



4

MD CASE EXPERIENCE
Tolosa-Hunt Syndrome



MD NEWS
Profesi Medis dalam Media Sosial



13

MD REVIEW
Stigma dari Tenaga Kesehatan terhadap Pasien Gangguan Mental



16

MD TRAVEL
Berkunjung ke Konservasi Orangutan di Kalimantan

MD HEADLINES

Hari AIDS Sedunia 2015: Perluasan Skala Global Terapi Antiretroviral

Tahun 2015 ini ada yang spesial dari peringatan hari AIDS Sedunia, ini merupakan tahun pertama dari penerapan strategi baru dalam usaha memerangi HIV-AIDS. Strategi yang mulai didengungkan oleh UNAIDS pada tahun 2014 disebut sebagai strategi 90-90-90. Strategi ini merupakan usaha untuk menekankan potensi terapi antiretroviral (ARV) untuk merubah arah epidemi HIV secara besar-besaran. Baru-baru ini semakin disadari potensi ARV untuk memperbaiki kualitas dan memperpanjang harapan hidup Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA). Dengan dikembangkannya obat-obatan ARV efektif dan dengan efek samping yang minimal, saat ini dimungkinkan dimulainya pengobatan lebih awal, sebelum virus mempunyai kesempatan untuk merusak sistem imun.

Terapi ARV yang bekerja dengan menekan jumlah virus di dalam darah sampai kadar yang tidak terdeteksi telah terbukti mampu menekan risiko transmisi HIV. Tahun 2011 studi acuan HPTN 052, membuktikan untuk pertama kali bahwa pengobatan dini dapat menurunkan risiko penularan HIV heteroseksual secara signifikan. Selain itu analisis awal studi PARTNER tahun 2014 menunjukkan inisiasi ARV pada pasangan gay atau Lelaki Seks Lelaki (LSL) juga menurunkan risiko penularan HIV secara signifikan.

Meskipun dengan bukti-bukti meyakinkan akan manfaat inisiasi dini terapi ARV, sampai saat ini masih banyak hambatan dalam kontinum layanan ODHA. Sehingga adopsi dini ARV, bahkan di negara-negara maju masih menemui banyak hambatan. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melalui UNAIDS menetapkan inisiasi ARV dapat dilakukan sedini mungkin (kadar CD4 \leq 500), beberapa negara maju mengusulkan inisiasi ARV pada level CD4 berapapun, sedangkan di Indonesia masih menggunakan batasan \leq 350. Untuk memaksimalkan cakupan layanan ARV dan



menghilangkan kesenjangan dalam kontinum layanan maka UNAIDS mencetuskan strategi 90-90-90 yang berisi:

- 90% dari semua ODHA tahu mengenai status mereka;
- 90% dari mereka yang terdiagnosis terinfeksi HIV menerima terapi ARV berkelanjutan; dan
- 90% mereka yang menerima ARV berhasil menekan kadar viral sampai tidak terdeteksi.

Apabila strategi ini berhasil, maka 81% dari individu dengan infeksi HIV akan mendapatkan terapi dan 73% mempunyai beban virus tidak terdeteksi – indikator kesuksesan terapi – dan oleh karenanya mempunyai risiko menularkan yang lebih rendah. Studi-studi prediksi menunjukkan apabila kita berhasil mencapai target ini, maka pada tahun 2030 penyebaran epidemik HIV dapat diakhiri. Perbedaan pendekatan ini dibandingkan dengan sebelumnya adalah fokus pada kaskade terapi dan melihat alur luaran yang diperlukan untuk mencapai hasil maksimum pengobatan. Komponen yang ada termasuk diagnosis HIV, keterlibatan dalam perawatan dan pengobatan, dan supresi beban virus. Pendekatan baru ini berarti kita perlu bergerak dari fokus tradisional yang sempit kepada peningkatan akses layanan terapi HIV dan respons yang lebih luas termasuk penjangkauan, pemeriksaan dan diagnosis, keterlibatan, serta keberlanjutan dalam layanan, pengobatan dan dukungan.

Selain itu kita juga memerlukan perluasan usaha pencegahan kepada populasi-populasi kunci yang paling terdampak oleh HIV. Beberapa populasi kunci yang diidentifikasi oleh UNAIDS termasuk pengguna narkoba suntikan, LSL, wanita pekerja seks dan waria. Namun demikian kita juga memerlukan suatu usaha terkoordinasi untuk memastikan bahwa ODHA terinformasi, terlibat dan terkait dengan layanan yang beragam di dalam respons HIV, termasuk layanan pencegahan. **ss**

Kurang fokus, salah naik motor?
#AdaAQUA

DAFTAR ISI

Harapan Baru
Penatalaksanaan Hipertensi
dengan *Beta-Blocker*
Generasi Terbaru 9



Stigma dari Tenaga
Kesehatan terhadap
Pasien Gangguan Mental.
Pentingnya Mengukur Nilai
Troponin 13

Diagnosis dan Manajemen
Sindroma Koroner Akut 10



Hidrasi yang Sehat
Meningkatkan Kualitas
Hidup Geriatri 11



Layanan Infertilitas
Terjangkau Berbasis
SMART-IVF 14



Langkah Cepat dan Tepat
Penanganan Dermatitis
Atopik 12



Berkunjung ke Konservasi
Orangutan di Kalimantan 16



Hari AIDS Sedunia 2015:
Perluasan Skala Global Terapi
Antiretroviral 1



Profesi Medis dalam
Media Sosial
Memahami Perbedaan
Kepintaran pada Anak. 5

Editorial MD Inbox 2

Thrombosis, The 'Silent
Killer'
Head Rest Bukan Sekadar
Sandaran Kepala 6



Distonia Servikal
(Tortikolis) 3



Bencana Asap dan
Menghindari Ancaman
Kematian pada Penderita
PPOK 7



Case Experience: Tolosa-
Hunt Syndrome 4



Efek Penggunaan Aspirin
Secara Teratur Terhadap
Metastasis dan Insidensi
Kanker 8



MD INBOX

Kiriman Artikel Lama

Mohon informasinya apakah artikel yang telah dikirimkan ke majalah kedokteran lain boleh dikirimkan ke TabloidMD? Saya ada artikel yang menurut saya menarik, namun sampai saat ini belum ada kabar apakah diterima atau tidak di majalah tersebut.

Selain itu apakah makalah yang pernah dipresentasikan dalam acara simposium boleh diajukan untuk dimuat?

Salam,
dr. Johannes Suryakusuma
Surabaya

Terima kasih untuk keinginannya berpartisipasi dalam TabloidMD. Artikel yang diutamakan untuk dimuat di sini adalah artikel yang belum pernah dimuat di media lain, baik cetak maupun

elektronik. Namun bila memang topiknyanya sangat menarik, dapat dipertimbangkan dengan mencantumkan keterangan bahwa bahan pernah dibawakan dalam media / acara tertentu.

Dalam kondisi artikel sudah dikirimkan ke suatu majalah dan belum dimuat, kami sarankan Anda menghubungi redaksi majalah tersebut lebih dahulu untuk mendapatkan kepastian akan dimuat atau tidak. Bila sudah dapat dipastikan tidak dimuat di majalah tersebut, maka artikel dapat dikirimkan ke redaksi TabloidMD.

Demikian pula untuk bahan yang pernah dipresentasikan dalam suatu acara, dapat dikirimkan ke redaksi kami. Kalau nantinya dimuat, akan dicantumkan bahwa bahan tersebut sudah pernah dipresentasikan dalam seminar.

Tentunya seluruh naskah yang tiba di redaksi TabloidMD akan dinilai oleh tim editor terlebih dahulu untuk kami bahas apakah layak untuk dimuat, perlu koreksi sebelumnya, atau langsung dimuat.

MD
EDITORIAL

REDAKSI TABLOID MD

MENGUCAPKAN

Selamat
Natal
2015&
Tahun
Baru
2016

Chairperson:
Irene Indriani G., MD

Business Manager:
Hardini Arivianti

Editors:
Martin Leman, MD
Stevent Sumantri, MD
Steven Sihombing, MD

Designers:
Donny Bagus W.
Clemens R.

Contributors:
Ronald Arjadi, MD
Erinna Tjahjono, MD
Alvin Saputra, MD

Marketings/Advertising contact:
Lili Soppanata
Bambang Sapta N.
Wahyuni Agustina

Publisher:
CV INTI MEDIKA
Jl. Ciputat Raya No. 16, Pondok
Pinang, Jakarta Selatan 12310
Tel: (021)7590 1346
email: info@tabloidmd.com
ISSN No. 2355-6560

Distonia Servikalis (Tortikolis)

Keyko Septiyanti W, S.Ked*,
dr.M.N.Gaharu, Sp.S**

* Fak. Kedokteran Universitas Yarsi
** RS Bhayangkara RS Sukanto,
Jakarta

Distonia adalah kontraksi otot involunter yang berulang, yang sering menyebabkan gerakan memutar dengan postur yang abnormal. Distonia dapat berupa kontraksi sebagian kecil kelompok otot sampai berat. Gejala diperburuk oleh stres dan kelelahan. Estimasi prevalensi pada distonia antara 2-50 kasus per juta pada onset awal distonia.

Distonia mempunyai klasifikasi menurut gejala khas yaitu:

1. **Distonia torsi:** dikenal sebagai *dystonia musculorum deformans* atau DMD, merupakan distonia generalisata yang jarang terjadi dan dapat diturunkan;
2. **Distonia servikalis** atau **tortikolis** merupakan distonia fokal yang paling sering ditemukan; blefarospasme merupakan penutupan kelopak mata yang tidak disadari dengan gejala awalnya berupa hilangnya pengendalian pengedipan mata;
3. **Distonia oromandibular,** yang menyerang otot-otot rahang sehingga sulit terbuka atau tertutup, otot bibir dan lidah.
4. **Distonia spastik/laringeal** yang menyebabkan kesulitan bicara atau bernafas;
5. **Sindroma Meige** adalah gabungan blefarospasme dan distonia oromandibula;
6. **Limb dystonia,** dapat muncul dengan gejala distonia pada lengan atau kaki.

MANIFESTASI KLINIS

Distonia servikalis atau tortikolis, merupakan keadaan otot-otot leher berkontraksi disertai perputaran leher dengan arah gerakan horizontal atau vertikal. Tortikolis berasal dari bahasa Latin, *tortus*: memutar dan *collum*: leher

Gejala yang ditemukan yaitu kepala miring ke salah satu arah, leher menjadi tidak seimbang dan pendek pada bagian yang fibrosis. Di sisi fibrosis, telinga mendekati bahu,

garis mata dan bahu membentuk sudut, posisi wajah jadi asimetris, dan terdapat benjolan berbatas tegas yang melibatkan satu atau kedua *caput sternocleidomastoideus*. Benjolan bersifat tidak nyeri, terdiri dari jaringan fibrotik dengan deposit kolagen dan migrasi *fibroblast* di sekitar serat *sternocleidomastoideus* yang atrofi.

ETIOLOGI

Kelainan atau trauma tulang belakang leher dapat jadi penyebab tortikolis. Penyebab lain melibatkan infeksi, spondilosis, tumor, jaringan parut, atau kelemahan ligamen di wilayah atlantoaxial. Tortikolis jarang sebagai manifestasi sekunder kalsifikasi diskus intervertebralis, tumor tulang belakang leher, spondilitis, malformasi arteri dan kelainan tulang lainnya. Infeksi disekitar jaringan lunak leher serta saluran pernafasan dapat menyebabkan kontraktur otot atau adenitis.

Tortikolis dapat juga akibat mekanisme kompensasi penyakit lain. Pasien biasanya datang dengan kemiringan kepala untuk mengompensasi tremor kepala esensial atau diplopia sekunder ke otot okular atau kelumpuhan saraf. Tortikolis juga dapat disebabkan reaksi sekunder terhadap obat-obatan seperti misalnya *phenotiazin*, *metoclopramide*, *haloperidol*, *carbamazepine*, *phenytoin*, dan terapi *L-dopa*.

PATOFISIOLOGI

Patofisiologi dari kelainan tortikolis bersifat idiopatik. Ini dikaitkan dengan hilangnya penghambatan pada berbagai tingkat dari sistem saraf serta meningkatkan rangsangan kortikal dan reorganisasi. Perhatian difokuskan pada daerah ganglia basal, karena ada perubahan dalam aliran darah dan metabolisme dalam struktur basal ganglia.

Tortikolis kongenital jarang dijumpai (insidensi <2%) dan diyakini disebabkan trauma lokal jaringan lunak leher sebelum atau selama persalinan. Trauma otot sternocleidomastoideus saat proses persalinan menyebabkan fibrosis yang menyebabkan pemendekan

dari otot sternocleidomastoideus. Dapat juga terjadi hematoma yang diikuti dengan kontraktur otot. Biasanya ini lahir dengan persalinan sunggang atau menggunakan forsep. Penyebab lain yang mungkin yakni herediter dan oklusi arteri atau vena yang menyebabkan fibrosis jaringan didalam otot sternocleidomastoideus.

Patofisiologi tortikolis didapat, tergantung dari penyakit yang mendasarinya. Spasme otot leher yang menyebabkan tortikolis merupakan hasil dari trauma atau inflamasi dari otot servikal atau nervus kranialis dari proses penyakit yang berbeda. Tortikolis

dan lateral fleksi ke arah yang berlawanan.

DIAGNOSIS

Tujuan utama dalam pemeriksaan fisik adalah menemukan bukti untuk tortikolis sebagai temuan utama yang mewakili proses primer, dengan ditandai adanya distoni tambahan di tungkai atau tangan yang minimal dan unilateral.

Adanya asimetri kraniofasial menunjukkan tortikolis kongenital atau lama. Pemeriksaan berbagai gerak aktif dan pasif harus dievaluasi. Leher diraba untuk menemukan massa, adenopati dan nyeri fokal. Pemeriksaan neurologis lengkap dilakukan termasuk pengujian kekuatan dan defisit sensorik. Karakterisasi kepala dan postur leher mencakup komponen tonik dan gerakan kepala distonik (komponen phasic berupa sentakan spasmodik dan osilasi frekuensi tinggi).

dilakukan setidaknya 2 kali sehari, dilakukan 10-15 peregangan, dengan waktu dilatasi 30 detik. Terapi fisik yang lain, dengan masase pada otot leher dan jaringan subkutan yang kaku, mobilisasi sendi, dan terapi kraniosakral. Pada anak lebih besar digunakan penyangga (*torticollis brace*).

Antikolinergik dosis tinggi (misalnya, trihexyphenidyl 20-120 mg/hari) bermanfaat pada anak tetapi kurang dewasa karena jarang dapat mentolerir dosis tinggi. Beberapa preparat dopamine agonis ataupun antagonis, glutamat inhibitor rilis atau *glutamat receptor blockers* dapat digunakan. Selain itu dapat juga diguakan clonazepam atau baclofen.

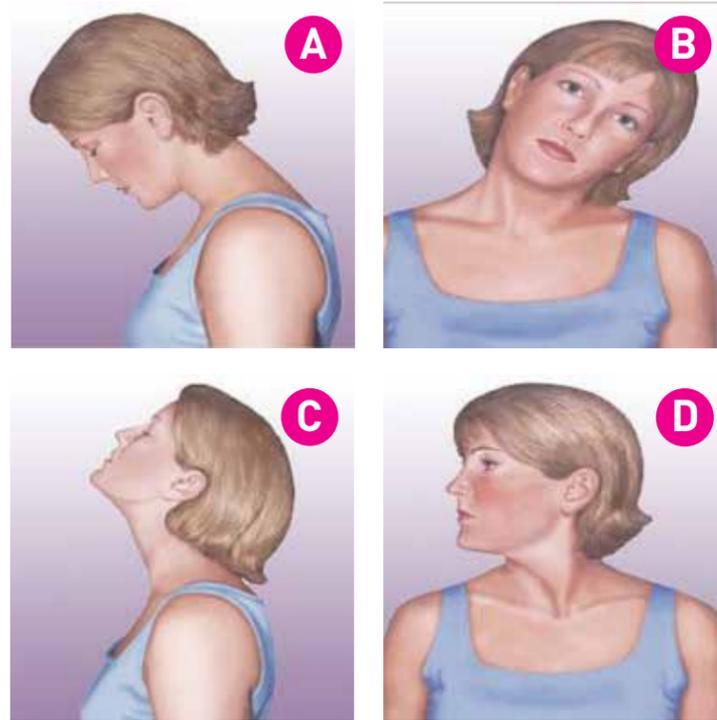
Beberapa studi melaporkan penggunaan injeksi toksin botulinum untuk segala jenis tortikolis. Toksin botulinum bertindak memblokir pelepasan asetilkolin pada sambungan neuromuskuler, menyebabkan kelemahan otot dan mengurangi distonia. Namun belum ada bukti ilmiah kuat untuk keamanan dan efisiensinya.

Kemajuan teknologi mendorong *US Food and Drug Administration* (US-FDA) untuk setuju penggunaan stimulator. *Deep Brain Stimulation* (DBS) membantu memodulasi sirkuit di otak, sehingga berfungsi lebih efektif. Ini dilakukan dengan mengirimkan sinyal listrik terus menerus ke sasaran tertentu di otak, yang memblokir impuls penyebab disfungsi neurologis. Targetnya adalah *ventralis-intermediate-nucleus* di *thalamus*, *globus pallidus pars interna*, dan *inti subthalamica*. Keuntungan DBS adalah efek yang reversibel dan dapat disesuaikan status klinis pasien. DBS cukup aman dan efektif, tetapi ada beberapa risiko seperti perdarahan otak, stroke, gangguan berbicara, kebocoran cairan serebrospinal yang dapat menyebabkan sakit kepala atau meningitis.

PROGNOSIS

Semakin muda usia pasien tortikolis, maka semakin baik prognosisnya. Hasil yang positif didapatkan pada sekitar 90% kasus yang melakukan latihan peregangan setiap hari dengan cara yang benar. Rekurensinya sekitar 2%. Pada beberapa kasus dengan pemasangan DBS menunjukkan perbaikan yang bermakna. MD

*Daftar Pustaka tersedia di redaksi



Gambar 1. Gambaran klinis

- A. Anterocollis, kepala miring ke depan dengan dagu ke arah dada dan otot-otot leher anterior
B. Laterocollis, kepala miring ke satu sisi dengan telinga ke arah bahu; asimetris
C. Retrocollis, kepala miring di hiperekstensi, dengan arah ke otot leher posterior
D. Torticollis rotasi, kepala diputar sekitar sumbu panjang dengan dagu ke arah bahu

akut dapat disebabkan oleh trauma tumpul pada kepala dan leher atau dari kesalahan posisi saat tidur. Tortikolis akut biasanya akan sembuh dengan sendirinya dalam beberapa hari sampai minggu. Berbeda dengan tortikolis otot kongenital, kepala miring jauh dari otot sternocleidomastoideus yang terkena. Dikenal sebagai posisi "*cock robin*", kepala rotasi ke sisi yang berlawanan dengan dislokasi

TATALAKSANA

Pada bayi, peregangan secara pasif dan manual pada otot sternocleidomastoideus sebelum usia 12 bulan adalah terapi fisik yang paling efektif. Ini dapat dilakukan orang tua dengan cara satu tangan berada pada kepala dan bahu ipsilateral, kemudian fleksi lateral dari kepala dilakukan bersamaan dengan rotasi ke arah yang berlawanan. Ini

Tolosa-Hunt Syndrome

Chyndita Arti Pranesya, S.Ked *
dr. M.N. Gaharu, Sp.S**

* Fak. Kedokteran Universitas Yarsi

** RS Bhayangkara RS Sukanto, Jakarta

Pendahuluan

Sindrom Tolosa-Hunt (THS) adalah penyakit langka yang diindikasikan oleh oftalmoplegia disertai nyeri yang disebabkan oleh inflamasi non-spesifik pada sinus cavernosus atau fisura orbitalis superior.¹ Memiliki karakteristik nyeri kepala unilateral pada periorbita, kelumpuhan pada satu atau lebih nervus III, IV, dan VI dan gangguan penglihatan berupa diplopia.² THS memiliki banyak diagnosis banding—dengan ini kami bahas berdasarkan kasus yang kami ditemukan.

Diskusi

Sindrom Tolosa-Hunt adalah suatu penyakit langka di dunia. Muncul dengan perbandingan 1 kasus dalam 20 tahun, pada orang-orang berumur lebih dari 20 tahun, dengan penyebaran sama banyak pada laki-laki dan perempuan.³ Penyakit THS ini juga dikenal dengan nama lain, diantaranya adalah sindroma fisura orbitalis superior, sindroma sinus cavernosus, dan Tolosa-Hunt ophtalmoplegia.⁴

Penyakit ini ditandai dengan adanya nyeri kepala terutama di daerah periorbita, ophtalmoplegia, dan perbaikan gejala setelah pemberian kortikosteroid. Tidak ada gejala yang sangat khas pada penyakit ini. Untuk menegakkan diagnosis penyakit harus didahului dengan menyingkirkan seluruh kemungkinan diagnosis yang lain (*diagnosis of exclusion*) dengan memperhatikan tanda klinis, hasil tes laboratorium, pemeriksaan radiologi, dan respon klinis terhadap pemberian kortikosteroid.⁵

Terapi pilihan pertama untuk THS dengan pemberian kortikosteroid karena terbukti mampu mengurangi nyeri kepala. Pemberian kortikosteroid diawali dengan pemberian dosis tinggi dan kemudian diturunkan bertahap dengan mengevaluasi gejala klinis yang terjadi pada pasien. Terapi dilakukan hingga gejala klinis telah hilang

Ilustrasi kasus

Pasien adalah seorang wanita berumur 57 tahun dengan riwayat penyakit nyeri kepala pada sekitar mata kanan selama 2 minggu yang disertai penurunan kelopak mata kanan atas secara bertahap. Sebelumnya pasien tidak memiliki riwayat penyakit dan keluhan apapun.

Pada pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital pasien dalam batas normal. Terdapat ptosis pada mata kanan dan terjadi parase pada nervus III, IV, dan VI mata kanan. Pupil kanan dilatasi dan tidak responsif terhadap cahaya. Tes penglihatan pada pasien ini menunjukkan adanya diplopia jauh. Tidak ada gangguan sensorik ataupun motorik pada fasialis yang berhubungan dengan nervus trigeminus. Pada pemeriksaan darah didapatkan kadar gula dalam darah meningkat. Pemeriksaan CT scan dilakukan dan didapatkan gambaran otak dalam batas normal. Pemeriksaan MRI tidak dilakukan karena masalah biaya.

Pasien telah diberikan terapi steroid oral dan menunjukkan perbaikan gejala pada gerakan bola mata kanan ke arah lateral dalam 1 minggu. Namun masih terdapat ptosis kanan komplit dan parase nervus okulomotorius dan troklearis. Pada pemantauan selanjutnya belum ada perbaikan gejala yang lain.

Kriteria THS pada International Headache Society (IHS) 2004:

1. Satu atau lebih episode nyeri orbital unilateral yang telah bertahan selama sekitar 1 minggu tanpa pemberian terapi.
2. Kelumpuhan dari satu atau lebih nervus cranialis III, IV dan VI yang muncul dan/atau adanya gambaran granuloma dari pemeriksaan MRI atau biopsi.
3. Kelumpuhan yang muncul memiliki onset nyeri dan telah muncul selama 2 minggu.
4. Gejala, terutama nyeri dapat teratasi dalam waktu 48-72 jam setelah pemberian kortikosteroid.
5. Penyebab lain yang mungkin memiliki gejala yang sama harus telah disingkirkan dengan pemeriksaan yang sesuai.⁶

atau berkurang secara signifikan.

Pemeriksaan MRI juga dilakukan setiap 1-2 bulan untuk melihat perubahan pada sinus cavernosus dan untuk mengevaluasi dosis kortikosteroid yang diberikan.^{2,3,5}

Sindrom Tolosa-Hunt merupakan penyakit yang tidak fatal. Kelumpuhan yang terjadi jarang menetap dan dengan pemberian steroid akan mengurangi gejala yang muncul.³

Kesimpulan

Sindrom Tolosa-Hunt merupakan

suatu penyakit langka, dengan penyebab yang belum diketahui secara pasti. Manifestasi klinis yang terjadi berupa nyeri kepala unilateral pada periorbita dengan kelumpuhan pada salah satu atau lebih nervus III, IV dan VI yang dapat membaik.

Pada kasus ini, pemeriksaan CT scan memberikan hasil dalam batas normal dan sayangnya pemeriksaan MRI tidak dilakukan. Terapi pemberian steroid oral menunjukkan respon positif yang sesuai dengan kriteria diagnosis untuk THS. MD



Gambar 1. Perbaikan pada rectus lateralis kanan setelah pemberian steroid selama 2 minggu.

1. B Barnard, dkk. Tolosa-Hunt Syndrome. *SA Journal of Radiology* 2012;Feb:14-15
2. Jelena P, dkk. Tolosa-Hunt Syndrome-Diagnostic Problem of Painful Ophthalmoplegia. *Vojnosanit Pregl* 2012;69(7):627-630
3. Taylor DC, Tolosa-Hunt Syndrome. *Medscape*. Available link: <http://emedicine.medscape.com/article/1146714-overview>. Site on: September 2015
4. Greenberg DA, dkk. *Clinical Neurology* 8th Edition. Lange:Mc Graw Hill Companies;(7):183-184
5. Kline LB, Hoyt WF. *The Tolosa-Hunt Syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71:577-582
6. Mantia LL, dkk. *Tolosa-Hunt Syndrome: Critical Review based on IHS 2004*. Blackwell Publishing Ltd *Cephalgia* 2006;26:772-781

Memahami Perbedaan Kepintaran pada Anak

Semua orangtua tentu menginginkan anaknya tumbuh menjadi individu cerdas dan pintar. Namun sebenarnya tumbuh kembang antar anak memiliki perbedaan. Wajah pun juga memiliki banyak perbedaan, sehingga beda anak tentu beda perkembangannya.

Kepintaran anak tidak hanya diartikan mendapatkan nilai bagus saat melakukan tes, bukan juga diartikan selalu menjawab dengan benar di sekolah atau memiliki nilai bagus untuk pelajaran matematika dan sains, atau memiliki skor IQ yang tinggi. Hal ini diungkapkan oleh **Thomas Armstrong, PhD** (*Executive Director of the American Institute for Learning and Human Development*) beberapa waktu lalu di Jakarta dalam sebuah *talkshow* bertemakan “Beda Anak Beda Pintar: Memiliki *Multiple Intelligences* dan Peran Nutrisi.” “Setiap anak memiliki kepintaran yang berbeda, itu sebabnya orangtua harus mengenali delapan jenis kepintaran anak dan cara-

cara terbaik untuk memberikan stimulasi sesuai dengan kepintaran yang mereka miliki,” paparnya.

Delapan Jenis Kepintaran Anak

Selanjutnya, pakar di bidang *multiple intelligences* ini mendefinisikan delapan jenis kepintaran sebagai kecerdasan linguistik (*word smart*), kecerdasan logika/matematika (*number smart*), kecerdasan intrapersonal (*self smart*), kecerdasan interpersonal (*people smart*), kecerdasan musical (*music smart*), kecerdasan spasial (*picture smart*), kecerdasan kinetik (*body smart*), dan kecerdasan naturalis (*nature smart*).

Aktivitas stimulasi yang perlu dilakukan juga berbeda tergantung pada kepintaran yang dimiliki anak. Contohnya, bila anak suka menciptakan sesuatu dengan tangan, suka olahraga, menari, menyentuh benda dan mempelajarinya, ini termasuk dalam kategori *body smart*.



Teori *multiple intelligences* pertama kali dikembangkan oleh Howard Gardner dari Harvard University (1991), yang menunjukkan ide konvensional kecerdasan berdasarkan tes IQ yang memiliki keterbatasan. Maka, Gardner mengusulkan delapan jenis kecerdasan yang berbeda ini agar potensi individu dapat dieksplorasi yang lebih luas lagi.

“Kegiatan mengerjakan sesuatu bersama keluarga merupakan hal yang penting dilakukan untuk merangsang kepintaran anak, misalnya berjalan-jalan, yang dapat mengembangkan *nature smart*, *body smart* dan *logic smart*. Membacakan cerita pada anak sebelum tidur juga bisa menjadi agenda penting dalam keluarga,” tukas Armstrong.

Peran Nutrisi

Asupan nutrisi memiliki peran penting guna mendukung semua jenis kepintaran yang dimiliki seorang anak agar dapat membantu membentuk kemampuan belajarnya. “Misalnya protein, alfa-laktalbumin, kalsium, vitamin D, dan fosfor berperan dalam pertumbuhan fisik, sedangkan AA, DHA, vitamin A, omega-3, omega-6 dan zat besi penting untuk mendukung perkembangan kognitif dan otak anak,” jelas **dr. Endang D. Lestari, SpA(K), MPH**.

Dari beberapa studi juga memaparkan fungsi beberapa zat gizi. Choline dikaitkan dengan proses sintesis asetilkolin, metilasi DNA, dan sintesis myelin yang berperan mendukung perkembangan memori. Folat berperan dalam proses *neural tube closure* dan metilasi DNA yang berguna mendukung perkembangan saraf. Begitu pula dengan zat besi yang berperan dalam proses sintesis monoamin, metabolisme neuron dan sel glia yang akan mendukung perkembangan mental, kognitif dan motorik. **HA**

Profesi Medis dalam Media Sosial

“Masih adakah dokter yang ada di sini yang menggunakan ponsel yang hanya bisa untuk SMS dan telepon?” tanya **dr. Piprim Basarah Yanuarso, Sp.A(K)** saat mengawali presentasinya yang berjudul Media Sosial dan Profesi Medis, di Pertemuan Ilmiah Tahunan ke-7 Ilmu Kesehatan Anak di Surabaya. Pertanyaan ini tentu disambut derai tawa para hadirin. Memang kenyataannya masih ada beberapa dokter yang menggunakan ponsel ‘klasik’ demikian, namun dapat dibilang jumlahnya sangat sedikit. Dalam beberapa tahun ini memang telah terjadi perubahan revolusioner dalam dunia digital sehingga penggunaan *smartphone* sudah menjadi hal yang sangat biasa.

Salah satu pembeda utama ponsel ‘klasik’ dan *smartphone* adalah fitur piranti media sosial yang ada di dalamnya. Katakanlah Facebook, Path, dan Twiter, sudah hampir pasti menjadi paket yang dipromosikan. Belum lagi berbagai fitur *chat* yang dapat melibatkan puluhan orang seperti WhatsApp, BBM, dan kini juga sedang merambah adalah Telegram yang bahkan hingga 200 orang.

Perkembangan media sosial memang telah berubah dengan super cepat. Dari semula hanya berupa *website* dan blog, kini telah bertambah menjadi jejaring berbasis Facebook, Path, dan Twiter yang dapat menghubungkan seseorang dengan ribuan orang. Satu kalimat atau video yang diunggah

ke medsos tersebut, hanya dalam hitungan detik akan dapat dilihat seantero dunia.

Dunia kesehatan dan keseharian dokter pun tidak kebal terhadap revolusi ini. Bagaimana pun dokter juga seorang manusia yang memiliki aspek kehidupan sosial yang selalu menyertainya. Interaksi sosial antara dokter ke pasien pun berkembang dalam dunia media sosial. Dijabarkan oleh dr. Piprim, yang merupakan salah satu penggiat media sosial, paling tidak saat ini penggunaan media sosial dalam ranah kesehatan memiliki bentuk:

1. Edukasi profesional/pengembangan profesi berkelanjutan
2. Edukasi kesehatan masyarakat atau surveilans
3. Rekrutmen pasien untuk penelitian *online* atau uji klinis
4. Komunikasi antar pasien atau antar *peer groups*
5. Komunikasi langsung dengan pasien khusus untuk tujuan perawatan klinis.

Hal yang menjadi masalah adalah perubahan komunikasi yang bersifat pribadi dan terbatas, kini dapat menjadi komunikasi yang bersifat terbuka, tak terbatas, dan dapat diketahui siapa saja. Berkaitan dengan hal ini, dr. Piprim mengingatkan akan beberapa rambu yang perlu diperhatikan para dokter di

dunia media sosial (box.1)

Menutup presentasinya, dr. Piprim berpesan, “Media sosial ada di dekat kita, di sekitar kita, dan membawa berbagai peluang maupun ancaman. Mau tidak mau, suka tidak

suka, cepat atau lambat, dokter juga akan berurusan dengannya. Karenanya, sikap terbaik adalah memahami dan menggunakan secara positif kelebihannya, dan mematuhi rambu untuk menghindari ancamannya.” **ML**



RAMBU

bagi para dokter dalam media sosial

1. Dokter tidak boleh mengobati pasien via media sosial.
2. Dokter tidak boleh menulis segala hal terkait privasi pasien di media sosial.
3. Dalam batas tertentu dokter dapat menjalin hubungan baik dengan pasien di media sosial untuk meningkatkan hubungan saling percaya di antara dokter-pasien.
4. Dokter dibolehkan / dianjurkan untuk melakukan edukasi kesehatan di media sosial dengan informasi yang shahih berbasis bukti dengan bahasa yang mudah dipahami awam sekaligus meng-counter isu-isu keliru yang beredar di masyarakat.
5. Dalam beraktivitas di media sosial, dokter perlu menjaga sikap profesionalisme sebagaimana sikapnya di dunia nyata. Beberapa sikap tidak profesional seperti mengungkap rahasia pasien, memaki pasien, mengupload foto dokter yang mabuk dengan baju operasi, dll tidak boleh dilakukan.
6. Akun media sosial yang *powerful* adalah yang memiliki banyak *follower*. Cara memperbanyak *follower* adalah dengan sering berbagi hal-hal yang bermanfaat untuk pengguna sosial lainnya.

Thrombosis, The 'Silent Killer'

Trombosis merupakan masalah global dan menjadi penyebab mortalitas serta morbiditas lebih dari 60% populasi negara Barat. Studi oleh Cushman (2007) menunjukkan angka kejadian *venous thromboembolism* (VTE) mendekati 1 per 1000 populasi setiap tahunnya. Sedangkan menurut Kaushansky dkk (2010), sepertiga kasusnya bermanifestasi sebagai *pulmonary embolism* (PE) dan duapertiganya adalah *deep vein thrombosis* (DVT). Hal ini diungkapkan oleh Prof. Dr. dr. Karmel L Tambunan, SpPD-KHOM pertengahan Oktober lalu di Jakarta.

Kejadian VTE meningkat seiring dengan usia. Pada populasi usia di bawah 15 tahun angka kejadian 1 per 10.000-20.000 populasi dan meningkat secara eksponensial hingga 1 per 1000 kasus di atas usia 80 tahun. Kasus DVT juga bisa menghampiri usia muda. Hal ini pernah terjadi pada kasus di Amerika tahun 2011 pada 20 orang yang bermain games (Xbox) secara terus menerus selama lebih dari 12 jam.

Tragedi ini dikenal dengan tragedi Chris Stanforth.

Berdasarkan patogenesis, faktor risiko berupa stasis, hiperkoagulasi dan kerusakan pembuluh darah atau dikenal sebagai 'Triad Virchow'.

Trombus yang terjadi dapat menimbulkan infark, tergantung lokasi sumbatannya, yang bila mengenai batang otak dapat menyebabkan kematian. Sumbatan yang terjadi di jantung menimbulkan infark tergantung lokasi dan pembuluh darahnya, misalnya anterobasal, posterobasal, dan lain-lain. Trombosis juga dapat mengenai pembuluh vena dan arteri. Trombosis arteri dikenal dengan *white thrombus* karena komposisinya banyak trombosit dan fibrin. Trombosis vena dikenal sebagai *red thrombus* dengan komposisinya adalah sel darah merah yang terperangkap dalam jaringan fibrin dan trombosit. Pada vena menimbulkan gejala bengkak, warna kulit kemerahan, nyeri dan kulit terasa panas.

Peringkat pertama dalam sepuluh penyebab kematian utama di

Indonesia adalah stroke (11,8%), dan jantung (8,7%) menempati peringkat ketiga. Sekitar 80-85% stroke berupa stroke iskemik yang diakibatkan oleh trombosis dan 70% penyakit jantung juga diakibatkan trombosis. Jadi bisa dikatakan trombosis merupakan penyebab kematian utama. "Trombosis dan VTE terjadi akibat gangguan keseimbangan pada faktor koagulan, antikoagulan dan fibrinolisis, yang menimbulkan gejala-gejala berupa rasa tidak nyaman pada kaki, dan yang pasti edema di satu sisi/tungkai," lanjut Ketua Perhimpunan Trombosis Hemostasis Indonesia (PHTI) ini.

Pada kondisi stasis, timbul nyeri, perubahan warna, dan nyeri tekan. Bila dilakukan pemeriksaan laboratorium, D-dimers positif menunjukkan kemungkinan adanya DVT. Dikatakan pula, sekitar 40-80% kasus ortopedi menjadi faktor risiko terjadinya trombotis.

Pada kasus PE, kematian tergantung pada besar infark yang terjadi. Bila saja < 50%, kemungkinan masih bisa tertolong. Emboli paru

menimbulkan gejala sesak napas, batuk darah, detak jantung cepat, dan napas cepat. Kenali faktor risiko yang berupa usia (> 45 tahun), imobilisasi sementara (misalnya penerbangan > 4 jam), kehamilan (AFS), kondisi medis tertentu (kanker), genetik, obesitas, tidak bergerak dalam waktu lama, dan riwayat keluarga. "Trombosis dapat menjadi penyebab kematian namun dapat dihindari," tegas Prof. Karmel.

Penatalaksanaan Trombosis

Tujuan pengobatan adalah menormalkan kembali aliran darah dengan cara menghancurkan dan mencegah kekambuhan. Ada 3 golongan utama obat antitrombotik, yaitu antiplatelet, antikoagulan, dan antifibrinolitik. Penatalaksanaan melibatkan dua hal yaitu preventif dan kuratif (antiplatelet, antikoagulan, dan trombolitik). Antikoagulan terbaru atau *Novel Oral Anticoagulants* (NOAC) dapat membantu mencegah dan/atau mengobati tromboemboli vena dan arteri. Salah satu contoh NOAC adalah yang telah disetujui untuk indikasi DVT, VTE (pada pasien dewasa pasca operasi penggantian sendi dan lutut elektif, dan mengurangi risiko stroke dan emboli sistemik pada pasien dengan riwayat terjadinya stroke/TIA dan dengan skor CHADS2 ≥ 2.

Latihan fisik dan trombosis

"Sekitar 44% populasi tidak menyadari, latihan fisik dapat mengurangi risiko terjadinya trombosis. Sesuai data dari 6 negara (2004), terdapat 317.000 kematian yang terkait dengan VTE (34% EP fatal akut, 54% EP tak terdiagnosa, dan 7% terdiagnosis). Pada kondisi EP akut menyebabkan kematian dalam 30 hari sebesar 15% akibat syok/hipotensi, dan pada kondisi fatal (94%) terjadi sebelum terdiagnosis. Hal ini disebabkan oleh gejala dan tanda cukup bervariasi dan tidak spesifik," papar dr. Cosphiadi Irawan, SpPD-KHOM, FINASIM. Namun sekitar 30% kasus dapat muncul begitu saja tanpa faktor-faktor risiko misalnya tidak merokok, tidak mengonsumsi pil kontrasepsi, tentu pada kondisi ini, perlu diberikan pengobatan yang lebih lama.

Pencegahan trombosis terdiri dari primer dan sekunder. Primer diberikan antikoagulan pada pasien yang belum terjadi sumbatan namun berisiko tinggi. Sedangkan yang sekunder, mencegah terjadinya kekambuhan. Studi yang dilakukan oleh Prof. Karmel, pada kasus ortopedi sekitar 20% dapat menimbulkan trombosis, itu sebabnya pada kasus operasi ortopedi, kanker, perlu diberikan antikoagulan. HA

Headrest: Bukan Sekadar Sandaran Kepala

dr. Andreas Hadinata

Sebagian besar orang memiliki anggapan, bagian atas kursi mobil (*headrest/head restraint*) hanya berfungsi sebagai sandaran kepala saja. Anggapan ini kurang tepat karena sebenarnya headrest memiliki fungsi yang sangat penting saat berkendara. Selain itu, kurangnya informasi mengenai posisi mengemudi yang benar, dapat berujung pada posisi kepala dan *headrest* yang salah saat mengemudi dan dapat berakibat fatal

saat terjadi tabrakan.

Kejadian Saat Tabrakan

Pada saat tabrakan, kendaraan dapat mengalami dua kejadian, yaitu berhenti seketika/tiba-tiba atau mengalami perlambatan akibat tabrakan dari depan, atau malah mengalami percepatan akibat tabrakan dari belakang. Lain halnya dengan penumpang di dalam kendaraan yang mengalami tabrakan tersebut, tubuh penumpang akan tetap bergerak dengan kecepatan dan

arah yang sama sampai terjadi kontak dengan bagian belakang kendaraan yang mengalami percepatan maupun perlambatan. Hal inilah yang akhirnya akan mengakibatkan cedera pada saat tabrakan.¹

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi cedera yang terjadi saat tabrakan ialah dengan mempertahankan posisi sejajar antara kepala dan tubuh bagian atas saat mengemudi. Posisi sejajar ini dapat dicapai dengan *headrest* dan *airbag*.¹

Headrest dan Fungsinya

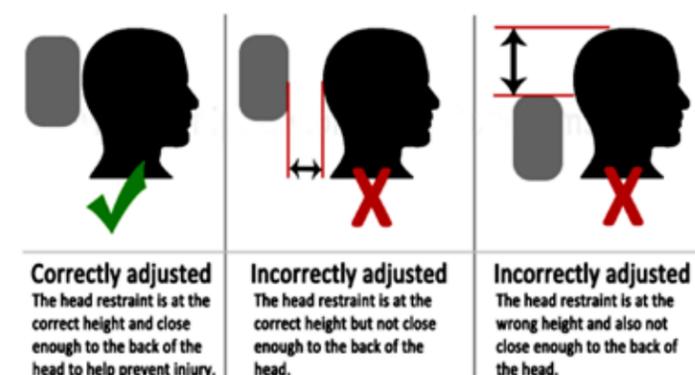
Dikutip dari *National Traffic and Motor Vehicle Safety Act of 1966*, *headrest* didefinisikan sebagai area empuk yang memberikan tunjangan atau penyangga pada kepala. *Headrest* dibuat sebagai upaya perlindungan bagi pengemudi dari cedera leher pada saat tabrakan. Walaupun kedengarannya mudah dan sangat sederhana untuk dilakukan, memposisikan *headrest* dengan benar dapat mengurangi risiko terjadinya cedera *whiplash* hingga 6 kali lipat jika dibandingkan *headrest* pada posisi yang salah.

Cedera *whiplash* terjadi akibat terhempasnya kepala ke belakang diawal tabrakan dan kemudian terhempas ke depan di akhir tabrakan. Untuk mencegah hal ini maka *headrest* harus diposisikan setidaknyanya setinggi pusat gravitasi kepala (setinggi mata atau lebih tinggi) dan sedekat mungkin dengan bagian belakang kepala.^{2,3,4}

Saat kendaraan ditabrak dari belakang, *headrest* posisi rendah akan menyebabkan kepala pengemudi

terhempas kebelakang secara tiba-tiba. Kondisi tersebut dapat menimbulkan cedera pada leher akibat hiperekstensi dan cedera otak yang dikarenakan adanya perlambatan yang terjadi. Posisi *headrest* yang tinggi akan mengurangi pergerakan yang memungkinkan terjadinya cedera serta menjaga posisi sejajar antara kepala dan tubuh bagian atas (Gambar 1). Posisi *headrest* juga harus sedekat mungkin dengan kepala, karena jika posisinya terlalu jauh dari kepala, *headrest* tidak dapat meminimalisasi pergerakan yang terjadi (Gambar 2).^{1,3}

MD



Gambar 1. (Kiri) Posisi *headrest* rendah yang tidak menopang kepala sehingga terhempas ke belakang serta mengakibatkan cedera akibat hiperekstensi leher dan cedera otak akibat perlambatan. (kanan). Posisi *headrest* tinggi sehingga mengurangi pergerakan kepala dan menjaga kepala pada posisi sejajar dengan tubuh bagian atas.¹

Gambar 2. Posisi *headrest* yang benar.⁵

Dengan kemajuan teknologi yang ada, saat ini dikenal pula *Active Head Rest* (AHR). AHR ini akan bergerak maju dan naik pada saat terjadi tabrakan akibat tertekannya *pressure plate* di kursi mobil. AHR ini terbukti mengurangi insiden cedera *whiplash* dibandingkan *headrest* yang tidak dilengkapi teknologi ini.³

1. Peters AG, Peters BJ. *Automotive vehicle safety*. London: Taylor and Francis; 2002. h103-4.
2. *National traffic and motor vehicle safety act of 1966*. USA : U.S. Department of Transportation; 1966.
3. Chaturvedi P. *Challenge of occupational safety and health*. New Delhi: Concept Publishing Company; 2006.
4. *The official DSA guide to driving the essential skill*. London: Driving Standard Agency; 2010.
5. *Whiplash prevention*. Available at: <http://www.whiplashcompensationclaims.org/whiplash-prevention>.

Bencana Asap

dan Menghindari Ancaman Kematian pada Penderita PPOK



dr. Meutia Ayuputeri
dr. Nino Susanto
 RSUD Landak, Kalimantan Barat

Awal September 2015, seorang nenek berusia 60 tahun dengan batuk dan sesak nafas berat datang ke sebuah rumah sakit umum daerah di Kalimantan Barat dimana kabut asap pembakaran hutan sangat pekat. Selama lima hari dirawat di bangsal tanpa penyejuk ruangan, dengan susah payah ia menarik nafas. Nenek mengalami eksaserbasi berat pada PPOK (Penyakit Paru Obstruksi Kronis). Kian hari, tarikan nafasnya semakin memberat dan mengi tidak hilang sepanjang hari walaupun sudah ditopang dengan medikasi pereda yang lengkap.

Pada hari kelima perawatan, dokter memutuskan untuk memindahkan nenek ke ruang rawat intensif karena adanya ancaman gagal nafas. Sesaat sebelum dipindahkan, Sang Nenek dengan tersengal-sengal menyatakan bahwa ia ingin dibawa pulang agar dapat meninggal di rumah dan menolak perawatan di rumah sakit. Anak-anaknya pun sudah menyerah karena merasa tidak sanggup lagi menemani ibu mereka di rumah sakit.

Dengan motivasi dan edukasi terus-menerus dari tenaga kesehatan di rumah sakit, nenek yang pengobatannya ditanggung

Jaminan Kesehatan Nasional itu akhirnya mendapatkan bantuan nafas dengan intubasi dan pemasangan ventilator selama dua hari. Mengi perlahan-lahan menghilang dalam 5 hari perawatan intensif serta ditambah dengan fisioterapi dada. Nenek dapat pulang ke rumahnya dengan pengawasan ketat keluarga dan tenaga kesehatan di Puskesmas setempat karena kabut asap masih saja tebal dan tetap menjadi ancaman.

Contoh kasus ini secara jelas menunjukkan bahwa bencana asap dapat saja berakibat fatal, jika tidak ditangani dengan tepat dan cepat. Dampak yang diberikan polutan partikel dalam kabut asap dapat menyebabkan kematian,

terutama pada kelompok usia rentan, seperti bayi dan anak-anak, serta lansia. Pada warga lanjut usia, terjadi penurunan refleksi batuk dan pergerakan mukosiliar epitel jalan nafas sehingga polusi ini lebih rentan terkena infeksi saluran pernafasan. Paparan polutan berkepanjangan selama lebih dari tiga bulan menyebabkan serangan

akut berulang pada penyakit pernafasan kronis seperti PPOK, asma, alergi, dan gagal jantung kronis.

Untuk menghindari akibat medis yang fatal, dibutuhkan penanganan komprehensif multidisiplin yang terkait. Saat bencana asap terjadi, sangat penting mengenali secara dini kelompok warga yang rentan dan mempunyai faktor risiko.

Deteksi dini membutuhkan kesiapan dari fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan. Tidak hanya bersiap untuk kedatangan pasien selama 24 jam, tetapi hendaknya aktif untuk menjaring kasus di lapangan dan melakukan promosi preventif contohnya dengan pemberian masker sebagai alat pelindung diri. Kesadaran masyarakat juga harus ditingkatkan dengan penyuluhan lapangan terus-menerus sehingga masyarakat mengerti, dapat melindungi diri sendiri, dan tahu kapan saatnya untuk mendapatkan perawatan.

Fasilitas kesehatan diharapkan bersiaga dengan logistik terapi pereda. Jika terapi

pereda tidak mencukupi atau ditemukan kegawatan, hendaknya diambil keputusan cepat dan tepat untuk perawatan intensif ataupun rujukan, tentunya dengan memperhatikan kapasitas fasilitas kesehatan yang terkait pada saat keadaan bencana. Kasus ini menunjukkan betapa kerjasama tim medis yang erat bisa menyelamatkan pasien, yaitu dari dokter-dokter spesialis, dokter umum, perawat, fisioterapis, sampai dengan *caregiver* di rumah. Tenaga medis dituntut untuk dapat dengan baik melakukan peran masing-masing serta memperdalam pengetahuan mengenai hal-hal yang mungkin terjadi dalam kondisi bencana asap.

Selama musim hujan belum datang, tampaknya bencana asap belum berlalu. Penanganan tidak berhenti setelah pasien pulang. Pemantauan berkelanjutan juga menjadi kunci keberhasilan. Diperlukan kerjasama dari keluarga dan tim medis di layanan primer untuk terus memantau perkembangan pasien dan lingkungan setempat serta memberikan intervensi yang sesuai dengan kondisi masing-masing. Semoga bencana asap (tahunan) tidak akan berulang tahun depan. Yang pasti, dengan pengalaman bencana asap berkepanjangan tahun ini, dapat menjadi pelajaran kesiapsiagaan dalam penanganan komprehensif dan holistik untuk mencegah akibat medis yang fatal. MD

...Saat bencana asap terjadi, sangat penting mengenali secara dini kelompok warga yang rentan dan mempunyai faktor risiko....

Efek Penggunaan Aspirin secara Teratur terhadap Metastasis dan Insiden Kanker

dr. Agustinus Darmadi Hariyanto

Secara global, terdapat sekitar 14 juta kasus kanker baru dan 8 juta kasus kematian karena kanker pada tahun 2012, dimana kanker paru (16,7% dari total), prostat (15%), kolorektal (10%), lambung (8,5%), dan hati (7,5%) umum dijumpai pada pria; sedangkan kanker payudara (25,2% dari total), kolorektal (9,2%), paru (8,7%), serviks (7,9%), dan lambung (4,8%) umum dijumpai pada wanita.¹

Insiden beberapa kanker diproyeksikan akan semakin meningkat, oleh sebab itu strategi yang efektif dan murah sangat dibutuhkan untuk mencegah kanker baik di negara yang sedang berkembang maupun di negara berkembang. Salah satu strategi tersebut adalah kemoprevensi dengan aspirin pada beberapa kelompok berisiko.²

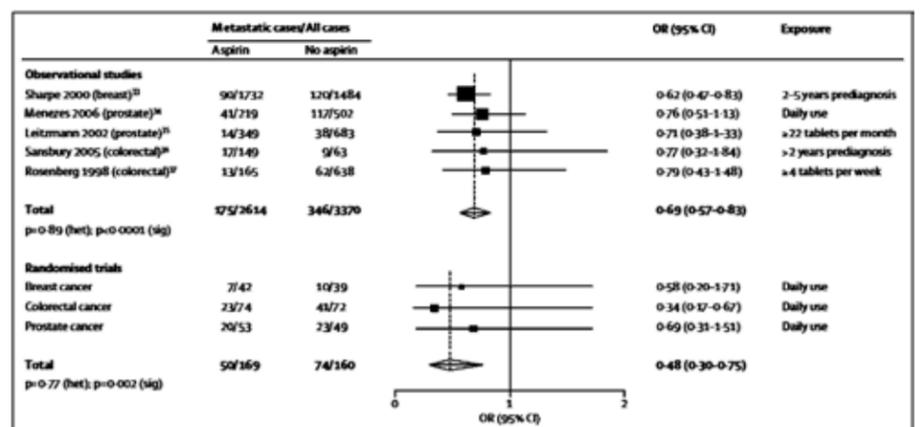
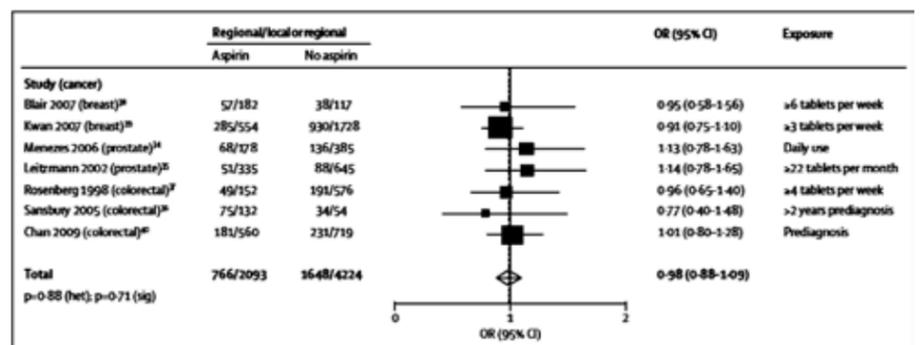
Trombosit berperan penting dalam pertumbuhan kanker dan metastasis. Trombositosis umum terjadi pada beberapa kanker dan biasanya merupakan indikasi prognosis yang buruk.³ Bukti laboratorium selama bertahun-tahun menunjukkan bahwa aspirin dapat mengurangi risiko kanker atau membatasi penyebaran kanker melalui efek terhadap fungsi trombosit, inhibisi COX-2, atau melalui efek proapoptosis lain.²

Saat ini, analisis yang menyertai semua percobaan aspirin dibandingkan kontrol dalam pencegahan penyakit vaskular juga mengidentifikasi adanya penurunan angka kematian dan insidensi jangka pendek,⁴ terutama karena berkurangnya metastasis.³ Bukti sebelumnya dari studi observasional, *follow-up* jangka panjang dari uji coba acak aspirin dibandingkan kontrol dengan durasi rata-rata 4 tahun telah menunjukkan bahwa penggunaan aspirin setiap hari dapat mengurangi kejadian dan kematian akibat kanker kolorektal, setelah periode laten sekitar 8-10 tahun, dan mengurangi total angka kematian kanker dari 5 tahun menjadi 20 tahun.²

Studi perbandingan sistematis dari studi observasional dan uji coba acak mengenai efek penggunaan aspirin secara teratur terhadap metastasis dan insidensi kanker jangka panjang menemukan bahwa pada studi kasus-kontrol, penggunaan aspirin secara teratur berhubungan dengan penurunan risiko kanker kolorektal (*pooled odds ratio* [OR] 0,62, 95% CI 0,58-0,67, $p_{sig} < 0,0001$, 17 studi), dengan sedikit heterogenitas ($p_{het} = 0,13$) antar penelitian, dan hasil yang baik pada efek penggunaan aspirin setiap hari terhadap 20 tahun risiko kematian karena kanker kolorektal dari uji coba acak (OR 0,58, 95% CI 0,44-0,78, $p_{sig} = 0,0002$, $p_{het} = 0,45$). Hasil konsisten serupa juga dijumpai pada risiko kanker esofageal, lambung, bilier, dan payudara. Secara keseluruhan, perkiraan efek aspirin terhadap kanker perorangan pada studi kasus-kontrol berkorelasi tinggi dengan uji coba acak ($r^2 = 0,71$, $p = 0,0006$), dengan efek terbesar pada risiko kanker gastrointestinal (studi kasus-kontrol, OR 0,62, 95% CI 0,55-0,70, $p < 0,0001$, 41 studi; uji coba acak, OR 0,54, 95% CI 0,42-0,70, $p < 0,0001$). Perkiraan efek dalam studi kohort memiliki hasil yang sama ketika analisis dikelompokkan berdasarkan frekuensi dan durasi penggunaan aspirin.²

Meskipun hanya sedikit penelitian observasional yang mengelompokkan analisis dengan stadium kanker saat diagnosis, penggunaan aspirin secara rutin dikaitkan dengan berkurangnya proporsi kanker dengan metastasis jauh (OR 0,69, 95% CI 0,57-0,83, $p_{sig} < 0,0001$, $p_{het} = 0,89$, lima studi), tetapi tidak dengan pengurangan pada penyebaran regional (OR 0,98; 95% CI 0,88-1,09, $p_{sig} = 0,71$, $p_{het} = 0,88$, tujuh studi), konsisten dengan penemuan pada uji coba acak.²

Sebagai kesimpulan, studi observasional menunjukkan bahwa penggunaan aspirin secara teratur dapat menurunkan risiko jangka panjang dan metastasis jauh dari



beberapa kanker. Hasil studi metodologi konsisten dengan yang diperoleh dari uji coba acak, tetapi sensitivitas sangat bergantung pada pencatatan rinci dan analisis penggunaan aspirin. *Follow-up* uji coba penggunaan aspirin setiap hari dibandingkan kontrol sejauh ini tidak memiliki kekuatan statistik untuk memberikan keterangan mengenai efek aspirin pada insidensi dan *outcome* untuk beberapa kanker yang umum, khususnya untuk kanker yang hanya terjadi pada wanita. Ada kebutuhan mendesak untuk lebih banyak data mengenai efek aspirin terhadap metastasis ketika aspirin mulai diberikan setelah diagnosis kanker ditegakkan. Selain itu, data yang lebih rinci mengenai pasien, analisis pengelompokan berdasarkan dosis, frekuensi, durasi dari penggunaan aspirin juga dibutuhkan

agar handal dalam mengidentifikasi efek aspirin terhadap risiko kanker dan menilai *outcome*.² MD

1. Bernard WS, Christopher PW, editors. *World cancer report 2014*. France: International Agency for Research in Cancer; 2014.
2. Annemijn MA, Peter MR. Effects of regular aspirin on long-term cancer incidence and metastasis: a systematic comparison of evidence from observational studies versus randomised trials. *Lancet Oncol* 2012; 13: 518-27.
3. Peter MR, Michelle W, Jacqueline FP, Jill FFB, Tom WM, Ziyah M. Effect of daily aspirin on risk of cancer metastasis: a study of incident cancers during randomised controlled trials. *Lancet* 2012; 379: 1591-601.
4. Peter MR, Jacqueline FP, F Gerald RF, Alberto Z, Maria CR, Gianni T, Robert L, Jill FFB, Michelle W, Ziyah M, Tom WM. Short-term effects of daily aspirin on cancer incidence, mortality, and non-vascular death: analysis of the time course of risks and benefits in 51 randomised controlled trials. *Lancet* 2012; 379: 1602-12.

Diagnosis dan Manajemen Sindroma Koroner Akut

Bambang Widyantoro, MD, PhD

Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah
RS Sentra Medika Cibinong

Pendahuluan

Sindroma Koroner Akut (SKA) atau serangan jantung koroner merupakan kegawatan kardiovaskular yang sering dijumpai sehari-hari. Namun, tantangan besar yang harus dihadapi adalah masih cukup banyak kasus SKA yang tidak terdiagnosis secara tepat di lini depan pelayanan kesehatan sehingga tidak tertangani dengan cepat dan baik, akibatnya angka kematian yang disebabkan henti jantung mendadak pada SKA masih tinggi.

Sindroma Koroner Akut (SKA)

SKA merupakan spektrum klinis kumpulan gejala yang disebabkan oleh terganggunya perfusi miokardium akibat pecahnya plak aterosklerosis pada arteri koroner yang menyebabkan trombotik akut, ditandai dengan agregasi trombosit/platelet dan aktivasi jalur koagulasi. Kurangnya perfusi miokardium pada SKA menyebabkan keluhan iskemia berupa nyeri dada (angina), dan bila pasokan oksigen terhenti selama lebih dari 20 menit akan menyebabkan nekrosis miokardium (infark).

Klasifikasi SKA terbagi dua kelompok besar yaitu SKA dengan ST elevasi (*ST Elevation Myocard Infarction/STEMI*) dan SKA tanpa ST elevasi. SKA tanpa elevasi ada dua bentuk yaitu Angina Pectoris Tidak Stabil/APTS (*Unstable Angina Pectoris*) dan *non-ST Elevation Myocard Infarction* (NSTEMI) seperti ditunjukkan pada gambar 1.

Diagnosis SKA

Anamnesis

Keluhan nyeri dada (angina) yang khas/tipikal ditandai dengan karakteristik nyeri di area retrosternal seperti ditekan, tertindih beban berat, diremas (*squeezing*), atau panas (*heartburn*). Angina pada SKA memiliki penjaluran yang khas ke rahang, punggung, bahu dan lengan kiri. Pada SKA yang berat keluhan dapat disertai oleh peningkatan aktivitas simpatis dan parasimpatis seperti mual, muntah, keringat dingin sampai dengan pingsan. Keluhan angina dapat juga tidak khas seperti nyeri ulu hati, sesak napas yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya, lemas mendadak dan rasa tidak nyaman di dada. Keluhan angina atipikal ini lebih sering dijumpai pada pasien usia lanjut (>75 tahun), wanita, penderita diabetes dan penyakit ginjal kronik.

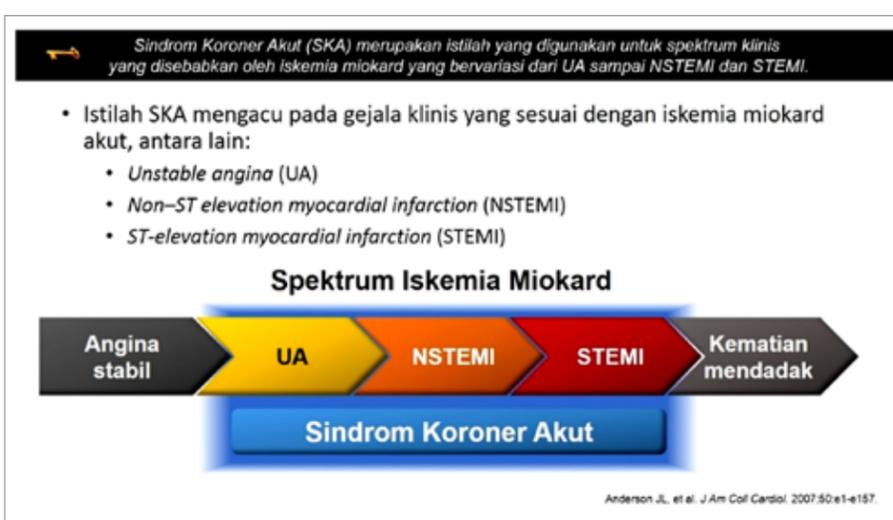
Keluhan angina harus dicurigai kuat sebagai SKA bila ditemukan pada pasien dengan karakteristik laki-laki, diketahui memiliki satu atau lebih faktor risiko aterosklerosis (hipertensi,

Ilustrasi kasus 1

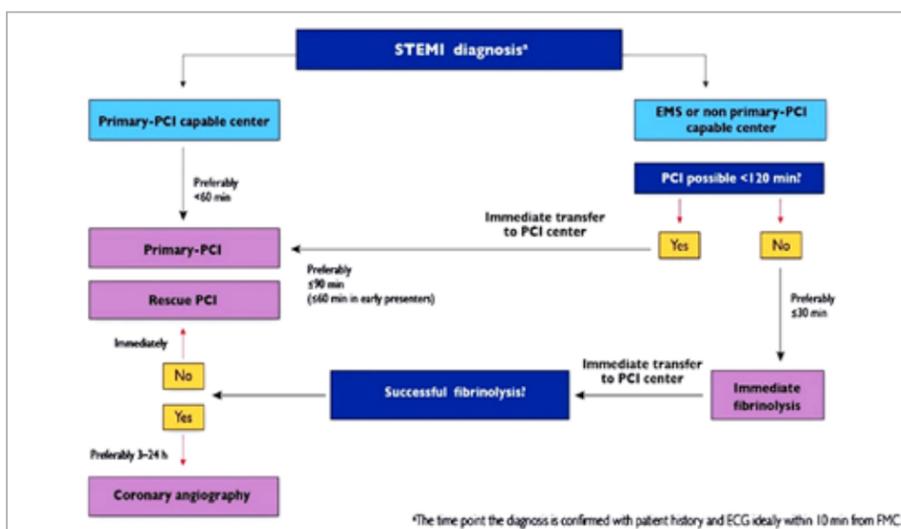
Laki-laki 62 tahun masuk IGD dengan keluhan nyeri dada sejak 8 jam SMRS. Nyeri seperti ditindih beban berat, menjalar ke rahang dan bahu kiri disertai keringat dingin. Riwayat hipertensi dan merokok 12 batang/hari. EKG menunjukkan irama sinus dengan ST depresi di V2-V4. Pasien didiagnosis sebagai Non ST-Elevasi SKA (*unstable angina DD/ NSTEMI*), diberikan terapi di IGD berupa loading dose dual anti platelet, statin, anti angina (nitrat SL dan morfin IV) dan anti koagulan subkutan.

Ilustrasi kasus 2

Wanita usia 49 tahun dengan riwayat DM tidak terkontrol, berobat ke klinik umum dengan keluhan nyeri ulu hati dan mual sejak 2 jam sebelumnya. Pasien didiagnosis sebagai dispepsia, dipulangkan dan mendapatkan obat anti mual dan obat lambung. Tiga jam kemudian nyeri bertambah berat, terasa sampai ke punggung, disertai keringat dingin dan sesak. Pasien kemudian datang ke IGD dan diperiksa lengkap. Hasil EKG menunjukkan irama sinus dengan ST elevasi di II-III-aVF. Pasien didiagnosis dengan SKA dengan ST elevasi (*STEMI inferior*) onset 5 jam. Diberikan oksigen, nitrat SL, dual anti platelet dan statin. RS tersebut tidak memiliki fasilitas IKPP dan bila dirujuk ke rumah sakit dengan fasilitas IKPP memerlukan waktu tempuh >2 jam. Pasien diputuskan untuk direvascularisasi dengan agen fibrinolitik, setelah berhasil, kemudian dikirim ke rumah sakit rujukan untuk dilakukan *early angiography* dalam 3-24 jam paska fibrinolitik.



Gambar 1. Spektrum Sindroma Koroner Akut (SKA)



Gambar 2. Algoritma strategi revaskularisasi pada STEMI

merokok, dislipidemia, DM, riwayat penyakit jantung koroner (PJK) usia muda pada keluarga).

Pemeriksaan Fisik

Dilakukan untuk mengidentifikasi faktor pencetus iskemia, komplikasi dan menyingkirkan diagnosis banding. Adanya hipotensi, tanda kongesti sampai edema paru menunjukkan bahwa pasien mengalami SKA dengan risiko tinggi

sehingga perlu penanganan yang khusus.

Elektrokardiogram

Semua pasien dengan keluhan nyeri dada atau keluhan lain yang mengarah pada iskemia harus menjalani pemeriksaan EKG dalam 10 menit pertama pasien tiba di fasilitas kesehatan. Gambaran EKG yang dapat dijumpai pada SKA sangat bervariasi, mulai dari normal (tidak ada

tanda iskemia) – mencakup 10-15% dari pasien dengan UAP; tanda iskemia (ST depresi 1 mm atau lebih), LBBB baru dan ST elevasi persisten (>20 menit) pada sadapan yang bersisian (mewakili area miokardium tertentu).

EKG ini sangat penting untuk menentukan apakah SKA-nya berupa STEMI atau SKA tanpa ST elevasi. Perlu diingat bahwa gambaran EKG normal tidak menyingkirkan suatu SKA (*unstable angina pectoris*) bila didapatkan angina yang khas pada pasien dengan faktor risiko PJK yang kuat.

Diagnosis SKA harus dapat ditegakkan dari anamnesis yang baik dan terarah. Bila sudah dicurigai SKA dari anamnesis, maka hasil EKG menentukan apakah suatu STEMI atau SKA tanpa ST elevasi. SKA tanpa elevasi kemudian dibedakan menjadi *unstable angina* atau NSTEMI berdasarkan pemeriksaan biomarker jantung yaitu CKMB dan Troponin T.

Manajemen SKA di IGD

Prinsip tata laksana SKA adalah tirah baring total, suplementasi oksigen (sesuai kebutuhan); pemberian anti angina dengan obat golongan morfin intravena maupun nitrat (diberikan sublingual, dapat dilanjutkan dengan drip intravena); dual anti platelet dan statin.

Untuk SKA tanpa ST elevasi (UAP/NSTEMI) pengobatan dilanjutkan dengan pemberian anti koagulan, dan dilakukan restratifikasi risiko oleh dokter spesialis jantung dan pembuluh darah untuk menentukan tata laksana selanjutnya, seperti pada contoh kasus 1.

Bila pasien didiagnosis sebagai SKA dengan ST Elevasi (STEMI), maka harus selalu dipikirkan untuk tindakan revaskularisasi apabila onset angina kurang dari 12 jam seperti pada contoh kasus 2. Metode revaskularisasi ada 2 macam, yaitu dengan terapi farmakologis (menggunakan agen fibrinolitik) dan reperfusi mekanikal dengan tindakan intervensi koroner perkutan primer/IKPP (*primary percutaneous coronary angioplasty/PPCI*). Mengingat masih belum meratanya fasilitas IKPP di Indonesia, maka reperfusi STEMI dengan agen fibrinolitik harus diupayakan untuk dapat menyelamatkan miokardium dari bahaya infark yang meluas (lihat algoritma pada gambar 2).

Penutup

Diagnosis dan manajemen awal SKA yang tepat sangat penting untuk mengurangi angka kematian akibat SKA. Para sejawat dokter jaga di IGD atau dimanapun yang menjadi lini terdepan dalam menerima pasien SKA seyogyanya selalu membekali diri dengan pengetahuan terkini untuk mendiagnosis dan memberikan tata laksana awal pada kasus SKA, dan diharapkan memahami kapan dan kemana harus merujuk.

Pilot project jejaring sistem rujukan untuk revaskularisasi pada kasus STEMI yang saat ini sudah berjalan dengan dimotori oleh SPDGT Pusat Jantung Nasional Harapan Kita di wilayah Jakarta Barat – Kepulauan Seribu semoga dapat berlanjut dan diikuti oleh daerah lain dalam lingkup nasional. MD

Hidrasi yang Sehat Meningkatkan Kualitas Hidup Geriatri



Prof. Dr. dr. Parlindungan Siregar, SpPD-KGH



Prof. Dr. Ir. Hardinsyah, MS



Dr. dr. Budi Iman Santoso, SpOG(K)



dr. Sudung O. Pardede, SpA(K)

Berbagai kemajuan dalam pembangunan sosial ekonomi, termasuk kesehatan, telah berdampak positif pada semakin meningkatnya usia harapan hidup manusia. Hal ini berimplikasi pada peningkatan jumlah usia lanjut di berbagai negara termasuk di Indonesia.

Berdasarkan Undang Undang No 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, yang dimaksud usia lanjut adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih. Sedangkan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), usia lanjut adalah seseorang yang berusia 65 tahun atau lebih. Jumlah usia lanjut yang semakin bertambah menjadi tantangan sekaligus peluang dalam mempersiapkan usia lanjut yang sehat, berkualitas, serta tidak menjadi beban bagi keluarga, masyarakat maupun pemerintah. Salah satunya melalui upaya pengaturan makanan dan minuman serta gaya hidup sehat.

Selama ini masih banyak anggapan di masyarakat bahwa minum air putih yang banyak pada usia lanjut adalah suatu hal yang baik. Apakah anggapan ini benar dan didukung fakta ilmiah? Berapa volume air dan air apa yang sebaiknya diminum saat usia lanjut? Mempertimbangkan dan menjawab hal-hal tersebut maka buku Hidrasi Sehat Bagi Usia Lanjut, edisi ke-1 diluncurkan pertengahan tahun 2015 lalu.

Buku tersebut disusun oleh dr. Sudung O. Pardede, SpA(K); Dr. dr. Budi Iman Santoso, SpOG(K); Prof. Dr. Ir. Hardinsyah, MS; dan Prof. Dr. dr. Parlindungan Siregar, SpPD-KGH dibantu PT. Tirta Investama yang memiliki kepedulian yang sama untuk menyebarluaskan informasi mengenai pentingnya hidrasi bagi usia lanjut.

Dalam buku setebal 46 halaman tersebut dibahas berbagai macam hal mengenai pentingnya air bagi usia lanjut, mulai dari perubahan fisiologis keseimbangan air dan elektrolit, kebutuhan air, faktor risiko dan manifestasi klinis kurang air, dampak kekurangan dan kelebihan air, strategi pencegahan kurang air dan peran pengasuh sampai dengan tips hidrasi sehat bagi usia lanjut.

Kelompok usia lanjut berisiko mengalami kurang air, hal ini disebabkan karena seiring dengan bertambahnya usia, akan terjadi penurunan fungsi organ tubuh antara lain ginjal. Pada kelompok ini ditemukan: 1) Penurunan kepekaan pusat rasa haus; 2) Penurunan volume

air tubuh total (*total body water*); 3) Penurunan laju filtrasi glomerulus; 4) Penurunan kemampuan pemekatan urin; 5) Penurunan kadar aldosteron; 6) Penurunan kemampuan kliren air tanpa elektrolit; 7) Peningkatan kadar *Anti Diuretic Hormone* (ADH) dalam serum; dan 8) Peningkatan kadar *Atrial Natriuretic Peptide* (ANP).

Kebutuhan air pada usia lanjut sangat bervariasi dan kompleks, lebih rumit lagi jika terdapat kelainan berupa gagal jantung kongestif, penyakit ginjal, dan sedang mengonsumsi obat tertentu seperti diuretik dan laksan.

Berdasarkan data analisis makanan dan minuman dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) 2010 didapatkan hasil asupan cairan dari makanan dan minuman untuk kelompok usia di atas 65 tahun sekitar 1500 mL/24 jam (tabel 1)

Faktor risiko kurang air mencakup asupan air, penyakit, obat-obatan dan karakteristik individu (tabel 2). Kurangnya asupan air juga dapat disebabkan karena sulitnya akses air minum, ketidaktahuan dan menurunnya kepekaan pusat rasa haus.

Manifestasi klinis kurang air tergantung dari derajat keparahan dan durasi kurang air. Beberapa gejala yang menandakan kurang air, misalnya rasa haus, mukosa mulut kering, bibir kering, bibir pecah, diuresis berkurang, mata cekung, mengantuk dan lain-lain. Kurang air dalam waktu yang lama dapat menyebabkan gangguan keseimbangan elektrolit, delirium, hipertermia, kejang, renjatan hingga kematian.

Hidrasi merupakan solusi untuk mencegah kurang air. Tujuan utama pengendalian hidrasi bagi usia lanjut adalah untuk menjaga agar usia lanjut tidak mengalami kurang atau lebih air tubuh. Terdapat lima strategi pengendalian hidrasi pada usia lanjut meliputi 1) mengidentifikasi atau diagnosis masalah kurang air, 2) memahami faktor risiko kurang air, 3) memenuhi kebutuhan air usia lanjut, 4) tips mewujudkan hidrasi sehat, dan 5) dukungan pengasuh.

Strategi pencegahan kurang air dapat dilakukan secara komprehensif antara tenaga medis, keluarga, pengasuh dan usia lanjut agar hidrasi sehat dapat diwujudkan setiap hari. Tips pencegahan kurang air pada usia lanjut adalah dengan cara membuat penjadwalan minum rutin; penambahan asupan cairan jika dalam kondisi sakit, berada di tempat



panas, dan melakukan olahraga; dapat diberikan alternatif minuman berasa yang aman; hindari alkohol dan batasi minum kopi; berikan kemudahan akses untuk mendapatkan air minum; berikan nasihat kepada keluarga untuk memonitor kondisi cairan; berikan penjelasan kepada usia lanjut mengenai manfaat minum dan kebutuhan minum serta tidak dianjurkan untuk mengonsumsi minuman dalam

jumlah banyak, lebih baik sedikit namun dilakukan sepanjang hari.

Semoga buku ini dapat menyediakan referensi dan informasi yang membantu dan memudahkan para praktisi serta mahasiswa bidang ilmu kesehatan dan kedokteran yang tertarik dalam memahami, mempelajari dan mengkaji peran dan kebutuhan air bagi usia lanjut serta kiat mewujudkan hidrasi sehat bagi usia lanjut. **DH**

Tabel 1. Asupan total cairan (makanan dan minuman) untuk kelompok usia >55 tahun

Usia	56-65 tahun	66-75 tahun	>75 tahun	Rerata (>56 tahun)
Laki-laki	1.711 ± 608	1.630 ± 580	1.570 ± 580	1.671 ± 599
Perempuan	1.537 ± 540	1.452 ± 508	1.441 ± 528	1.499 ± 531

Tabel 2. Faktor risiko kurang air pada usia lanjut

1. Karakteristik personal

- Usia >85 tahun
- Perempuan
- Indeks massa tubuh (*body-mass index*) <21 or >27

3. Kondisi kesehatan

- Demensia
- Depresi
- Cerebrovascular accident
- Diabetes
- Inkontinensia urin
- Penyakit ginjal
- Aritmia jantung
- Malnutrisi
- Riwayat kurang air
- Riwayat infeksi berulang

2. Asupan

- Asupan cairan <1500 mL/24 jam
- Sering tumpah ketika minum (*spills while drinking*)
- Memerlukan bantuan untuk minum
- Disfagia atau *choking*
- Susah makan (makan <50% dari yang diberikan)
- Memakai selang makanan (*tube feeding*)
- Lupa minum

4. Obat-obatan

- Laksatif
- Diuretik
- Angiotensin-converting enzyme inhibitor
- Steroid
- Psikotropik: antipsikotik, antidepresan
- Ansiolitik

Langkah Cepat dan Tepat Penanganan Dermatitis Atopik

Ternyata untuk menentukan suatu diagnosa yang tepat dengan cara mengamati dan membedakan gejala-gejala yang timbul dari berbagai varian penyakit kulit tidaklah mudah. Di sisi lain kita tahu bahwa keberhasilan tatalaksana dan terapi sangat tergantung dari tepatnya diagnosa. Dermatitis Atopik termasuk salah satu yang perlu penanganan yang benar, karena dia merupakan suatu penyakit kulit yang kronik residif. KSDAI (Kelompok Studi Dermatologi Anak Indonesia) bersama Kelompok Studi Imunodermatologi dan UKK Alergi Imunologi - IDAI, tahun 2014 lalu telah selesai menyusun suatu buku panduan yang berjudul "Panduan Diagnosis dan Tatalaksana Dermatitis Atopik di Indonesia". Dalam rangka sosialisasi sekaligus edukasi kepada dokter-dokter umum,

dokter spesialis anak serta dokter spesialis kulit di Indonesia, KSDAI dan Kelompok Studi Imunodermatologi berkolaborasi dengan PERDOSKI cabang Yogyakarta yang menjadi tuan rumah, telah dilaksanakan program *roadshow* sosialisasi Panduan Diagnosis dan Tatalaksana Dermatitis Atopik di Indonesia tersebut, pada tanggal 3 Oktober 2015 di Yogyakarta, yang dipimpin oleh **Dr. dr. Sunardi Radiono, Sp.KK(K)** selaku moderator, dengan menampilkan 2 pembicara yaitu **Prof. Dr. dr. Retno W. Soebaryo, Sp.KK(K)** dan **Dr. Med. dr. Retno Danarti, Sp.KK(K)**.

Dermatitis atopik yang kronik residif menjadi masalah kesehatan global dan serius karena dampaknya terhadap psikososial dan ekonomi. Selain karena dia banyak menyerang anak yang bahkan mulai dari usia 2 tahun,





With 78% reduction in itching¹, Atopiclair™ doesn't let atopic dermatitis get in the way of fun.

Children with atopic dermatitis are in a constant cycle of itch and scratch that can lead to skin damage and reduced quality of life. Atopiclair™ is a non-steroidal atopic dermatitis treatment that is uniquely proven in robust clinical trials to significantly reduce itch and tame flares in infants, children and adults^{1,2}, thereby helping to break the vicious itch-scratch-worry cycle.

Atopiclair™ is specially formulated with key ingredients³ that work quickly to calm itch, as well as repair and protect the skin barrier by providing physiologic lipids, powerful hydration, anti-inflammatory and anti-oxidant actions. Atopiclair™ gives you optimum control over atopic dermatitis beyond barrier repair.

Finally, Atopiclair™ can help set your patients free from the vicious cycle of atopic dermatitis.

TAKE THE WORRY OUT OF ATOPIC DERMATITIS.



FDA Approved

Memperbaiki skin barrier pada Dermatitis Atopik



Fragrance-free and Paraben-free
Lemon 3 kali sehari atau sesuai kebutuhan



1. Boguniewicz et al. J Pediatr 2008;152:854-9. 2. Abramovits et al. J Drugs Dermatol 2006;5(3):236-244. 3. Glycyrrhetic acid, Hyaluronic acid, Shea butter, Vitis vinifera, Telmesteine, Vitamin C & E

MENARINI Untuk informasi lebih lanjut hubungi: Suite 802, 8th FL, Wisma Pondok Indah II, Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V-TA, Pondok Indah, Jakarta Selatan -12310, Telp. 021-7697323

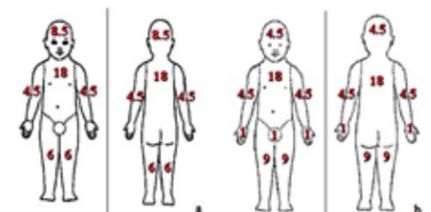
TRANSFARMA MEDICA INDAH

serta memicu timbulnya alergi dan asma pada anak, dermatitis atopik juga sangat berkaitan dengan faktor stres psikologis. Seperti kita ketahui, stres kronik akan memicu keluarnya serotonin dari batang otak maupun sel mast di kulit yang dapat menyebabkan timbulnya edema, vasodilatasi pembuluh darah kulit, rasa gatal dan inflamasi. Selain itu serotonin juga menyebabkan gangguan tidur, kecemasan dan depresi, sehingga dalam penanganan dermatitis atopik idealnya kita juga melibatkan intervensi psikologis dan konseling.

Dalam *roadshow* ini disajikan cara-cara menentukan diagnosa dermatitis atopik dengan benar serta menentukan derajat keparahannya, karena terapi yang tepat adalah yang sesuai dengan derajat keparahan tersebut. Yang lazim dilakukan dalam praktek dan juga diajarkan dalam *workshop* ini adalah sistim indeks SCORAD, yang ternyata sangat membantu dalam menentukan pilihan steroid yang akan digunakan.

Penilaian SCORAD:

- Luas permukaan kulit (skor = 0 – 100)



Gambar 1. Rule of nine pada anak berusia dibawah 2 tahun (a) dan anak yang lebih besar atau dewasa (b).

Terapi pro-aktif sangat membantu menjaga derajat keparahan dermatitis atopik. Steroid merupakan agen yang banyak digunakan dalam penanganan dermatitis atopik, dan untuk menghindari pemakaian steroid jangka panjang, langkah awal terapi dermatitis atopik adalah menjaga kelembaban dan hidrasi kulit. Karenanya, menjaga *barrier* kulit sangatlah penting bagi mereka. Filagrin adalah salah satu protein penting dalam pembentukan *barrier* pelindung di kulit, berperan pada integritas *barrier*, pH kulit, dan hidrasi kulit. Pelembab menjadi pengobatan lini pertama. Pelembab atau krim "*barrier* kulit" yang dapat digunakan adalah MAS063DP (ATOPICLAIR™) yang tergolong sebagai pelembab yang mengandung anti-inflamasi dan anti-pruritus, seperti yang tertulis di dalam buku panduan, dan dapat digunakan pada tatalaksana dermatitis atopik derajat ringan – sedang sebagai terapi pro-aktif. ATOPICLAIR™ mengandung *glycyrrhetic acid* 2% (mengurangi rasa gatal dan terbakar melalui mekanisme anti-inflamasi dan anti-pruritus); *hyaluronic acid*, dan *shea butter* (memperbaiki *barrier* kulit dengan menyediakan lipid fisiologis dan hidrasi yang kuat), serta *vitisvinifera* (*grapevine*) dan *telmesteine* (menjaga *barrier* kulit melalui mekanisme antioksidan).

Workshop satu hari ini dilaksanakan secara singkat dan padat, namun pengetahuan dan nuansa baru dalam penanganan dermatitis atopik yang tepat akan sangat bermanfaat dalam aplikasi kita di tempat praktek. 16

Stigma dari Tenaga Kesehatan terhadap Pasien Gangguan Mental

dr. Alvin Saputra

Kesehatan mental merupakan suatu permasalahan penting secara global. Gangguan mental yang tidak diterapi mencapai 13% dari total Beban Penyakit Global (*Global Burden Disease*) dan menyebabkan disabilitas selama hidup sebesar 25,3-33,5% pada negara berpendapatan rendah-menengah. WHO memprediksikan bahwa pada tahun 2030, depresi akan menjadi penyebab tertinggi dari beban penyakit global.¹

Di Indonesia, beban penyakit gangguan mental masih cukup besar. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan, prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan adalah sebesar 6% untuk usia 15 tahun ke atas atau sekitar 14 juta orang. Sedangkan, prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia adalah 1,7 per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang.²

Terlepas dari tingginya angka prevalensi tersebut, terapi yang ada sebenarnya dapat memperbaiki kemampuan fungsional pasien dalam masyarakat. Namun, banyak individu tidak mencari terapi, dan bagi mereka

yang sudah memulai terapi, sering tidak menyelesaikan rencana terapi.³ Di negara berpendapatan rendah-menengah, sekitar 76-85% orang dengan gangguan mental berat tidak mendapatkan terapi untuk masalah kesehatan jiwa mereka. Salah satu penghalang utama dalam memulai terapi adalah stigma.⁴

Stigma merupakan stereotip atau pandangan negatif yang diberikan terhadap seseorang atau kelompok yang memiliki karakteristik atau perilaku yang dinilai berbeda atau inferior dari norma-norma sosial yang ada. Contohnya adalah stigma sosial dan *self-stigma*. Salah satu jenis stigma yang jarang mendapat perhatian adalah stigma dari tenaga kesehatan terhadap pasien mereka. Karena tenaga kesehatan juga merupakan bagian dari publik secara umum, sikap mereka kurang lebih dapat mencerminkan stigma sosial yang ada. Akan tetapi, peran unik dan tanggung jawab mereka sebagai "penolong" dapat menciptakan penghalang tersendiri bagi pasien.⁵

Sebuah penelitian yang membandingkan perilaku tenaga kesehatan mental dan masyarakat menemukan, tenaga kesehatan, termasuk psikiater dan psikolog,

tidak berbeda dari masyarakat dalam kecenderungan untuk menjaga jarak sosial dengan orang yang memiliki penyakit mental, terutama skizofrenia. Hasil ini mematahkan asumsi bahwa tenaga kesehatan memiliki sikap yang lebih positif terhadap orang dengan gangguan mental.⁵

Stigma terhadap pasien skizofrenia pun ditemukan pada dokter dari berbagai spesialisasi lain, perawat, dan mahasiswa kedokteran. Ini seringkali didasari oleh rasa takut dan ketidakpercayaan terhadap pasien, serta kurangnya pengetahuan tentang skizofrenia sebagai sebuah penyakit.^{6,7} Sikap negatif dari bidang medis pun dapat ditemukan pada pasien dengan depresi dan ketergantungan obat dan alkohol.⁸ Penelitian lain juga menemukan bahwa tenaga kesehatan mental pada umumnya memiliki sikap yang lebih pesimis tentang prognosis bila dibandingkan dengan masyarakat. Sebagian besar sikap tersebut didasari oleh pengalaman pribadi mereka dalam merawat pasien dengan gangguan mental.⁹

Kondisi ini masih menjadi tantangan dalam penanganan pasien dengan gangguan mental, baik di negara maju maupun di negara berkembang.

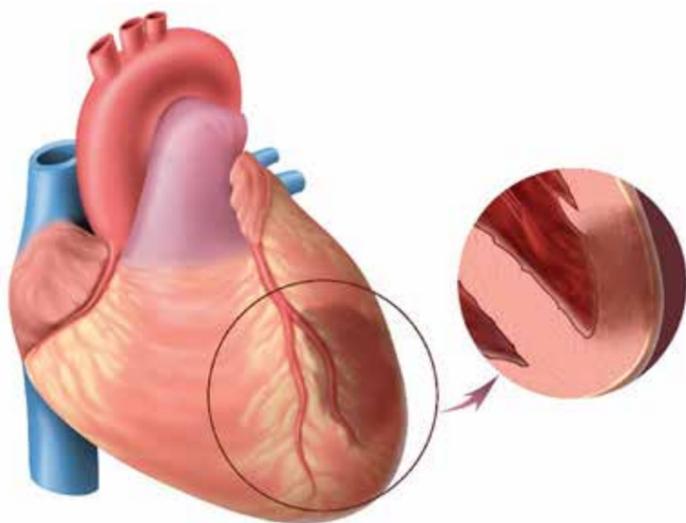


Di Indonesia, penelitian tentang stigma masih belum banyak dilakukan. Hal ini cukup penting untuk mendapat perhatian mengingat masih tingginya beban penyakit gangguan mental di Indonesia, serta tingginya persentase pasien yang belum mendapatkan terapi. Stigma dari tenaga kesehatan dapat menambah penghalang bagi pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan mental yang optimal, baik dalam memulai terapi maupun dalam menyelesaikan rencana terapi. MD

1. World Health Organization [WHO]. *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*. WHO; 2011.
2. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013*. Jakarta: BalitbangKemkes RI; 2013.
3. Ahmedani BK. *Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession*. *J Soc Work Values Ethics*. 2011;8(2):4-14-16.
4. World Health Organization [WHO]. *World Health Report 2001. Mental health: new*

understanding, newhope. WHO: Geneva, Switzerland; 2001.

5. Nordt C, Rössler W, Lauber C. *Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression*. *Schizophr Bull*. 2006;32(4):709-14.
6. Filipčić I, Pavčić D, Filipčić A, Hotujac L, Begić D, Grubisin J, Dordević V. *Attitudes of medical staff towards the psychiatric label "schizophrenic patient" tested by an anti-stigma questionnaire*. *Coll Antropol*. 2003 Jun;27(1):301-7.
7. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S. *Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals*. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999 Feb;33(1):77-83.
8. Naeem F, Ayub M, Javed Z, Irfan M, Haral F, Kingdon D. *Stigma and psychiatric illness, A survey of attitude of medical students and doctors in Lahore, Pakistan*. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2006 Jul-Sep;18(3):46-9.
9. Hugo M. *Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder*. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001 Oct;8(5):419-25.



Nyeri dada merupakan penyebab tersering pasien datang ke unit gawat darurat (UGD). Meskipun banyak dari pasien mungkin tidak perlu dirawat, namun demikian dalam penanganan awal sangat penting untuk dilakukan usaha untuk menyingkirkan diagnosis infark miokard. Sebuah uji klinis oleh *British Heart Foundation* (BHF) menggunakan tes dengan sensitivitas tinggi, menunjukkan kemampuan untuk menyingkirkan diagnosis infark miokard pada duapertiga pasien yang datang ke UGD dengan keluhan nyeri dada.

Studi kohort prospektif oleh Anoop Sv Shah dkk (2015) ini telah

dipublikasikan secara online oleh *The Lancet* dan mengukur kadar troponin plasma dengan menggunakan *high-sensitivity cardiac troponin I assay*. Sekitar 6304 pasien yang dicurigai mengidap *acute coronary syndrome* (ACS) pada RS di Skotlandia dilibatkan dalam studi. Yang dinilai pada studi ini adalah *negative prediction* kadar troponin akibat adanya infark miokard. Hasilnya menemukan kadar troponin optimal plasma yang dapat dikategorikan aman dan menyingkirkan diagnosis infark miokard, membantu mengurangi diagnosis yang tidak akurat dan tindakan prosedur tidak dibutuhkan.

Pentingnya Mengukur Nilai Troponin

"Hasil dari pengukuran peningkatan kadar troponin ini dapat menunjukkan cedera jantung dini sehingga para dokter dapat langsung memberikan penanganan yang sesuai serta cepat tanpa harus mengikuti tes ulang," tukas dr. Anasthasia Sari Sri Mumpuni, SpJP awal November lalu di Jakarta. Bila nyeri dada positif dan sudah dikonfirmasi dengan pemeriksaan EKG menunjukkan kemungkinan PJK atau ACS maka perlu dilakukan pemeriksaan penunjang dengan laboratorium yang menilai enzim jantung.

Penelitian terbaru tersebut, tes darah dengan troponin I sensitivitas tinggi dapat dengan cepat mengesampingkan pasien dari kemungkinan terkena serangan jantung. Penelitian yang telah dipublikasikan oleh *The Lancet* ini memperlihatkan hasil, tes "ARCHITECT STAT High Sensitive Troponin-I" (hsTnI) dari Abbott dapat menyingkirkan duapertiga pasien yang datang ke rumah sakit

dengan keluhan nyeri dada dari daftar risiko terkena serangan jantung.

Selain itu, uji troponin digunakan untuk membantu mendiagnosis adanya serangan jantung, untuk mendeteksi dan mengevaluasi cedera miokardium, dan untuk membedakan nyeri dada karena serangan jantung atau mungkin karena penyebab lainnya. "Troponin pada kondisi miokarditis atau perikarditis, juga dikeluarkan, jadi kemungkinan kadarnya juga meningkat." Pemeriksaan ini tetap penunjang yang membantu menegakkan diagnosis. Pasien yang datang tetap perlu dilakukan langkah-langkah tatalaksana sesuai dengan *guideline* nyeri dada pada serangan jantung.

Selanjutnya, dr. Sicken Jaganathan juga memaparkan beberapa poin penting dari hasil studi prospektif ini. Tes ini dapat memulangkan pasien (78%) dengan nyeri dada tanpa adanya serangan jantung; dan pemeriksaan dengan

hsTnI (*high sensitive Troponin I*) dapat menilai kadar rendah troponin. "Biasanya pemeriksaan lama perlu menunggu 6-9 jam untuk diulang, namun dengan pemeriksaan *high sensitive* dapat diulang dalam waktu 1-3 jam, jadi bisa menghemat waktu," lanjut Associate Medical Director, Medical and Scientific Affairs, Abbott Diagnostics Division ini. Hasil studi juga memaparkan, dapat mencegah pasien masuk ke rawat inap sekitar 44% sehingga dapat menghemat dana perawatan.

Kadar troponin normal tergantung jenis kelamin, pada pria adalah 34,2 pg/mL sedangkan pada wanita adalah 15,6 pg/mL. "Hal ini penting sekali karena terkadang nyeri dada pada wanita tidak terlalu spesifik." Bulan Agustus 2015 lalu, *European Society of Cardiology* (ESC) merekomendasikan tes hsTnI, diantara yang lainnya, untuk membantu mengesampingkan serangan jantung dalam waktu yang lebih singkat yaitu 1 jam. HA



LAYANAN INFERTILITAS TERJANGKAU BERBASIS SMART-IVF



Gambar 1. Ruangan laboratorium embriologi



Gambar 2. Inkubator individualized untuk kualitas embrio yang lebih baik



Gambar 3. Ruang tindakan ovum pick-up (OPU) dan embryo transfer (ET)

dr. Hertia Triarani, SpOG

Jumlah pasangan usia subur di Indonesia mencapai 39,8 juta jiwa (Data BPS, 2008) dan 10-15% diantaranya mengalami gangguan kesuburan, serta membutuhkan bantuan teknologi reproduksi berbantu (TRB). Namun saat ini perkembangan klinik infertilitas yang menyediakan layanan TRB masih terpusat di kota besar. Di samping itu, biaya yang ditawarkan oleh pusat-pusat penanganan infertilitas tersebut masih cukup mahal, berkisar di atas 50 juta rupiah.

Menurut penelitian yang dilakukan Bennet dan Wiweko (2010), bahwa 59% subjek yang membutuhkan layanan TRB tidak dapat membiayai pelayanan fertilitas dari pendapatan sehari-hari mereka. Saat ini penerapan protokol SMART-IVF yang dikembangkan oleh PT. Ingin Anak bekerjasama dengan PT. Daya Adicipta Medika (Klinik dr. Sander B - Daya Medika), telah membuat perubahan baru ke arah pelayanan fertilitas yang lebih terjangkau (*low cost fertility care*).

Teknologi yang ditawarkan oleh tim SMART-IVF berbasis pada konsep *Sophisticated, Modern, Affordable Reproductive Technology - In Vitro Fertilization*. Pelayanan SMART-IVF mengedepankan pendekatan tim dalam penatalaksanaan pasien serta penggunaan teknologi reproduksi yang termutakhir. Pendekatan tim yang kami berikan berupa kerja sama lintas

profesi yang tanpa sekat, yaitu antara dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter spesialis urologi, dokter andrologi, embriologis, perawat dan tenaga kesehatan lainnya.

Setiap kasus di Klinik dr. Sander B - Daya Medika akan dievaluasi dan diberi tatalaksana menyeluruh dari faktor-faktor yang mempengaruhi infertilitas, baik dari pihak wanita maupun pria. Untuk pihak pria dalam kasus infertilitas, dapat dilakukan pemeriksaan analisis sperma, indeks fragmentasi DNA sperma (*DNA Fragmentation Index*) dan pemeriksaan sperma yang membawa gen x dan y. Klinik juga menyediakan layanan tatalaksana urologi berupa *Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration* (PESA), *Micro Epididymal Sperm Aspiration* (MESA), *Testicular Sperm Extraction* (TESE). Sementara bagi pihak wanita, klinik menyediakan laboratorium pemeriksaan hormonal, hingga tindakan intervensi minimal (*minimal invasive*) seperti *hysteroscopy* dan lainnya.

Protokol penatalaksanaan infertilitas yang digunakan dalam SMART-IVF adalah *short protocol* dengan menggunakan rFSH atau colliflutropin-alfa jangka panjang dengan durasi stimulasi selama 9-11 hari. Dalam rentang waktu tersebut perkembangan folikel akan dipantau dengan menggunakan ultrasonografi transvaginal (USG-TV) hingga tercapai ukuran folikel yang memadai untuk dilakukan panen sel telur (*ovum pick up*).

Kerjasama yang baik antara klinisi dan embriologis dalam menentukan waktu yang tepat dilakukan transfer embrio adalah kunci keberhasilan dihasilkan embrio yang berkualitas, yang pada akhirnya akan meningkatkan angka keberhasilan implantasi.

Dalam upaya peningkatan kualitas layanan dan pengembangan layanan di masa yang akan datang, Klinik dr. Sander B - Daya Medika saat ini sedang mengembangkan *Pre Implantation Genetic Diagnostics* (PGD) dan *Pre Implantation Genetic Screening* (PGS). Dengan diaplikasikannya teknologi tersebut, diharapkan dapat meningkatkan kualitas embrio dan berdampak sehingga dapat meningkatkan angka keberhasilan kehamilan.

Klinik ini menerima rujukan dari dokter praktik yang menghadapi kasus infertilitas di area sekitar dan seluruh Indonesia. Selain itu, dengan bekerja sama dengan PT Ingin Anak, Klinik ini juga membuka program kursus penatalaksanaan infertilitas bagi dokter spesialis obstetri dan ginekologi yang berminat. Program ini memungkinkan dokter peserta kursus mengikuti proses penanganan pasien infertilitas hingga *hands-on* tindakan *ovum pick-up* (OPU) dan *embryo transfer* (ET).

Gambar-gambar di sisi kiri adalah beberapa fasilitas dan prasarana klinik infertilitas yang terdapat di Klinik dr. Sander B - Daya Medika. MD

NATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

DESEMBER 2015 - MEI 2016

Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB) LXIX
Dept. Ilmu Kesehatan Anak FKUI – RSCM, Jakarta
"Menuju Diagnosis : Pemeriksaan Apa yang Perlu Dilakukan ?"
6 – 7 Desember 2015-11-24
Hotel Discovery , Ancol Taman Impian, Jakarta Utara
www.idai.or.id/news-event/

Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB) VIII
Dept. Ilmu Kesehatan Anak FK USU – IDAI Sumatera Utara
"Current Pediatric Management 2015"
10-12 Desember 2015
Hotel Santika Dyandra, Medan
www.idai.or.id/news-event/

PIT PERINASIA 2016
15 – 20 Januari 2016
Hotel Golden Tulip, Banjarmasin
www.konasperinasia12banjarmasin.com

Wound: The New Concept Simposium & Workshop Perdoski
6-8 Februari 2016
Hotel Solo, Paragon
www.perdoski.org

The 10th Scientific Meeting of Indonesia Society of Hypertension
12-14 Februari 2016
Hotel Ritz Carlton, Jakarta
www.inash.or.id

The 13th Scientific Respiratory Medicine Meeting (Pertemuan Ilmiah Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi-PIPKRA) 2016
"The Science and Art of Respiratory Medicine"
17-20 February 2016
RS Persahabatan – Hotel Borobudur, Jakarta
www.pulmo-ui.org

The 3rd Scientific Meeting Update in Neurology
25-28 Februari 2016
Hotel Ritz Carlton Jakarta

Sekretariat National Brain Hospital
Jl. MT Haryono, Jakarta

Pertemuan Ilmiah Tahunan ke-17 Fetomaternal
14-19 Maret 2016
MG Hotel, Semarang
www.pitfetomaternal17semarang.com

The 6th Annual Indonesia Symposium and Workshop on Acute Care Surgery Ikatan Ahli Bedah Indonesia (IKABI) cab Jawa Barat Perhimpunan Dokter Spesialis Bedah Digestif Indonesia (IKABDI), cab Bandung Persatuan Dokter Spesialis Bedah Umum Indonesia (PABI) cab Jawa Barat
16-19 Maret 2016
Hotel Hilton, Bandung
☎ : 022-2039690 / 2038919

The 25th Annual Scientific Meeting of Indonesia Heart Association

{ASMIHA}
"Bridging the Gap in Cardiovascular Care: Providing Efficient, Streamlined, and Focused Care in Cardiovascular Services"
14-17 April 2016
Hotel Ritz Carlton, Jakarta
www.asmiha.org

Pertemuan Ilmiah Tahunan ke-9 Himpunan Obstetri Ginekologi Sosial Indonesia (HOGSI)
"Peran HOGSI dalam Pembangunan Kesehatan Ibu dan Anak Mendukung Pelayanan JKN"
18-20 April 2016
Hotel Sheraton Surabaya
www.pithogsi9.com

8th Indonesian PICU NICU Update
19-23 April 2016
The Tansluxury Hotel, Bandung
www.idai.or.id/news-event

Pengembangan Profesi Bedah Berkelanjutan (P2B2)

"Menghadapi Era MEA dengan Memantapkan Profesionalisme Dokter Spesialis Bedah di Indonesia"
Persatuan Dokter Spesialis Bedah Umum Indonesia- cab Lampung
2-6 Mei 2016
Hotel Novotel, Bandar Lampung
www.p2b2pabi2016.org

Pertemuan Ilmiah Tahunan XV PERDOSKI
"Pediatric and Adolescent Dermatovenereology Update"
25 – 27 Agustus 2016
Hotel Grand Inna Muara, Padang
www.pitperdoskipadang2016.com

Bagi panitia kegiatan ilmiah yang ingin dicantumkan dalam kalender kegiatan ini, silahkan kirimkan informasi acara ke alamat redaksi:
info@tabloidmd.com

INTERNATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

DESEMBER 2015 - MARET 2016

International Conference on Urology and Nephrology (ICUN2015)
18-20 Desember 2015
Guilin, China
www.waset.org/conference/2016/02/london/ICP

The 15th Asia Pacific Congress of Pediatrics (APCP) & The 53rd Annual Conference of Indian Academy of Pediatrics (PEDICON) & The 5th Asia Pacific Congress of Pediatric Nursing (APCPN)
21 -24 Januari 2016
Hyderabad, Telangana, India
www.apcppedicon2016.in

The 25th Conference of the Asian Pacific Association for the Study of the Liver (APASL 2016)
20-24 Februari 2016
Tokyo, Japan
[//www.apasl2016.org/](http://www.apasl2016.org/)

The 3rd Annual International Conference on Cardiology Medicine Research (CCMR2016)
22-23 Februari 2016
Singapore
[//cardioresearch-cof.org/index.html](http://cardioresearch-cof.org/index.html)

The 18th International Conference on Pediatrics – ICP 2016
25-26 Februari 2016
London, United Kingdom

The 10th World Congress on Asthma, COPD & Immunopathology
6-9 Februari 2016
Dubai, UAE
wipocis.org/Page411.html

The 11th Asia Pacific Travel Health Congress
2-5 Maret 2016
Kathmandu, Nepal
[//apthc2016.com](http://apthc2016.com)

The 5th Global Congress for Consensus in Pediatrics and Child Health (CIP 2016)
3-6 Maret 2016
Xi'an, China
[//2016.cippediatrics.org/](http://2016.cippediatrics.org/)

3rd World Congress on Controversies in Pediatrics (CoPedia)
31 Maret - 3 April 2016
Barcelona, Spain
www.congressmed.com/copedia/

7th Singapore Allergy & Rhinology Course 2016
5-7 Mei 2016
Grand Copthorne Waterfront Hotel, Singapore
www.theallergycourse.com

NISSAN
Innovation that excites

YEAR END BIG BANG OFFER
+ SPECIAL PRICE FOR ALL

Dapatkan juga tambahan berbagai promo menarik lainnya.

DP RINGAN* MULAI DARI Rp **15** JT-AN

CICILAN RINGAN* MULAI DARI Rp **1,8** JT-AN

2 GRATIS SERVIS & ASURANSI* TAHUN

GRATIS CICILAN* S/D **6X**

NEW* HEAD UNIT 8" Full HD (DVD & GPS)

Segera kunjungi Dealer Nissan terdekat.

www.nissan.co.id

*Syarat dan ketentuan berlaku.

14023 NISSAN ANGLIA

GRATIS BUNYI JASA 1-800 GRATIS 50.000 km



Siwi



Feeding station



Boy



Ukraine dan Uning



Doyok



Berkunjung ke Konservasi Orangutan di Kalimantan

Hardini Arivianti

Mengiyakan ajakan berlibur selama tiga hari dua malam ke konservasi orangutan di Kalimantan, ternyata membawa hiburan tersendiri walaupun di awal sempat tersirat keraguan. Jujur saja, perjalanan ini *unforgettable!*

Awal Perjalanan

Setibanya di pangkalan udara Pangkalan Bun (Kalimantan Tengah), kami dijemput dan langsung menuju ke pelabuhan tempat bersandarnya perahu klotok yang akan membawa kami menyusuri Sungai Sekonyer yang merupakan jalan menuju ke Taman Nasional Tanjung Puting (TNTP). Perahu klotok ini memiliki dua lantai. Di lantai pertama, tempat untuk beristirahat para kru yang terdiri dari koki, nakhoda, dan pemandu wisata yang juga tempat memasak. Sedangkan di lantai dua, terdiri dari meja makan dan empat kursi, serta tempat yang cukup luas yang nantinya akan digunakan sebagai tempat tidur. Menjelang malam, beberapa kasur pun digelar lengkap dengan kelambu.

Kapten kapal dan kru-nya selalu ramah dan pelayanannya tidak kalah dengan pelayanan di hotel. Paket perjalanan dengan perahu klotok ini sudah termasuk tiga kali makan dan selalu hadir

dengan cara penyajian yang tak kalah dengan resto-resto di darat. Tentang rasa, tidak usah diragukan lagi.

Saat Menginjakkan Kaki di Taman Satwa

Suara monyet terdengar bersahut-sahutan mengudara di bumi Kalimantan Tengah saat memasuki Taman Nasional Tanjung Puting (TNTP). Selain itu, berbagai ragam tumbuhan yang memiliki warna dan bentuk unik juga turut mewarnai hutan yang terletak di Kecamatan Kumai, Kabupaten Kotawaringin Barat ini.

Di sepanjang menyusuri Sungai Sekonyer terlihat monyet-monyet yang bergelantungan dari satu pohon ke pohon yang lainnya. Jenis satwa langka endemik dan dilindungi yang terdapat pada hutan TNTP, antara lain orangutan (*Pongo pygmaeus*) dan bekantan (*Nasalis larvatus*). TNTP merupakan lokasi pertama di Indonesia yang dijadikan sebagai pusat rehabilitasi orangutan dan ada di 3 lokasi, yaitu Tanjung Harapan, Pondok Tanggui, dan Camp Leakey.

Air sungai mendekati Camp Leakey berwarna merah kehitaman. Bukan karena kotor, tetapi akibat rendaman dari beragam akar pohon yang ada di sepanjang sungai. Sebelum menuju ke Camp Leakey ini ada terdapat kamp-kamp lain

seperti Tanjung Harapan, Pondok Tanggui, Camp Pondok Ambung, dan yang terakhir adalah Camp Leakey.

Perahu pun bersandar dan kami harus berjalan memasuki tempat pertama. Setibanya disana, ternyata sudah banyak sekali yang menunggu kehadiran orangutan. Tak lama kemudian, kami melihat dari kejauhan ada seekor orangutan jantan yang berukuran cukup besar berjalan menuju *feeding station* yang sudah disediakan di bagian tengah layaknya panggung. Banyak pemandu wisata yang berteriak mengingatkan para pengunjung untuk menjauh dari jangkauan si raja orangutan yang bernama Doyok (\pm 30 tahun) ini. Doyok pun segera berjalan menuju 'panggung' melahap pisang dan susu yang sengaja disediakan. Ragam pose Doyok menjadi sorotan kamera pengunjung dan serasa menjadi artis sehari.

Kemudian kembali ke perahu dan menuju ke kamp lainnya dengan harapan dapat bertemu dengan orangutan lainnya dari dekat. Harapan kami pun terwujud dan dapat berfoto dengan jarak yang lebih dekat. Kali ini, yang mendatangi kami adalah Ukraine (7 tahun) dan Uning (induknya Ukraine, 20 tahun). Begitu pula dengan Boy, si monyet berjenis *gibbon*. Sayangnya

Boy, tidak mau kami dekati dan hanya bisa difoto jarak jauh. Saat kami berjalan balik ke perahu, kami bertemu lagi dengan orangutan berukuran cukup besar, bernama Siwi (\pm 38 tahun).

Menurut pemandu wisata kami, agar mudah mengenali orangutan yang ada, mereka menyusun silsilahnya. Misalnya induk dengan nama yang dimulai dari huruf U, nanti keturunan berikutnya harus tetap memakai nama dengan huruf awal U. Contohnya adalah Ukraine dan Uning.

Menginap di Hotel

Setelah usai menjelajah, kami ingin merasakan segarnya air atau mandi dan akhirnya memutuskan untuk merapat dan menginap satu malam di penginapan Rimba Orangutan Ecolodge yang letaknya sekitar satu kilometer dari Desa Sei Sekonyer. Bangunan ini merupakan satu-satunya penginapan dan hanya dapat diakses melalui sungai. Semua kamar terbuat dari kayu dan jalan penghubung antar kamar juga berupa jembatan kayu. Meskipun hotel ini di tengah hutan namun dilengkapi listrik bertenaga genset. Sekali lagi, menginap semalam disini kami juga mendapatkan pengalaman yang tidak mungkin terlupakan. MD