

Peranan San Fransisco Syncope Rule Dalam Menilai Sinkop Yang Mengancam Keselamatan Pasien

Sinkop atau “pingsan” merupakan kehilangan kesadaran sementara dan kekuatan postural tubuh secara tiba-tiba, yang diakibatkan oleh hipoperfusi serebral global sesaat dengan karakteristik berupa onset yang cepat, durasi yang singkat dan dapat pulih dengan sempurna secara spontan. Dengan adanya hipoperfusi global dan keempat karakteristik sinkop tersebut, kita dapat membedakan sinkop dengan keadaan lain yang juga mengakibatkan kehilangan kesadaran, seperti misalnya epilepsi. Terdapat pula istilah presinkop yang sering digunakan untuk menggambarkan “perasaan seperti mau pingsan” yaitu hilangnya kekuatan postural tubuh dan kepala terasa ringan, yang terjadi sebelum kehilangan kesadaran. Seseorang dapat saja mengalami presinkop tanpa harus berlanjut menjadi sinkop.

Sinkop harus menjadi perhatian kita sebagai klinisi, dikarenakan hampir sepertiga dari orang dewasa dikatakan pernah mengalami paling sedikit satu kali serangan sinkop

selama hidupnya. Serangan pertama umumnya terjadi di antara usia 10 dan 30 tahun, di mana 47% wanita dan 15% pria mengalami puncak serangan pada usia sekitar 15 tahun. Hanya 5% orang dewasa yang mengalami serangan pertama di atas usia 40 tahun. Namun demikian, data menunjukkan peningkatan serangan sinkop pada pria dan wanita yang berusia di atas 65 tahun.

Sinkop dapat diklasifikasikan menjadi 3 bagian besar, di antaranya adalah sinkop refleks atau sinkop yang dimediasi oleh persyarafan termasuk sinkop vasovagal yang sering terjadi pada seseorang yang mengejan saat berkemih dan sinkop sinus karotis yang dapat terjadi pada seseorang dengan kerah kemeja yang terlalu ketat yang menekan sinus karotis. Selain sinkop refleks, terdapat pula sinkop yang terkait dengan hipotensi ortostatik, di mana terjadi gangguan pada sistem otonom yang bersifat kronis sehingga gagal untuk memberikan respon vasokonstriksi yang memadai saat berdiri, di mana terjadi penurunan volume darah balik vena ke jantung dalam jumlah besar. Yang terakhir, sinkop dapat

disebabkan oleh adanya gangguan pada jantung yang disebut juga dengan sinkop kardiak. Aritmia adalah penyebab tersering sinkop kardiak, sehingga direkomendasikan untuk melakukan pemeriksaan EKG pada pasien sinkop.

Saat menerima pasien sinkop, selain mencoba untuk mencari etiologi sinkop dan melakukan tatalaksana, kita juga memikirkan apakah pasien sinkop perlu mendapat perawatan di rumah sakit. Hal yang dapat menjadi pertimbangan kita dalam memutuskan perawatan adalah apakah serangan sinkop yang terjadi ini memiliki risiko yang tinggi terhadap keselamatan pasien. Salah satu sarana yang dapat digunakan dalam menilai risiko ini adalah San Fransisco Syncope Rule.

San Fransisco Syncope Rule menggunakan 5 parameter CHES, yaitu *Congestive heart failure* (adakah riwayat gagal jantung kongestif), *Hematocrit* <30% (kadar hematokrit <30%), *ECG abnormality* (adakah penemuan yang abnormal pada rekaman EKG 12 lead, termasuk perubahan gambaran EKG yang bersifat baru atau tidak didapatkan

gambar sinus rhythm), *Shortness of breath* (adakah riwayat sesak nafas), dan *Systolic blood pressure* <90mmHg (tekanan darah sistolik <90 mmHg). Adanya salah satu saja dari 5 parameter ini pada pasien yang mengalami serangan sinkop, maka ia dinilai memiliki risiko tinggi untuk meninggal, terkena infark miokard, aritmia, emboli paru, stroke, perdarahan subaraknoid ataupun kondisi lain yang dapat menyebabkannya kembali ke rumah sakit dalam 30 hari setelah serangan.

Sebuah *systematic review* mengenai San Fransisco Syncope Rule di tahun 2011 yang dilakukan oleh Saccilotto dan kawan-kawan menyebutkan San Fransisco Syncope Rule memiliki sensitivitas 87%, dengan hanya kurang dari 5% pasien dengan skor San Fransisco Syncope Rule nya negatif tetapi mendapatkan kejadian mengancam jiwa seperti yang disebutkan di atas. Bahkan studi terbaru untuk populasi Asia yang dilakukan oleh Tan C dan kawan-kawan di tahun 2013 menyebutkan San Fransisco Syncope Rule memiliki sensitivitas 94,2% (95% CI 89,0%; 97%) dan spesifisitas

50,8% (95% CI 47,7%; 53,8%).

San Fransisco Syncope Rule adalah sarana yang valid untuk menilai serangan sinkop yang berisiko tinggi untuk mengancam keselamatan jiwa pasien. Namun demikian, San Fransisco Syncope Rule hanyalah sarana penunjang, sehingga kondisi klinis pasien dan *judgement* klinisi tetap merupakan yang utama di dalam pengambilan keputusan. **ST**

Referensi:

1. Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc JJ, Brignole M, Dahm JB et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *European Heart Journal*. 2009; 30(21):2631-2671.
2. Saccilotto RT, Nickel CH, Bucher HC, Steyerberg EW, Bingisser R, Koller MT. San Fransisco Syncope Rule to predict short-term serious outcomes : a systematic review. *CMAJ*. 2011; 183(15) : e1116-11126
3. Tan C, Sim TB, Thng SY. Validation of the San Fransisco Syncope Rule in two hospital emergency departments in Asian population. *Acad Emerg Med*. 2013; 20(5) : 487-497

Melanjutkan pendidikan di luar negeri merupakan salah satu pilihan bagi rekan-rekan sejawat setelah lulus profesi dokter. Seperti halnya peribahasa “lain ladang lain belalang, lain lubuk lain lainnya”, tentu terdapat perbedaan budaya dan kebiasaan yang harus dihadapi. Berikut ini beberapa hal unik, aneh, dan menarik yang dihadapi beberapa sejawat ketika melanjutkan pendidikan di luar negeri:

MD GLOBE



Sharing stories from around the world

“Ada pengalaman unik ketika bersekolah di Jerman, yaitu menolong partus pasangan wanita sesama jenis! Ditambah lagi anaknya ternyata diberi nama yang kebetulan sama dengan nama saya! Pengalaman paling aneh, adalah ketika pertama kali melihat orang bule berkaraoke, karena jelas bukan hal biasa di sana. Kalau pengalaman paling menarik? Ketika mencoba operasi laparoskopi dengan teknologi 3D yang menggunakan kacamata khusus. Rasanya seperti nonton film IMAX di TMII!!

dr. Merwin Tjahjadi

merwintjahjadi@yahoo.com

Sedang proses adaptasi di FKUI-RSCM Jakarta

Alumni Hannover Medical School, Germany

“Yang berkesan ketika studi di Malaysia, kami diijinkan untuk melakukan berbagai tindakan dan prosedur medis selama dapat mempertanggungjawabkannya. Kami dapat bekerja dengan tenang karena dilindungi oleh supervisor. Pengalaman lucu adalah ketika saya diledak kurang belajar oleh pasien karena tidak dapat berbahasa mandarin..”

dr. Lilian Gunawan M.Med , Sp.A

liliangunawan@hotmail.com

Spesialis Anak, praktek di Jakarta Selatan

Alumni Universiti Sains Malaysia

“Dalam satu kesempatan ketika di Canada, saya jaga malam bersama seorang junior. Keesokannya ternyata hasil echocardiography yang dilakukan junior itu dianggap *rubbish* oleh sang profesor. Menariknya, yang kena marah bukan si junior, tetapi saya sebagai seniornya. Saya diajarkan bahwa seorang senior harus bertanggung jawab terhadap kualitas kerja juniornya.

dr. Shirley Leonita, Sp.A(K)

flowersla1979@yahoo.com

Spesialis Anak, praktek di Pekanbaru

Alumni Hospital for Sick Children , Toronto, Canada

“Ketika lulus dokter umum di Jakarta dan hendak mencoba ke Amerika Serikat, saya mendengar berbagai info simpang siur dan tidak jelas tentang status dokter Indonesia di luar negeri. Informasi yang ada hanya seputar USMLE. Belum masalah Kaplan courses, dan upaya mendapat student visa. Selain itu dokter dari Indonesia sering kalah bersaing dengan calon residen dari negara lain karena minimnya karya ilmiah atau penelitian. Namun dengan semangat tidak mau menyerah dan usaha terus menerus, ternyata semua bisa diatasi. Bagi sejawat yang suatu saat mau mencoba ke USA, ada baiknya sejak dini melatih membuat karya ilmiah.”

Anton Surja, MD

asurja@cox.net

Dipl. of the American board of psychiatry and neurology, praktek di Oklahoma, USA

Alumni University of Louisville, USA