

PENATALAKSANAAN DEPRESI TERSAMAR

Dr. K. MARIA POLUAN^{*)}

PENDAHULUAN

Depresi Tersamar/ Terselubung (*Masked Depression*) adalah suatu istilah yang mengindikasikan bahwa secara fenomenologis, diduga akan adanya depresi. Pada umumnya yang tampak adalah keluhan-keluhan fisik atau gejala psikologik yang tidak khas menggambarkan suatu kondisi depresi. Tidaklah mengherankan bila penderita mendapat penanganan yang kurang tepat, sedangkan hasil yang dicapai adalah perbaikan yang sementara.

Diperkirakan 85-90 % penderita depresi berobat ke dokter yang non Psikiater dan dari pengamatan *Paykel* dan kawan-kawan didapatkan ± 20 % penderita yang berobat ke dokter umum adalah pasien depresi, di mana 10 % disertai dengan keluhan fisik. Oleh karena itu, perlu informasi praktis tentang manajemen penderita Depresi Tersamar, sebab penentuan diagnosa adalah penting untuk dilakukan sesegera mungkin sehingga dapat diberikan terapi yang tepat. Bila mengobati penderita hanya memandang dari organ yang sakit atau dikeluhkan, besar kemungkinan banyak faktor lain yang tidak terungkap, padahal akan mempunyai pengaruh terhadap timbulnya penyakit, perjalanan penyakit dan prognosa penyakit serta perlangsungan kehidupan penderita sehari-hari. Karenanya, dalam menghadapi pasien hendaknya dilakukan pendekatan

secara holistik, yaitu, manusia dianggap sebagai makhluk utuh yang terdiri dari jiwa dan badan serta berinteraksi dengan lingkungan. Interaksi tersebut dapat menimbulkan pengaruh positif atau negatif terhadap badan dan jiwanya. Dengan demikian, seyogyanya tiap manusia mengetahui cara-cara untuk mengatasi problema/ masalah yang sedang dihadapinya.

PETUNJUK PRAKTIS Bagi Praktisi Kedokteran

Dalam penatalaksanaan pasien Depresi Tersamar, dibutuhkan keterampilan dan kesabaran yang lebih karena gejala-gejala fisik dapat sangat menonjol sehingga menutupi gejala psikis.

DASAR TERAPI yang Rasional Pada Depresi

1. Yang harus diperhatikan :

- Pengertian yang cukup tentang kondisi pasien.
- Aspek kegunaan, keamanan dan ekonomi dari usaha-usaha terapi yang akan dilakukan.
- Kemudahan dalam memperoleh alat.
- Mengatasi kondisi pasien secara holistik/ multi dimensional.

2. Berbagai upaya terapi:

a. Terapi Farmakologik:

- 1) Antidepresan bagi kebanyakan kasus, merupakan terapi yang utama dan akan menolong pasien untuk dapat melihat perma-

^{*)} Dokter Spesialis Jiwa, Psikiater Departemen Kesehatan Jiwa RSPAD Gatot Soebroto dibacakan dalam Simposium Mengatasi Depresi Tersamar untuk Meningkatkan Produktivitas Kerja; tanggal 7 Agustus 1996 di RSPAD Gatot Soebroto.

salahan yang dihadapinya dari sisi yang lain.

- 2) **Ansiolitika** dapat diberikan pada pasien yang gambaran klinik didominasi oleh perasaan cemas, namun hanya pada fase awal. Pada saat efek obat antidepresi mulai memperlihatkan hasilnya → ansiolitika dihentikan secara bertahap.

Simptomatika → sesuai keluhan yang dikemukakan.

b. *Non farmakologik terapi* :

- 1) **Psikoterapi**. Berdasarkan penelitian *Conte* dan kawan-kawan (1986), terbukti bahwa penggunaan obat anti-depresi bersama dengan psikoterapi hasilnya lebih efektif.

Obat saja tidak akan memecahkan masalah. Psikoterapi bagi praktisi berupa terapi *ventilasi*, *psikoterapi suportif*, terapi *kognitif*, terapi *relaksasi*. Kalau perlu dilakukan terapi hipnosis.

- 2) Terapi psikososial terhadap lingkungannya (intervensi sosial).

- 3) Terapi dengan alat:

- **Terapi kejang listrik (ECT)** → bagi kasus yang berat, terutama mereka dengan resiko bunuh diri.
- **Electro Sleep Therapy** → bagi yang mengalami kesulitan tidur.

- 4) Dukungan spiritual.

OBAT ANTI - DEPRESI

1. **Mekanisme kerja obat Anti-depresi** :

- Menghambat "*re-uptake aminergic neurotransmitter*".
- Menghambat penghancuran oleh enzim "*monoamine oxidase*".

2. **Obat-obat Anti - Depresi:**

- a. Obat anti-depresi **Trisiklik** (contoh: *Amitriptyline, Imipramine, Clomipramine, Amineptine, Opipramol*).
- b. Obat anti - depresi **Testrasiklik** (contoh *Maprotiline, Mianserin, Amoxapine*).
- c. Obat anti depresi **MAOI reversible** (contoh *Moclobemide*).
- d. Obat anti-depresi "*Atypical*" (contoh *Trazodone*).
- e. Obat anti-depresi **SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)** (contoh: *Sertraline*).

Pada masa ini, yang paling aman adalah golongan SSRI dan MAOI.

3. **Efek Samping Obat Anti - depresi**

Tiap obat mempunyai efek **primer** yaitu efek klinis terhadap "*Target Syndrome*" dan efek **sekunder** yang kita kenal sebagai efek samping. Efek samping obat anti depresi dapat berupa:

- Efek **Sedasi** (rasa ngantuk, kewaspadaan berkurang, dll).
- Efek **Antikolinergik** (mulut kering, sinus takhikardi, dll).
- Efek **Neurotoksis** (Tremor halus, gelisah).
- Hipotensi *Postural*.

4. **Pemilihan Obat Anti-depresi.**

Dalam penanganan pasien depresi atau diperkirakan depresi, pada prinsipnya harus memperhatikan :

- a. Toleransi pasien terhadap efek samping obat dan penyesuaian kondisi pasien (usia, penyakit tertentu dll)

terhadap efek samping obat tersebut. Sebagai contoh golongan MAOI diberikan pada pasien depresi yang atipikal, tidak diberikan pada usia lanjut karena efek samping hipotensi ortostatik.

b. Obat anti depresi itu bersifat bagaimana ?

Sebagai contoh:

- Golongan Imipramin menonjol dalam hal memperbaiki perasaan ("*Mood brightening*"). Dengan demikian lebih tepat diberikan kepada yang tampak sedih.

- Golongan Amitriptyline, juga memberikan efek sedasi, sehingga lebih tepat diberikan pada penderita depresi yang disertai dengan kekecewaan, gelisah atau agitasi dan sebaiknya diberikan di malam hari.

- Golongan Desipramin, juga mengaktifkan psikomotor, sehingga lebih tepat diberikan pada penderita depresi yang tampak apatis dan keluhan sulit berpikir.

c. Bagaimana waktu paruhnya ?

Kalau lebih dari 20 jam, cukup diberikan 1 kali sehari.

d. Hendaknya diperhitungkan keadaan ekonomi penderita karena jangka waktu pemakaian obat anti depresi tidaklah singkat (lebih kurang enam bulan).

e. Kemudahan dalam memperoleh obat tersebut.

f. Kontra indikasi penggunaan obat anti depresi antara lain pada *penyakit jantung koroner, MCI, glaukoma, retensi urin, hipertrofi prostat, gangguan fungsi hati, epilepsi.*

g. Bila keadaan ekonomi memungkinkan, maka pemilihan obat anti-depresi sebaiknya pertama-tama menggunakan SSRI yang mempunyai efek samping sangat minimal.

Bila pemberian hasilnya tidak efektif, dapat diberikan golongan Trisiklik yang spektrum anti-depresinya cukup luas tapi efek sampingnya relatif lebih berat.

Kalau pilihan yang berikut ini pun tidak efektif, dapat diberikan golongan Tetrasiklik, golongan atipikal atau golongan MAOI *reversible*, efek samping lebih ringan namun spektrum anti-depresi lebih sempit. Waktu peralihan ke golongan lain, sesudah pemakaian dosis yang adekuat dalam jangka waktu yang cukup (\pm 1-3 bulan).

Bila telah dicapai dosis efektif sampai dosis optimal, dipertahankan 2-3 bulan, kemudian diturunkan sampai dosis pemeliharaan \pm 3 - 6 bulan (dosis tunggal) dan dilanjutkan dengan "*Tapering dose*" selama 1 (satu) bulan.

5. Pemakaian Rasional dari Terapi Kombinasi Obat

- Kombinasi Trisiklik dengan anti-*psikosis* dapat meningkatkan kadar dalam plasma sehingga mengurangi kecepatan ekskresi dari Trisiklik dan meningkatkan efek samping (efek *antikolinergik, hipotensi*).

- Kombinasi Moclobemide dan *antipsikosis* dapat diberikan.

- Kombinasi obat anti-depresi dengan anti-*anxietas* dapat diberikan, terutama pada permulaan terapi. Obat anti-*anxietas* harus dalam dosis rendah.

PETUNJUK PRAKTIS UMUM dalam menghadapi depresi tersamar

4) Bila telah memeriksakan kesehatan ke dokter namun keluhan-keluhan fisik masih terasa, apalagi bila dokter menyatakan tidak menemukan kelainan, janganlah kecewa pada hasil pemeriksaan dokter tersebut.

Cobalah melakukan introspeksi diri, pikirkan adakah kejadian/ peristiwa yang membutuhkan pemikiran atau menimbulkan gejala emosi pada beberapa waktu sebelum keluhan-keluhan fisik yang dirasakan. Mungkin keluhan-keluhan tersebut ada kaitannya dengan gejala emosi sebelumnya. Gejala emosi dapat menyebabkan terjadinya perubahan fisiologik.

5) Sebagai manusia yang berinteraksi dengan lingkungannya maka suatu saat dalam kehidupannya pasti akan menemui masalah-masalah yang kecil maupun yang besar. Kalau tidak diselesaikan, pada suatu saat dapat meledak (*distress*), karena ketahanan mental lebih lemah dari *stresor* (faktor lingkungan yang menyebabkan stres) sehingga tidak mampu menyesuaikan diri, selanjutnya menjadi sakit (*distress*). Oleh karena itu manusia harus berusaha menghadapi stres tanpa *distress*.

Hal ini dapat diperoleh melalui:

a. Penanggulangan masalah.

Sebagai manusia, maka dalam menghadapi masalahnya seku-rang-kurangnya melakukan tiga langkah:

- 1) Identifikasi masalah (apa masalahnya?).
- 2) Analisa masalah (mengapa timbul masalah?).

3) Penyelesaian masalah (bagaimana mengatasi masalahnya?).

- b. Mengenal masalah mana yang terlebih dahulu perlu diselesaikan (sesuai prioritas).
- c. Peningkatan ketahanan mental dapat diperoleh dengan melatih diri menghadapi stresor secara terencana, tidak melebihi ketahanan mental dan ditingkatkan secara bertahap.
- d. Dukungan dari keluarga dan teman.
- e. Pendekatan agama.

PENUTUP

Telah disampaikan tentang penatalaksanaan Depresi Tersamar, di mana ditemukan kasus dengan keluhan fisik yang kronis, bahkan makin dikeluhkan saat stres. Perlu dipikirkan adanya kemungkinan kondisi psikis yang mendasari/ menyertai keluhan fisik tersebut.

Obat anti-depresi yang kini tersedia, masing-masing mempunyai kelebihan dan kekurangan (efek samping); bagi praktisi kedokteran. Hal ini tentunya perlu dipertimbangkan di samping faktor usia, kondisi kesehatan, status ekonomi dan kemudahan dalam mendapatkan obat tersebut, serta aktifitas penderita.

Kepada pasien disampaikan tentang kemungkinan efek samping obat dan lamanya jangka waktu pengobatan.

Penatalaksanaan yang paling cepat yaitu di samping obat anti-depresi, kepada pasien diberikan psikoterapi.

Adakalanya perlu intervensi sosial dan pendekatan keagamaan.

Pada penderita dengan depresi tersamar yang berat tidak terdeteksi, tidak jarang ada resiko bunuh diri. Oleh karena itu jangan memberikan obat anti-depresi dalam jumlah yang banyak.

Bagi yang sadar mempunyai masalah perlu penyelesaian melalui minimal tiga langkah penanggulangan masalah, yaitu: apa, mengapa, dan bagaimana agar dapat

mengatasi masalah. Bila masalah lebih dari satu, perlu skala prioritas.



50 Fakta dari Laporan WHO 1995 (3)

REMaja

- ⇒ Kehamilan pada remaja menyebabkan resiko tinggi berupa kematian atau komplikasi jangka panjang. Angka Kematian Ibu Hamil pada kelompok usia 15 - 19 adalah dua kali lipat dari Angka kelompok usia 20 - 24 sedang Angka kelompok usia 10 - 14 adalah lima kali lebih tinggi di sejumlah negara.
- ⇒ Dibandingkan dengan kelompok umur lain, penyakit menular seksual adalah penyakit yang paling sering dijumpai pada orang muda kelompok umur 15 sampai 24, dan sampai dua pertiga dari kasus baru infeksi HIV diperkirakan datang dari kelompok umur ini.
- ⇒ Penelitian di Amerika Latin dan Kepulauan Karibia memperlihatkan bahwa 30 - 60 persen dari perkawinan terjadi di kalangan remaja.
- ⇒ Seorang dari dua perokok pada akhirnya akan meninggal karena kebiasaan menghisap rokok yang dimulai pada masa remaja.
- ⇒ Angka bunuh diri di antara orang muda menanjak dengan lebih cepat daripada semua kelompok umur lainnya di seluruh dunia.

DEWASA

- ⇒ Dari 51 juta kematian di dunia pada tahun yang lalu, 40 persen disebabkan oleh penyakit menular.
- ⇒ Penyakit infeksi dan parasit adalah kelompok pembunuh terbesar di dunia, merenggut 16.4 juta nyawa setiap tahun.
- ⇒ Penyakit sistem sirkulasi membunuh 10 juta orang setiap tahun, dan merupakan penyebab kematian yang terbesar.
- ⇒ Kanker merenggut 6 juta nyawa setiap tahun, termasuk 1 juta yang disebabkan kanker paru dan saluran napas. Kanker paru adalah penyebab tunggal yang terbesar dari kematian akibat kanker pada pria di seluruh dunia.
- ⇒ Kanker payudara adalah penyebab utama dari kematian akibat kanker pada wanita di negara-negara berkembang dan penyebab kedua setelah kanker serviks di negara-negara yang sedang berkembang.
- ⇒ Mayoritas dari korban kanker, hidup di negara berkembang dan dua pertiga dari kasus-kasus kanker yang akan terjadi pada kurun 25 tahun berikut akan terjadi di sana.
- ⇒ Secara keseluruhan, merokok merenggut nyawa 6 orang per menit. Merokok adalah penyebab tunggal yang seharusnya dapat dicegah, dari penyakit dan kematian yang terbesar di dunia. Penyebab ini telah membunuh 3 juta orang setiap tahun dan diperkirakan akan membunuh 10 juta orang pada tahun 2020.
- ⇒ Sembilan puluh persen dari kematian akibat penyakit-penyakit menular dan akibat melahirkan, pada balita dan bayi baru lahir terjadi di negara berkembang.

- ⇒ Seorang wanita hamil di Afrika mempunyai kemungkinan 13,5 kali untuk meninggal dalam persalinan daripada wanita di Eropa, sedang Ibu-ibu dari lebih dari separuh jumlah bayi yang lahir di negara-negara yang *paling kurang berkembang* tidak mendapatkan perawatan pre natal.
- ⇒ 20 juta wanita menjalankan aborsi yang tidak aman setiap tahun dan akibatnya 70.000 meninggal.
- ⇒ Lebih dari separuh jumlah wanita di dunia sekarang menggunakan suatu metode kontrasepsi dibandingkan dengan kurang dari 10 persen di tahun 1960.
- ⇒ Lebih dari 7000 orang dewasa meninggal setiap hari akibat tuberkulosis, dan ada lebih dari 1000 kasus baru tiap jam setiap hari.
- ⇒ Hepatitis B membunuh sekitar satu juta orang setiap tahun, tetapi hal ini dapat dicegah dengan vaksin.
- ⇒ Lebih dari 13 juta orang dewasa, terutama pria dan wanita heteroseksual, terinfeksi oleh HIV. Sampai 60 persen dari infeksi pada wanita diyakini timbul pada usia 20. Sejumlah 6000 orang terinfeksi setiap hari dan pada tahun 2000, total kumulatif infeksi HIV di seluruh dunia dapat mencapai 30 sampai 40 juta.
- ⇒ Dalam lima tahun yang akan datang, AIDS akan membunuh lebih dari 8 juta orang, sebagian besar dari mereka adalah orang dewasa muda, dengan wanita mengalami peningkatan proporsi dari jumlah keseluruhan.
- ⇒ Di negara *berkembang*, 1 dari 2 kematian disebabkan oleh penyakit menular, sedangkan di negara *maju* 3 dari 4 kematian disebabkan oleh penyakit-penyakit yang bukan penyakit menular, banyak di antaranya adalah yang berhubungan dengan gaya hidup, seperti kanker atau penyakit jantung.
- ⇒ Hipertensi atau *tekanan darah tinggi*, salah satu dari kontributor utama penyakit jantung, stroke dan kegagalan ginjal, diderita oleh 3 sampai 18 persen dari orang dewasa di seluruh dunia.
- ⇒ Lebih dari 100 juta orang akan menderita kencing manis pada akhir abad ini, 90 persen di antaranya dengan bentuk yang secara erat terkait dengan kebiasaan gaya hidup seperti: diet yang tidak benar dan kurang olah-raga.
- ⇒ Sejumlah 500 juta orang menderita neurotik, kelainan-kelainan yang berhubungan dengan stress dan somatoform, serta 200 juta lainnya menderita kelainan emosional seperti depresi kronik dan manik depresi.
- ⇒ Di Afrika, di mana 9 dari 10 kematian terjadi, biaya sosial dan ekonomis dari penyakit-penyakit mencapai \$ 2 milyar setahun.
- ⇒ Schistosomiasis, atau demam siput, menyerang 200 juta orang di 74 negara. Biaya dari perawatan walaupun hanya 30 sen per pasien - terlalu mahal untuk penggunaan secara luas di banyak negara yang paling terkena dampaknya.
- ⇒ Kebutaan sungai (*River Blindness*), atau onchocerciasis, suatu penyakit parasit menyerang 18 juta orang di 34 negara di Afrika dan Amerika Latin.
- ⇒ Setiap hari sekitar 600 orang meninggal dan 33.000 lainnya terluka akibat kondisi kerja yang tidak aman. Di seluruh dunia, 90 persen dari para pekerja tidak bisa mendapatkan pelayanan kesehatan kerja.

[Dikutip dari: Laporan World Health Organization (WHO) • shs

Debat amalgam di seluruh dunia:

Iptek vs Emosi + Lingkungan

Walaupun FDI World telah meliput debat amalgam di majalahnya sebelumnya, tekanan pada para kolega di seluruh dunia tetap berlanjut dan nampaknya sudah saatnya untuk mendapatkan suatu perspektif baru pada topik yang menyebabkan jurang pemisah, yang mungkin paling besar dari topik mana pun dalam bidang kedokteran gigi, antara Iptek dan Kesehatan terhadap Emosi dan Lingkungan.

Dalam laporan-laporan yang diterima dari responden FDI World tampaknya ada beraneka ragam pengalaman. Namun, suatu gambaran mulai muncul mengenai awal mula kontroversi dan perkembangan dilema dari penggunaan amalgam dalam kedokteran gigi, tak peduli di mana pun atas bumi ini kontroversi tersebut dilontarkan sebagai topik yang diperhatikan masyarakat.

Peringatan dini

Dalam hampir semua kasus 'lonceng peringatan' tampaknya dibunyikan lebih dulu oleh, entah oleh orang-orang yang ribut mengkampanyekan anti amalgam entah oleh media. Yang paling sering, dimulai oleh media cetak namun kemudian diambil alih oleh televisi. Afrika Selatan memberikan contoh yang baik, sebuah kelompok di 'Western Cape' telah membujuk seorang wartawan lepas untuk menulis suatu cerita yang dirancang untuk muncul di edisi Oktober dari majalah *Cosmopolitan* (majalah wanita Internasional-red.) edisi Afsel. Seperti yang ditulis Helmut Heydt, sebetulnya tulisan tersebut adalah publikasi yang tidak pada tempatnya untuk topik macam itu.

Switzerland telah merasakan pukulan

dari publisitas dan beranjak ke tahap berikutnya, dalam bentuk program televisi yang berjudul "Kassensturz" yang mengangkat materi ini sebagai subyek dari suatu kampanye dengan gema yang keras terhadap keyakinan publik.

Sebaliknya, di Myanmar, debat ini hampir tidak pernah muncul, Kyaw Sein melaporkan bahwa sejumlah pasien yang telah pergi ke luar negeri mempertanyakan keamanan amalgam ketika mereka kembali tetapi masyarakat tampaknya relatif tidak mengetahui kontroversi ini.

Reaksi yang tergesa

Sekali media mempublikasikan topik ini, para profesional di bidang kedokteran gigi harus beraksi untuk menjelaskan situasinya. Dari Islandia datang informasi

bahwa walaupun terdapat sejumlah usaha untuk melontarkan isu ini di surat-kabar dan radio, staf dari Bagian Kedokteran Gigi Restoratif dan Departemen Kesehatan mereka telah menangani situasi ini dengan kompeten, dengan hasil: *Amalgam tidak lagi menjadi topik yang hangat.*

Posisi Pemerintah

Hampir selalu unsur Pemerintah dari manca negara ikut menjadi 'panas' dalam perdebatan tersebut dan banyak yang mencoba menenangkan situasi dengan berusaha mencari fakta-fakta dan data. Semua koresponden *FDI World* dari Amerika Serikat, Jerman, dan Inggris melaporkan bahwa pemerintah masing-masing telah mengeluarkan pernyataan-pernyataan yang memberikan penekanan bahwa amalgam itu aman berdasarkan tidak adanya data yang menyatakan hal yang sebaliknya.

James Berry dari ADA (Asosiasi Dokter gigi Amerika Serikat - red.) mengirimkan fax yang berisi informasi bahwa Dinas Kesehatan Masyarakat AS telah menyelesaikan sebuah penelitian selama dua tahun mengenai keuntungan dan resiko amalgam dengan hasil: *'Tidak ada bukti kuat bahaya amalgam untuk jutaan orang Amerika yang telah menggunakan tumpatan ini.'* Dipublikasikan di *JADA* (majalah ADA - red.) edisi April 1994, laporan ini mengakui bahwa tumpatan amalgam memang melepaskan merkuri dengan kadar rendah tetapi tidak terlihat resiko terhadap kesehatan, kecuali pada sejumlah kecil populasi yang secara spesifik memang sensitif pada merkuri.

Pandangan yang serupa juga terlontar dari Inggris di mana masalah sensitivitas terhadap merkuri mula-mula diperhatikan dan dikalkulasi, yaitu antara 1 - 4 persen. Namun, sensitivitas pada amalgam jauh

lebih sedikit, hanya 46 kasus yang dilaporkan dalam literatur sejak tahun 1905!

Koresponden dari Jerman, Barbara Bergmann-Krauss, melaporkan bahwa, walaupun sudah menjadi perdebatan umum selama bertahun-tahun, peraturan yang diberlakukan mulai 1 Juli 1996 tidaklah secara spesifik melarang penggunaan amalgam. Memang, biaya restorasi gigi molar yang karies dengan tumpatan komposit hanya akan ditanggung asuransi kesehatan (yang disebut "dana sakit" di Jerman) pada kasus-kasus, yang terbukti secara kedokteran, sensitif terhadap amalgam. Di luar itu amalgam masih digunakan.

Jika bukan amalgam, tumpatan apa?

Setelah dinyatakan keamanannya, atau setidaknya, kurang bukti yang spesifik mengenai bahayanya terhadap kesehatan, pertanyaan berikutnya berputar di sekitar tumpatan alternatif yang disukai. Hal ini disebabkan oleh kelebihan *silver amalgam*: harganya relatif murah, efektif dan bahan yang 'pemaaf' dalam hal penanganan klinis, yang menyebabkan amalgam tetap populer digunakan dalam waktu yang begitu lama.

Memang, nilai amalgam secara spesifik dilihat dari sudut pandang tersebut di atas, [jika dilihat] pada laporan-laporan yang masuk ke *FDI World* dari Swiss, AS, Inggris, Jepang dan Israel.

Lingkungan

Ada satu lagi pemikiran tertentu yang juga tercermin dalam berbagai kelompok masyarakat di seluruh dunia, masalah polusi. Walaupun, secara global, bidang kedokteran gigi hanya 'menyumbangkan' hanya suatu bagian yang sangat kecil merkuri pada lingkungan, bidang ini pun mewakili sumber

polusi yang dapat dengan relatif mudah dikontrol.

Koresponden kami menerangkan penggunaan berbagai macam cara pembuangan atau isolasi merkuri. Di Jepang dokter gigi harus bertanggung jawab langsung mengenai cara pembuangan merkuri yang aman, sedang di Norwegia penggunaan separator untuk mencegah kontaminasi suplai air menjadi persyaratan hukum selama tahun 1995. Aturan yang serupa dilaporkan dari Swiss.

Akhirnya, mungkin masalah lingkunganlah yang menanda tangani surat keputusan hukuman mati bagi amalgam, bukan argumen ilmiah klinis. Di Jepang misalnya, mahasiswa kedokteran gigi tidak lagi diberi persyaratan secara spesifik untuk melakukan penambalan amalgam, walaupun Asosiasi Dokter-gigi Jepang tidak merekomendasikan penggantian amalgam dengan bahan lain.

Gigitan Internasional

Ingggris: Suatu konferensi yang diadakan di Edinburgh, Skotlandia, pada bulan Mei 1996, menyajikan sepuluh pembicara internasional untuk membicarakan masalah amalgam. Kesimpulan utama dari simposium ini adalah untuk melanjutkan dukungan pada amalgam karena tidak ada bukti yang meyakinkan perlunya pengalihan pada tumpatan lain.

Jerman: Pemerintah Federal telah mengajukan suatu Undang-Undang yang menyatakan bahwa pemilihan material tumpatan adalah masalah pemikiran dari dokter gigi dan kontribusi asuransi kesehatan dijamin bagi semua jenis material yang ada.

Amerika Serikat: Pada suatu kasus hukum yang penting di Colorado, Dr(g). Hal A. Huggins, yang digambarkan sebagai pelopor barisan anti-amalgam, kehilangan praktiknya. Sidang berpihak pada Penuntut Umum yang menyatakan bahwa Dr(g). Huggins

memberikan pelayanan kesehatan yang 'tidak profesional dan di bawah standar' dan melakukan test serta pengobatan yang 'tidak dapat dipertanggung-jawabkan secara klinis' dan 'secara klinis tidak perlu'. Dr(g). Huggins sering membongkar tumpatan amalgam dan menggantinya dengan bahan lain.

Jepang: Walaupun biayanya lebih tinggi, restorasi komposit dan mahkota porselen serta metal, jika dibandingkan dengan amalgam, alternatif ini dilaporkan tambah populer.

Norwegia: Asosiasi Pasien Dokter-gigi Norwegia sangat aktif, kini sedang memulai suatu kampanye untuk mengumpulkan dokumen, mungkin dengan tujuan untuk mengambil tindakan hukum terhadap para dokter gigi.

Islandia: Kuantitas impor amalgam telah jatuh pada tahun-tahun terakhir ini. Yang menggemirakan, penurunan tersebut terutama disebabkan oleh peningkatan kesehatan gigi pada anak-anak.

Turki: Walaupun ada perhatian mengenai kemungkinan toksisitas dan estetika, amalgam tetap menjadi alternatif utama untuk restorasi gigi belakang.

Israel: Departemen Kesehatan Israel, Asosiasi Dokter-gigi Israel serta kedua Fakultas Kedokteran Gigi-nya telah memutuskan bahwa mereka tidak berkeberatan pada penggunaan amalgam karena tak ada data yang mendasar mengenai resiko apa pun.

(Disarikan dari: FDI WORLD Vol. 5 No. 5, September/ October 1996. Kontributor: B. Bergman-Kraus, P. Holbrook, J. Mann, H. Suda, Kyaw Sein, R. Stenvik, H. Heydt, P. Jager, C. Yidrim, M. Grace and J. Berry. shs)