** Benigne epitheliale parotis tumoren. Proefschrift, van Gorcum, Assen/Maastricht, 1989.
29. **van Slooten, E.A. et al.** Parotidectomy. Archivum Chirurgicum Neerlandicum, 1964, vol.XVI Fasc. 4.
30. **WHO.** Indicators for Assessing Iodine Deficiency Disorders and their Control Programmes. Review version, September 1993.