



SINDROM METAKARPAL, HIPERTENSI GRADE II, DAN DISPEPSIA PROFESI TUKANG PIJAT DAN TULANG PUNGGUNG KELUARGA

Mutiara P¹⁾

¹⁾Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Latar Belakang. Sindrom metakarpal, hipertensi, dan dispepsia dengan multi faktor stressor pekerjaan, perilaku, dan sosial ekonomi merupakan masalah klinis dan psikososial yang tidak mudah diselesaikan. Interaksi antara komunitas sosial dan keluarga dengan bantuan lingkungan komunitasnya sangat membantu tidak hanya dalam menyelesaikan masalah klinis saja tetapi juga masalah psikososial. **Kasus.** Ny.E, 47 tahun, datang ke klinik Kedokteran Keluarga Kayu Putih pada bulan Juli 2013 dan didiagnosa sindrom metakarpal, hipertensi grade 2 dan dispepsia. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan dan kunjungan rumah yang dilakukan, didapatkan data internal dan eksternal yang berpengaruh pada kasus ini antara lain, pekerjaan tukang pijat dan cuci gosok, pola makan dan olahraga tidak teratur, hidup dalam keluarga majemuk dan sebagai tulang punggung keluarga. Pasien diberikan terapi medikamentosa berupa meloxicam, neurobion, dan ranitidin, serta dilakukan edukasi dan latihan jasmani. **Simpulan.** Masalah klinis yang kompleks membutuhkan waktu dan kerjasama antara provider kesehatan dan keluarga. [Medulla Unila.2013;1(3):42-50]

Kata kunci: dispepsia, hipertensi, kedokteran keluarga, sindrom metakarpal, , tukang pijat

METACARPAL SYNDROME, HYPERTENSION GRADE II, AND DYSPEPSIA WORK AS MASSEUR AND BREADWINNER OF THE FAMILY

Mutiara P¹⁾

¹⁾ Student of Medical Faculty Lampung University

Abstract

Background. Metacarpal syndrome, hypertension, and dyspepsia, with a job, behavior, and social economy as multifactor, are clinical problems and psychosocial problems that not easily resolved. Interaction between social communities and families with the help of the community environment is helpful not only in solving clinical problems but also psychosocial problems. **Case.** Ny.E, 47 years old, came to Kayu Putih Clinic on July 2013, her diagnostic was carpal tunnel syndrome, hypertension and dyspepsia. Based on anamnesa, physical examination and home visit, It was found many internal and external factor, middle-aged woman, a masseur and rubbing washer, diet and exercise are not regular, live in the family compound and as the backbone of the family. Patient had given meloxicam, neurobion, and ranitidin, also education and exercise. **Summary.** Clinical Issues and complex psychosocial needs a long time and collaboration between healthcare providers and family. [Medulla Unila.2013;1(3):42-50]

Keywords: dyspepsia, family medical care, hypertension, masseur, metacarpal syndrome



Pendahuluan

Sindrom metakarpal atau *Carpal Tunnel Syndrome* (CTS) merupakan sindrom yang timbul akibat *nervus medianus* tertekan di dalam *Carpal Tunnel* (terowongan karpal) di pergelangan tangan,. Sindrom metakarpal merupakan salah satu penyakit yang dilaporkan oleh badan statistik perburuhan di negara maju sebagai penyakit yang sering dijumpai di kalangan pekerja-pekerja industri (Bugajska et al., 2007). *National Health Interview Study* (NIHS) memperkirakan bahwa prevalensi sindrom metakarpal yang dilaporkan sendiri diantara populasi dewasa adalah sebesar 1.55% (2,6juta). Kejadian sindrom metakarpal pada populasi diperkirakan 3% pada wanita dan 2% pada laki-laki dengan prevalensi tertinggi pada wanita tua usia > 55 tahun, biasanya antara 40 hingga 60 tahun. Penyebab sindrom metakarpal diduga oleh karena trauma, infeksi, gangguan endokrin, dan lain-lain, tetapi sebagian tidak diketahui penyebabnya. Penggunaan tangan yang berlebihan dan repetitif diduga berhubungan dengan sindroma ini (Baker, 2009).

Hipertensi adalah suatu kondisi dimana tekanan darah dalam arteri meningkat secara kronis. Hipertensi kini menjadi masalah global karena prevalensi yang terus meningkat sejalan dengan perubahan gaya hidup seperti merokok, obesitas, inaktivitas fisik, dan stress psikososial. Hampir di setiap negara, hipertensi menduduki peringkat pertama sebagai penyakit yang paling sering dijumpai. Angka kejadian hipertensi pada penduduk Indonesia pada tahun 2007 yaitu 31,7%. Diperkirakan kasus hipertensi yang ditemukan pada klinik pada tahun 2008 adalah 297 kasus (11,29% dari total kunjungan), pada tahun 2009 adalah 408 kasus (12,6% dari total kunjungan) dan pada tahun 2010 adalah 370 kasus (10,68% dari total kunjungan). Diperkirakan sekitar 80% kenaikan kasus hipertensi terutama di negara berkembang tahun 2025 dari sejumlah 639 juta kasus di tahun 2000, di perkirakan menjadi 1,15 milyar kasus di tahun 2025 (Siswoyo, 2012).

Dispepsia fungsional adalah sindrom klinik yang didefinisikan sebagai nyeri atau rasa tidak nyaman pada abdomen bagian atas tanpa ditemukannya penyebab



organik yang dapat menjelaskan gejala. Hampir 30% kasus dispepsia fungsional ditemukan di rumah sakit terbesar di Jakarta (Barry & Dinan, 2006).

Menurut George Enggel pendekatan dalam pelayanan medis tidak hanya berfokus pada aspek biologi (penyakit) tetapi juga dipengaruhi oleh aspek psikososial yang tidak mudah diselesaikan. Karena itu interaksi antara komunitas sosial dan keluarga dengan bantuan lingkungan komunitasnya sangat membantu tidak hanya dalam menyelesaikan masalah klinis saja tetapi juga masalah psikososial. Berdasarkan pelayanan dokter keluarga yang komprehensif, kontinu, integratif, holistik, dan koordinatif serta dilakukan penilaian standar manajemen resiko yang banyak dikemukakan berkaitan dengan *benefit cost*. Oleh karena itu dilakukan studi kasus pada pasien ini karena ditemukan kompleknya masalah faktor eksternal dan internal yang dimiliki (Borell, 2004).

Kasus

Ny. E, 47 tahun, menikah, seorang tukang pijat dan cuci gosok datang ke Klinik Kedokteran Keluarga Kayu Putih pada tanggal 3 Juli 2013 dengan keluhan kedua tangan terasa nyeri dan kaku. Awalnya hanya timbul rasa kesemutan pada kedua tangan, lama-kelamaan tangan terasa kaku dan nyeri. Rasa kaku dan nyeri sering dirasakan pada malam hari dan sering membangunkan pasien dari tidurnya. Rasa nyeri berkurang jika tangan dipijat atau digerak-gerakkan. Sejak timbulnya keluhan tersebut, pasien sering tidak kuat untuk menggenggam benda sehingga sering terjatuh dan menjadi tidak terampil sewaktu memungut benda-benda kecil.

Satu bulan terakhir keluhan bertambah berat terutama pada jempol, telunjuk dan jari tengah, jari dirasa membengkak, dan susah membedakan rasa panas dan dingin. Pasien sudah berobat ke KDK Kayu Putih dua kali, dan diberi berbagai macam obat yaitu captopril, metilprednisolon, meloksikam, neurobion, ranitidin (nama obat diperoleh dari rekam medis pasien) dan keluhanpun dirasakan membaik. Satu hari yang lalu keluhan dirasakan timbul kembali saat mencuci pakaian.

Keluhan juga disertai badan lemas, kepala pusing, perut terasa perih dan kembung. Sejak tahun 2011, pasien dikatakan memiliki tekanan darah tinggi oleh



dokter yang memeriksanya dengan tekanan darah awal adalah 160/100 mmHg. Pasien dianjurkan minum captopril satu kali sehari. Obat hanya diminum jika ada keluhan. Pasien kontrol tekanan darah terakhir dua bulan yang lalu. Pasien mempunyai kebiasaan konsumsi makanan yang tinggi lemak, serta jarang berolahraga, kebiasaan tidak sarapan pagi dan telat makan, serta minum kopi dua kali sehari. Pasien tidak mengetahui adanya riwayat hipertensi ataupun kencing manis pada keluarga.

Sebagai tulang punggung keluarganya, pasien bekerja sebagai tukang pijat panggilan selama kurang lebih 20 tahun. Dalam satu hari, pasien dapat melayani dua hingga tiga orang. Satu orang pelanggan menghabiskan waktu kurang lebih 30 menit hingga satu jam. Gerakan saat memijat antara lain : menekan dan memeras dengan menggunakan kedua tangan. Gerakan tersebut dilakukan berulang-ulang.

Selain tukang pijat, pasien juga bekerja sebagai tukang cuci gosok sejak lima tahun yang lalu (tiga jam perhari). Pasien tidak memiliki mesin cuci dan mencuci baju pelanggan dengan kedua tangannya. Dengan kesibukannya pasien sering terlambat makan dan kurang dapat mengatur pola makannya. Pasien mengatakan keluhan tersebut juga memberat jika merasa stress dan sedang menghadapi banyak masalah. Hal ini juga terkait dengan faktor keluarga yang merupakan keluarga majemuk.

Pasien tinggal dengan suami, anak perempuan, anak laki-laki, dua orang menantu dan dua orang cucu. Suami pasien, Tn. M, 60 tahun, tidak bekerja. Anak perempuan pasien, Ny. Kartika, 25 tahun sebagai pelaku rawat tamatan SMP, juga tidak bekerja. Anak laki-laki dan kedua menantunya hanya berprofesi sebagai tukang ojek dan kuli, penghasilannya tidak menentu. Semua kebutuhan ekonomi dalam keluarga tersebut menjadi beban tanggungan pasien, termasuk membiayai kebutuhan kedua cucunya yang masih berusia tiga tahun dan delapan bulan. Status sebagai tulang punggung keluarganya sering menjadi beban pikiran.

Pemeriksaan fisik pasien pada tanggal 03 Juli 2013 didapatkan kesadaran kompos mentis, berat badan 50 kg, tinggi badan 159 cm, kesan gizi normal, IMT (Indeks Massa Tubuh) normal (19,84), tekanan darah 140/90 mmHg, frekuensi



nadi 80 x/menit, frekuensi pernapasan 20 x/menit, suhu 37 °C. Status generalis pasien didapatkan kepala, mata, hidung, mulut, leher, dada (jantung dan paru) pasien dalam batas normal. Terdapat nyeri tekan pada epigastrium. Pada ekstremitas superior regio palmar *sinistra et dekstra* ditemukan edema *nonpitting*, kaku dan nyeri gerak. Ekstremitas bawah dalam batas normal. Status neurologis dalam batas normal. Pada ekstremitas atas regio palmar *sinistra et dekstra* didapatkan hasil positif pada *Phalen's test*, *Tinel's sign*, *Wrist extension test*, dan *Flick's sign*. *Range Of Movement* palmar *sinistra et dekstra* sulit dinilai karena sakit.

Pembahasan

Pada pasien ini, diagnosis sindrom metakarpal ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pada anamnesis didapatkan berupa rasa kaku dan nyeri pada kedua tangan dan berkurang jika tangan dipijat atau digerakkan. Selain itu adanya keluhan kelemahan pada tangan, yaitu pasien sering tidak kuat untuk menggenggam benda dan menjadi tidak terampil sewaktu memungut benda-benda kecil. Pasien bekerja sebagai tukang pijat sejak 20 tahun dan cuci gosok sejak lima tahun. Sering melakukan gerakan-gerakan repetitif antara lain *pinc grip*, *finger press*, deviasi radius dan ulna, fleksi dan ekstensi tangan serta pergelangan tangan. Berdasarkan analisis kegiatan kerja yang dilakukan, Ny.E mempunyai faktor resiko yang signifikan untuk mengalami sindrom metakarpal.

Pemeriksaan fisik yang didapatkan mendukung untuk diagnosa sindrom metakarpal. Pemeriksaan fisik tersebut antara lain, *Phalen's test*, *Tinel's sign*, *Wrist extension test*, dan *Flick's sign* yang positif pada regio palmar *sinistra et dekstra*. Serta ditemukan adanya nyeri gerak, kaku dan edema *nonpitting* pada regio tersebut.

Pada kepustakaan, indikator diagnosis sindrom metakarpal antara lain:

1. Gejala klinis : Nyeri terbakar, parestesia satu atau kedua tangan bersamaan (sisi tenar) pada distribusi saraf medianus; Sering lebih jelas setelah pulang



kerja atau di malam hari dan membaik jika digerak-gerakan dan dikibaskan (Stephani, 2003).

2. Pemeriksaan fisik

- a. *Phalen's test* : Penderita diminta melakukan fleksi tangan secara maksimal. Bila dalam waktu 60 detik timbul gejala seperti sindrom metakarpal, tes ini menyokong diagnosa.
- b. *Tinel's sign* : Tes ini mendukung diagnosa bila timbul parestesia atau nyeri pada daerah distribusi *nervus medianus* jika dilakukan perkusi pada terowongan karpal dengan posisi tangan sedikit dorsofleksi.
- c. *Flick's sign* : Penderita diminta mengibas-ibaskan tangan atau menggerak-gerakkan jari-jarinya. Bila keluhan berkurang atau menghilang akan menyokong diagnosa sindrom metakarpal.
- d. *Thenar wasting* : Pada inspeksi dan palpasi dapat ditemukan adanya atrofi otot-otot tenar (Yaron et al., 2007).

Sebagian besar penelitian mengungkapkan bahwa pekerjaan berulang yang merupakan suatu faktor risiko sindrom metakarpal memiliki pengaruh pada faktor beban kerja fisik. Penelitian mengenai sindrom metakarpal yang membandingkan pekerjaan dengan gerakan berulang tinggi dengan pekerjaan dengan gerakan berulang ringan memberikan hasil *odds ratio* 5,5 ($p < 0,05$) dengan model statistik yang juga melibatkan usia, jenis kelamin, dan masa kerja. Berdasarkan hasil analisis dengan uji statistik *chi-square* diketahui bahwa ada hubungan antara frekuensi gerakan berulang dengan sindrom metakarpal ($p = 0,013$, $\alpha = 0,05$). Artinya, frekuensi gerakan berulang yang tinggi lebih dari 30 kali gerakan per menit) dalam bekerja akan menyebabkan terjadinya sindrom metakarpal. Semakin tinggi frekuensi gerakan berulang semakin tinggi risiko terjadinya sindrom metakarpal (Yaron et al., 2007).

Penelitian yang dilakukan oleh Silverstein (1987) pada 625 pekerja di tujuh kawasan industri mengevaluasi faktor-faktor pekerjaan yang bisa mempengaruhi terjadinya sindrom metakarpal, ternyata ada enam faktor pekerjaan yang menyebabkan berkembangnya sindrom metakarpal yaitu gerakan pergelangan



atau jari tangan yang berulang, kontraksi yang kuat pada tendon, gerakan pergelangan tangan yang menekuk ke bawah (fleksi) atau menekuk ke atas (ekstensi), gerakan tangan saat bekerja (gerakan menjepit), tekanan mekanik pada saraf medianus (Alya & Mansour, 2011).

Pada studi kasus ini, terapi sindrom metakarpal yang diberikan adalah terapi konservatif berupa terapi medikamentosa (OAINS, analgetik, dan vitamin) dan non medikamentosa berupa edukasi, dan *wrist exercice* atau senam untuk peregangan tangan. Dari beberapa pilihan terapi, kombinasi antara konservatif dan pembedahan adalah pilihan. *American Academy of Neurology* menyarankan untuk melakukan terapi konservatif terlebih dahulu, seperti membebat pergelangan tangan, aktivitas yang dimodifikasi, OAINS dan injeksi invasif steroid serta pembedahan hanya jika terapi konservatif tidak berhasil. Walaupun terapi operatif menjanjikan, namun masih terdapat kemungkinan besar komplikasi dibandingkan non operatif (Bugajska, 2007).

Beberapa faktor resiko hipertensi terkait studi kasus ini adalah faktor stress, pola makan, dan olahraga yang tidak teratur. Dari faktor-faktor tersebut, diduga faktor yang paling berperan penting adalah faktor stress yang dialami, baik dari beban pekerjaan, konflik keluarga, maupun *stressor* dari keluhan tangan yang diderita. Hubungan antara stress dan hipertensi primer diduga oleh aktivitas saraf simpatis melalui katekolamin maupun renin yang dapat meningkatkan tekanan darah. Apabila stress menjadi berkepanjangan dapat berakibat tekanan darah menetap tinggi (Sudoyo dkk.,2003).

Hal ini berhubungan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sharma tahun 2012 mengenai hubungan antara tingkat stres psikologis, kecemasan, amarah dengan hipertensi atau normotensi. Seratus orang dewasa dari Shimlayang memiliki hipertensi dan memiliki tekanan darah (BP) > atau 140/90 mmHg dipilih dan dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin dan usia dibandingkan dengan kelompok seratus orang dewasa dengan normotensi (BP < 120/80 mmhg). Dilakukan pengukuran tingkat kecemasan, kemarahan dan stres psikologis yang berasal dari kuesioner standar. Hasil Anova 2x2 mengungkapkan terdapat perbedaan yang signifikan antara hipertensi dan normotensi sejalan dengan semua



hipotesis pada semua variabel. Pasien hipertensi dilaporkan tinggi pada individu dengan tingkat stres psikologis, kecemasan dan amarah yang tinggi (Sharma, 2012).

Keluhan lain berupa nyeri ulu hati, rasa mual, kembung terutama telat makan atau makan tidak teratur, perilaku yang gemar minum kopi lebih dari dua cangkir sehari, dan dari pemeriksaan fisik generalis ditemukan nyeri tekan pada epigastrium. Dalam *International Classification of Primary Care – 2nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)* dikodekan sebagai Dispepsia fungsional (ICPC-2 English: D07; *Dyspepsia/indigestion*) (Barry & Dinan, 2006).

Masalah psikologis ditatalaksana dengan psikoterapi. Psikoterapi, atau konseling pribadi dengan psikoterapis, adalah hubungan interpersonal yang disengaja digunakan oleh psikoterapis dilatih untuk membantu klien atau pasien dalam masalah hidup. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan rasa kesejahteraan individu sendiri. Psikoterapis menggunakan berbagai teknik berdasarkan pengalaman pembangunan hubungan, dialog, komunikasi dan perubahan perilaku yang dirancang untuk meningkatkan kesehatan mental pasien, atau untuk meningkatkan hubungan kelompok (seperti dalam keluarga). Konseling antara *provider* dengan pasien merupakan salah satu psikoterapi, yang diharapkan dapat membantu menyelesaikan permasalahan pasien. Dalam hal ini *provider* telah melakukan psikoterapi dengan melakukan kunjungan rumah, dimana *provider* melakukan komunikasi efektif, perhatian, konseling dan memberikan *support* kepada pasien untuk semangat melawan penyakitnya (Borrel, 2004).

Simpulan, telah ditegaskan diagnosis sindrom metakarpal, hipertensi grade 2 dan dispepsia pada Ny. E, 47 tahun, atas dasar anamnesis dan pemeriksaan fisik. Telah diberikan terapi farmakologis berupa meloksikam, neurobion dan ranitidin. Selain itu, dilakukan kunjungan rumah sebanyak tiga kali, dan dilakukan edukasi kepada pasien dan keluarga, penjelasan terapi gizi, dan latihan jasmani. Pembinaan keluarga yang dilakukan pada kasus ini tidak hanya mengenai penyakit pasien, tetapi juga mengenai masalah-masalah lainnya seperti fungsi psikososial keluarga dan perilaku kesehatan keluarga.



Daftar Pustaka

- Atya AM and Mansour T. 2011. Laser versus nerve and tendon gliding exercise in treating carpal tunnel syndrome. *Life Science Journal*. 8(2):413-418.
- Baker R. 2009. Evidence summary - conservative care options for work-related sindrom metacarpal (cts). *IICAC Occupational Health Practice Resource*. 1(1):1-14.
- Barry S, Dinan TG. 2006. Functional dyspepsia: are psychosocial factors of relevance?. *World J Gastroenterol*. 12(17): 2701-2707.
- Borrel F, Suchman A, Epstein R. 2004. The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *British Medical Journal*. 2(1):576-582.
- Bugajska J, Jedrika A, Udol I. 2007. Sindrom metacarpal in occupational medicine practice. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics (JOSE)*. 13(1): 29-38.
- Sharma A. 2012. Hypertension, psychological fallout of type a, stress, anxiety and anger. *AASS*. 3(4): 751-758.
- Siswoyo B. 2012. Pengaruh diet dan stresor psikososial terhadap tekanan darah. [Skripsi]. Tegal: Universitas Negeri Semarang.
- Stephani Y. 2003. Sindrom metacarpal As an Occupational Disease. *JABFP*. 1(1):16
- Sudoyo AW, Setyohadi B, Alwi I. 2006. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Jakarta : Departemen IPD FK UI. 3(4): 1993.
- Yaron Y, Mark G, Isabella K, Rafael S. 2007. Sindrom metacarpal: under-recognition of occupational risk factors by clinicians. *Industrial Health*. 45(1): 820-822.