



3

MD PRACTICE

Hipoglikemia pada Bayi



7

MD UPDATE

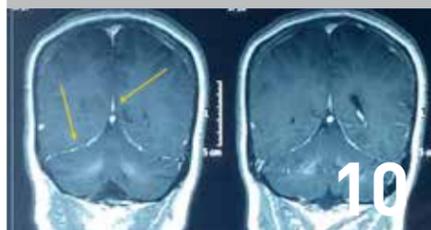
Tips Membuat Surat Keterangan Sehat



8

MD PRACTICE

Masalah Kesehatan Akibat Udara Panas



10

MD CASE EXPERIENCE

Kasus Wanita Dewasa dengan Hipokalsemia dan Khorea

MD HEADLINES

Limfadenopati Tidak Hanya Tuberkulosis

Bulan September setiap tahunnya diperingati sebagai Bulan Kesadaran Kanker Darah Nasional oleh Kongres Amerika Serikat, sedangkan tanggal 15 September adalah Hari Kesadaran Limfoma Sedunia. Limfoma merupakan keganasan sel darah putih yang mengenai seri limfosit, kondisi ini dapat mengambil banyak bentuk, mulai dari limfoma klasik yang mengenai kelenjar getah bening sampai limfoma limfoblastik yang lebih sering kita kenal sebagai leukemia limfositik. Limfoma Non-Hodgkin merupakan bentuk yang paling sering kita jumpai dan saat ini menurut data terbaru limfoma merupakan keganasan urutan ke-11 di dunia, dengan 382.000 kasus baru (3%) pada tahun 2012. Limfoma merupakan salah satu keganasan dengan prognosis yang baik dan angka kesembuhan yang tinggi, pada kasus-kasus yang terdeteksi dini pada stadium yang awal maka angka kesintasan 10 tahun bisa mencapai lebih dari 60% (2011, Inggris dan Wales).

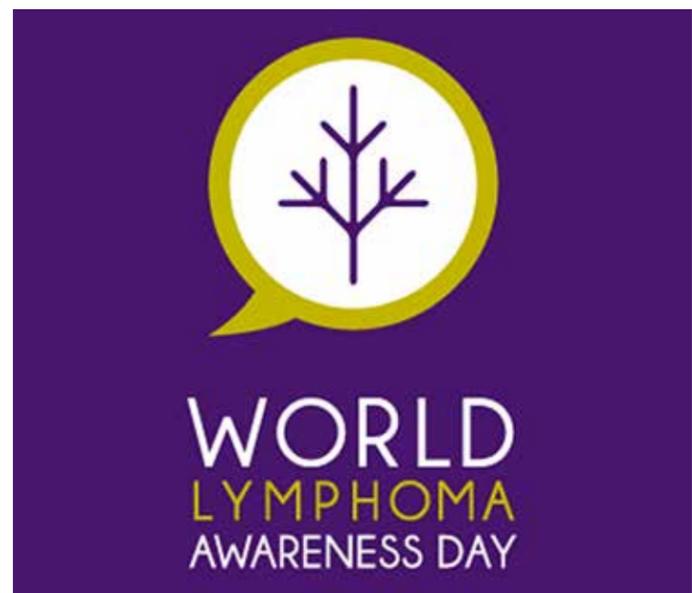
Kunci dari menangani limfoma, seperti kanker lainnya, adalah menemukan kasus pada stadium sedini mungkin. Limfoma seringkali disalahduga sebagai tuberkulosis kelenjar getah bening (KGB), yang sebenarnya bukan pandangan keliru di Indonesia. Prevalensi tuberkulosis di Indonesia (2012, 680.000 jiwa) yang tinggi membuat penyakit ini lebih sering ditemui dibandingkan dengan limfoma. Gambaran dan gejala klinis tuberkulosis dan limfoma seringkali serupa, seperti demam subfebris berkepanjangan, penurunan berat badan dan keringat malam. Selain itu limfadenitis tuberkulosis seringkali mempunyai gambaran limfadenopati yang serupa dengan pasien limfoma non-hodgkin.

Limfadenitis tuberkulosis dan limfoma non-hodgkin dapat dibedakan dari beberapa tanda yang bisa ditemui dari pemeriksaan fisis yang teliti. Limfadenitis tuberkulosis, oleh karena pada

dasarnya adalah peradangan maka pembesaran KGB seringkali disertai oleh tanda-tanda kardinal inflamasi seperti eritema. Selain itu organisasi fibrosit yang terjadi sebagai akibat aktivasi makrofag oleh basil tuberkulosis membuat KGB yang terinfeksi menjadi tidak dapat digerakkan dan bersatu dengan KGB tetangga (fenomena matting). Limfadenitis tuberkulosis lanjut juga dapat menyebabkan terjadinya kerusakan jaringan sekitar oleh karena nekrosis kaseosa, sehingga menimbulkan skrofuloderma. Di lain pihak, limfadenopati karena limfoma memberikan gambaran multipel limfadenopati yang tidak nyeri, mobile dan terpisah satu sama lain.

Pemeriksaan fisis yang teliti ditunjang dengan anamnesis yang lengkap dapat membantu kita mengarahkan kecurigaan ke arah limfoma atau limfadenitis tuberkulosis, namun demikian diagnosis pasti tetap memerlukan pemeriksaan patologi anatomi. Setiap limfadenopati multipel tanpa sebab yang jelas sebaiknya dilakukan biopsi jarum halus untuk menentukan jenis sel yang ada di dalam KGB tersebut. Apabila dari pemeriksaan biopsi jarum halus dicurigai ke arah limfoma maka pemeriksaan lebih lanjut akan dilakukan dengan melakukan biopsi eksisional. Biopsi eksisional pada limfoma dilakukan untuk menentukan jenis dan derajat keganasan limfoma tersebut.

Sebagai penutup, kewaspadaan yang tinggi sangat diperlukan untuk mendapatkan kasus-kasus limfoma sedini mungkin. Lakukan anamnesis, pemeriksaan fisis dan biopsi selektif untuk kasus-kasus dengan kecurigaan tinggi ke arah limfoma. Semakin cepat terdeteksi, pada stadium dini dan status fungsional yang baik, kemungkinan kesembuhan dan kesintasan penderita akan semakin baik. **ss**

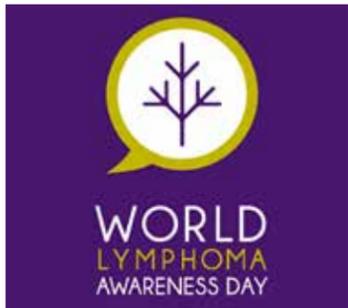




Kurang fokus,
salah naik motor?
#AdaAQUA



DAFTAR ISI



Limfadenopati Tidak Hanya Tuberkulosis **1**

Editorial MD Inbox **2**



Hipoglikemia pada Bayi **3**



Breastfeeding and Work: Let's Make It Work! **4**



Peluncuran Buku Panduan Hidrasi Saat Haji dan Umroh **5**

Manajemen Akne Terkini di Indonesia Sebuah Rangkuman dari Hasil IAEM 2015 **6**

Pentingnya Mempertahankan Kualitas Hidup pada Penyandang Disabilitas **7**

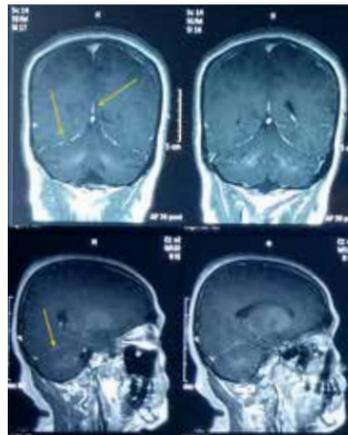


Masalah Kesehatan Akibat Akibat Udara Panas **8**



Hadirnya Terapi Tambahan untuk Asma **12**

Risiko Rendah Efek Samping Kardiovaskular dan Gastrointestinal pada Penggunaan OAINS **9**



Kasus Wanita Dewasa dengan Hipokalsemia dan Khorea **10**



Diagnosis dan Tata Laksana Tuberkulosis pada ODHA Indonesia **11**



Pengembangan Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi untuk Memajukan Generasi Baru Indonesia yang Produktif **13**



Capai Target Terapi DM Tipe 2 dengan Liraglutide **14**

Medical Events **15**



Bermalam dengan Para Biksu di Puncak Gunung Paling Keramat di Jepang **16**

MD
EDITORIAL

Salam Sejawat ...

Sebenarnya di bulan September ini ada beberapa hari yang diperingati dalam kaitannya dengan kesehatan, seperti Hari Olah Raga Nasional, Hari Kesehatan Gigi dan Mulut Nasional, Hari Rabies Sedunia, Hari Jantung Sedunia, dan Hari Hati Sedunia. Sedangkan pada tanggal 15 September diperingati sebagai Hari Peduli Limfoma Sedunia. Itu sebabnya kami mengangkat topik ini pada halaman muka TabloidMD.

Selain itu, di edisi ini kami juga mengangkat Terapi Tambahan untuk Asma yang mencakup angka prevalensi asma di dunia. Tidak ketinggalan, untuk menambah atau melengkapi wawasan sejawat, kini Buku Pedoman Hidrasi Saat Haji dan Umroh sudah diluncurkan. Kami juga tak bosan-bosannya mengangkat tema ASI, yang kali ini memaparkan pemberian ASI eksklusif bagi ibu yang bekerja.

Risiko ODHA untuk menderita TB sekitar 10% per tahun. Baca artikel lengkapnya, Diagnosis dan Tata Laksana Infeksi TB pada ODHA di Indonesia, karena tuberkulosis merupakan infeksi oportunistik tersering pada orang dengan HIV/AIDS di Indonesia.

Tabloid MD tersedia dalam versi digital yang bisa Anda dapatkan dengan bergabung dalam milis kami, dengan cara mengirimkan email kosong ke tabloidmd-subscribe@yahoogroups.com.

Kami tetap menunggu komentar dan tulisan Anda yang bisa dikirimkan ke alamat email kami info@tabloidMD.com.

Selamat membaca ...

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
Elrica Sapphira, 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)703 98705, 75911406
email: info@tabloidmd.com
ISSN No. 2355-6560



MD INBOX

Ulasan produk alkes dan buku

Salam Tabloid MD,

Saya memperhatikan ada beberapa kali terdapat artikel yang membahas suatu obat baru dalam TabloidMD. Tentunya bila obat tersebut merupakan suatu produk baru, akan bermanfaat bagi kami.

Yang ingin saya usulkan, bagaimana kalau sekali-sekali juga dibahas alat baru dalam dunia medis, atau buku yang baru beredar... Jadi semacam suatu resensi.

Regards,
dr. Resika Diana, Sp.PK.
Bandung

Terima kasih atas usulannya dok. Memang kadang ada artikel yang membahas suatu produk baru, atau artikel penelitian terbaru. Selama ini belum ada artikel yang membahas alat kesehatan atau buku kedokteran. Namun kami rasa usulnya menarik, dan akan kami pertimbangkan untuk dipersiapkan artikel seperti yang disebutkan.

Mendapatkan edisi lampau

Selamat pagi TabloidMD,

Terima kasih atas kiriman tabloidMD ke email saya. Kebetulan saya mendapatkannya dari suatu milis. Saya mendapatkannya pertama kali pada awal tahun 2015. Menurut saya artikelnya cukup menarik, praktis dan tidak sulit dipahami.

Yang ingin saya tanyakan, bagaimanakah cara mendapatkan edisi terdahulu? Apakah bisa pesan atau adakah link ke websitenya?

Salam,
dr. Anthonius Widodo
Jakarta

Terimakasih atas emailnya dr. Anthonius. Memang selain versi cetak yang beredar, kami juga menyebarkan versi digital (pdf) ke milis maupun email yang meminta. Kami memang menyebarkan versi digital secara cuma-cuma dan bebas untuk disebarluaskan.

Untuk edisi lampau, bagi yang berminat dapat meminta versi digitalnya dengan mengirimkan email permintaan ke redaksi di email kami, yaitu info@tabloidmd.com.

Untuk permintaan dokter, telah kami proses dan kami telah kirimkan versi digitalnya ke email dokter.

Hipoglikemia pada Bayi

dr. Elizabeth Clarissa

Glukosa merupakan bahan yang sangat penting untuk metabolisme dalam tubuh. Kadar glukosa darah harus berkisar 70-100 mg/dL untuk mencegah terjadinya gejala dan komplikasi. Batasan hipoglikemia pada bayi hingga pada saat ini belum sepenuhnya sama antara satu literatur dengan lainnya. Ada yang memberikan batasan kurang dari 60 mg/dL, ada pula yang lebih rendah yaitu hingga 40 mg/dL. Literatur juga ada yang membedakan bayi berusia kurang 24 jam dengan yang berusia setelah 24 jam. Meski demikian, saat ini sebagian besar literatur mendefinisikan hipoglikemia sebagai keadaan kadar glukosa darah kurang dari 40 mg/dL, tanpa memandang usia.

Hipoglikemia lebih sering terjadi pada neonatus yang lahir dengan usia kehamilan <37 minggu (2,4%) dan lebih dari 40 minggu (1,6-1,8%). Sebuah penelitian menemukan insiden hipoglikemia pada bayi baru lahir dengan berat lebih dari 2.500 gram dari kehamilan tunggal non-diabetes sebesar 24,7 per 1.000 kelahiran. Bayi yang lahir dari ibu dengan diabetes dapat berkembang menjadi hipoglikemia asimtomatik sejak 1 jam setelah kelahiran sampai usia 12 jam. Sedangkan, bayi besar untuk masa kehamilan atau kecil untuk masa kehamilan dapat memiliki konsentrasi glukosa plasma rendah pada usia 3 jam hingga 10 hari setelah kelahiran.

Pola Konsentrasi Glukosa Plasma pada Bayi Baru lahir normal

Sebelum lahir, metabolisme janin terutama berasal dari oksidasi glukosa, yang dipasok dari glukosa plasma ibu dan diatur oleh sekresi insulin. Konsentrasi glukosa hanya sedikit di bawah plasma ibu, dengan konsentrasi glukosa ibu 70-90 mg/dL. Segera setelah lahir, konsentrasi glukosa plasma dapat turun menjadi 25-30 mg/dL pada usia 1-2 jam dan meningkat menjadi stabil di atas 45mg/dL pada usia diatas 12 jam. Kadar glukosa kemudian terus meningkat selama beberapa hari pertama kehidupan untuk kembali ke kadar normal untuk bayi, anak-anak, dan orang dewasa (70-100 mg/dL). Sebuah studi oleh Lubchenco dan Bard ditemukan nilai glukosa yang rendah (<30 mg / dL) berkaitan dengan stres perinatal (gawat janin, asfiksia, atau skor Apgar yang rendah).

Etiologi Hipoglikemia

Secara prinsipnya, penyebab hipoglikemia adalah terjadi defek pada produksi glukosa, pemakaian glukosa yang berlebihan, atau kombinasi keduanya.

1. Gangguan produksi glukosa, misalnya pada prematuritas, bayi kecil masa kehamilan, malnutrisi, dan hipoglikemia ketotik.
2. Pemakaian glukosa berlebih, terjadi akibat hiperinsulinemia, misalnya pada bayi lahir dari ibu diabetes, penyakit

hiperinsulinemia persisten, tumor yang memproduksi insulin, stres perinatal (misal hipertensi ibu, prematuritas, kecil masa kehamilan, asfiksia).

3. Defek metabolik (defek siklus krebs, defek karnitin asil

“ Ketika timbul keraguan apakah terjadi hipoglikemia atau tidak, lakukan pemeriksaan darah untuk memastikannya. ”

transferase) dan defek genetik

4. Intoksikasi obat (etanol, salisilat, propranolol) dan penyakit lain (seperti malaria).

Diagnosis

Evaluasi faktor risiko perlu menjadi perhatian saat anamnesis. Gejala hipoglikemia timbul karena respon otak terhadap kekurangan glukosa. Gejala neurogenik (otonom) disebabkan oleh hipoglikemi yang memicu saraf simpatis, termasuk gejala adrenergik (palpitasi, tremor, gelisah) dan kolinergik (berkeringat, rasa lapar, parestesia). Tanda neuroglipopenik

disebabkan karena disfungsi otak dalam mempertahankan metabolisme energi otak, seperti bingung, koma, dan kejang. Penggunaan glukosa otak menjadi berkurang pada konsentrasi glukosa plasma sekitar 55 - 65 mg/dL. Gejala neurogenik terjadi pada konsentrasi glukosa plasma <55 mg/dL, yang pada anak yang lebih besar menyebabkan rasa lapar dan mencari makanan. Fungsi kognitif terganggu (neuroglipopenia) pada konsentrasi glukosa plasma <50 mg/dL.

Pemeriksaan Laboratorium

Bila didapatkan gejala atau kecurigaan terjadinya hipoglikemia, perlu secepatnya diperiksa kadar gula darah untuk memastikan. Untuk pemeriksaan awal dapat dilakukan menggunakan darah perifer dengan tusukan di tumit (*heelstick*). Apabila kadar gula darah rendah, maka untuk konfirmasi diagnosis dapat diperiksa lebih lengkap dengan kadar glukosa plasma dan pemeriksaan lainnya.

Tatalaksana

Tujuan utama adalah untuk mengembalikan kadar glukosa darah menjadi normal (euglikemia), yaitu 70-100mg/dL. Untuk bayi, penanganan dilakukan bila kadar glukosa < 50mg/dL. Bila kadar glukoda 25-50mg/dL, bayi mengalami hipoglikemi ringan/ sedang, dan perlu diberikan nutrisi oral (enteral) segera. Nutrisi oral dapat berupa ASI atau PASI, dengan jumlah maksimal 100ml/kg/hari pada hari pertama.

Bila ada kontra indikasi untuk pemberian secara oral, atau bayi dalam keadaan hipoglikemia berat (glukosa darah <25mg/dL) maka koreksi perlu segera dilakukan dengan bolus dextrosa 10% 2ml/kg secara IVFD, dilanjutkan pemberian cairan minimal 60ml/kg/hari (hari pertama) dengan *glucose infusion rate* (GIR) 6-8mg/kg/menit. Kadar GIR lalu disesuaikan dengan tercapainya kadar glukosa normal.

Tanda hipoglikemia pada neonatus:

- Gemetar
- Refleks Moro yang cepat
- *Lip-smacking*
- Letargi
- *Poor feeding*
- Gelisah
- Gemetar
- Hipotermia
- Distress pernapasan
- Apnea
- Bradikardia
- Kejang
- Koma
- Kematian mendadak

Dalam pemberian cairan intravena ini perlu diingat bahwa untuk akses perifer, konsentrasi glukosa maksimal yang dapat ditoleransi adalah 12,5%. Meskipun mendapatkan koreksi intravena, pemberian nutrisi enteral tetap dilakukan selama tidak ada kontraindikasi. Selama kadar glukosa belum normal maka pemeriksaan gula darah harus dilakukan tiap jam, hingga stabil maka dapat diperiksa dengan interval 4 jam. Selain itu perlu pula dipikirkan dan dievaluasi apa penyebabnya. Selama prosedur dilakukan, jangan lupa untuk memperhatikan pula terapi suportif berupa pemberian oksigen dan menjaga kehangatan tubuh.

Hipoglikemia pada bayi dan anak harus dikenali dan diterapi dengan tepat. Keterlambatan terapi dapat menyebabkan kerusakan otak yang menetap khususnya pada bayi kecil dan prematur. Ketika timbul keraguan apakah bayi mengalami hipoglikemia atau tidak, lebih baik segera lakukan pemeriksaan darah untuk memastikannya. **ML**

1. Pudjiadi AH, dkk. *Pedoman Pelayanan Medis IDAI Jilid 2. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2011.*
2. Hoffman RP, dkk. *Pediatric Hypoglycemia. 2014. Diunduh dari: <http://emedicine.medscape.com/article/921936-clinical>*
3. Gomella TL. *Neonatology. 6th ed. McGraw Hill Medical, 2009.*

Prosedur Pemeriksaan Darah Kapiler pada Bayi



Bayi baru lahir kadangkala memerlukan pemeriksaan darah. Prosedur paling mudah dan cepat yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan darah dengan cara tusukan tumit (*heelstick*).

Berikut ini beberapa hal seputar prosedur tersebut :

Indikasi:

- Pemeriksaan kadar hematokrit
- Analisa gas darah
- Kadar gula darah
- Skrining sepsis
- Kadar bilirubin

Kontra Indikasi:

- Bayi dalam kondisi syok
- Aliran darah ke ekstremitas tidak baik
- Edema lokal
- Infeksi lokal

Yang perlu diperhatikan:

- JANGAN tusuk di sudut ujung tumit, tetapi di sisi kanan dan kirinya (seperti pada gambar), karena dapat meningkatkan risiko terjadinya osteomielitis bila tusukan mengenai tulang.
- Gunakan *lancet* dengan kedalaman tusukan 1-2mm saja. Jangan gunakan jarum suntik atau *scalpel* karena dapat menyebabkan luka terlalu dalam / lebar sehingga berisiko infeksi dan timbulnya parut. **ML**

Pekan ASI Internasional tanggal 1- 7 Agustus 2015, bertema 'Breastfeeding and Work'. Kali ini masyarakat dimintadukungannya terhadap ibu bekerja yang menyusui sehingga angka pemberian ASI eksklusif dapat ditingkatkan.

dr. Alexis Steffi Kurniawan

Menyusui adalah proses fisiologis memberikan nutrisi yang optimal terhadap bayi. Anjuran saat ini adalah menyusui secara eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan dan pemberian ASI dilanjutkan dengan makanan pendamping ASI, selama dua tahun pertama kehidupan.¹ Namun pada praktek kehidupan sehari-hari, banyak kendala yang ditemui hingga menyusui eksklusif selama 6 bulan menjadi hal yang harus benar-benar diperjuangkan oleh para ibu. Berdasarkan data WHO, hanya sekitar 38 % bayi yang mendapatkan ASI secara eksklusif.²

Keterbatasan waktu merupakan masalah yang paling sering dikeluhkan oleh para ibu bekerja yang menyusui. Waktu berharga pasca melahirkan yang dihabiskan bersama buah hati harus berkurang karena tuntutan pekerjaan. Kondisi ini yang membuat banyaknya kasus bayi putus menyusui.

Dalam Konvensi Organisasi Pekerja Internasional tercantum bahwa cuti melahirkan selama 14 minggu dan penyediaan sarana pendukung ibu menyusui di tempat kerja wajib diadakan. Menurut Undang-Undang Perburuahan di Indonesia No.1 tahun 1951, memberikan cuti melahirkan selama 12 minggu dan kesempatan menyusui 2 x 30 menit dalam jam kerja.¹ Cuti melahirkan bagi karyawan perempuan selama 3 (tiga) bulan, yang pengaturannya dibagi sebagai berikut:

1. Bagi Pegawai Negeri Sipil: diatur dalam Pasal 19 ayat (3) Peraturan Pemerintah Nomor 24 /1976 tentang Cuti Pegawai Negeri Sipil, dimana cuti dapat diambil 1 (satu) bulan sebelum dan 2(dua) bulan sesudah persalinan.

2. Bagi karyawan swasta diatur dalam Pasal 82 ayat (1) Undang-undang Nomor 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, dimana cuti dapat diambil 1,5 (satu setengah) bulan sebelum saatnya melahirkan anak dan 1,5 (satu setengah) bulan sesudah melahirkan menurut perhitungan dokter kandungan atau bidan.

Salah satu dari 6 Target Nutrisi Global 2025 adalah meningkatkan angka menyusui secara eksklusif dalam usia 6 bulan pertama hingga minimal 50%. Beberapa aksi yang dapat dilakukan dalam rangka meningkatkan pemberian ASI eksklusif²:

1. Menyediakan rumah sakit dan fasilitas kesehatan berbasis kapasitas untuk mendukung pemberian ASI eksklusif, termasuk revitalisasi, memperbanyak RS "ramah bayi" dalam sistem kesehatan.
2. Upaya mendukung pemberian ASI eksklusif melalui strategi berbasis masyarakat, dalam bentuk kampanye dukungan terhadap pemberian ASI.
3. Membatasi pemasaran pengganti ASI yang terlalu agresif dengan cara memperketat pemantauan, penegakan undang-undang yang berkaitan dengan Kode Internasional pemasaran susu pengganti ASI.
4. Mendukung para ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif, dengan memberlakukan 6 bulan cuti hamil "wajib dibayar", serta kebijakan yang mendorong ibu untuk menyusui di tempat umum dan tempat kerja.
5. Mengadakan pelatihan dan pengembangan pengetahuan mengenai perlindungan, promosi

serta dukungan dalam hal menyusui.

Untuk mencapai target tersebut, maka banyak persiapan yang harus dilakukan oleh keluarga sebagai satu tim dalam proses pemberian ASI. Peran ayah serta anggota keluarga lainnya menjadi sangat penting ketika status ibu sudah kembali bekerja. Tidak hanya bantuan berupa perawatan bayi, dukungan moral terhadap ibu menjadi hal yang utama dalam menjaga kelangsungan pemberian ASI.

Langkah persiapan bila ibu ingin kembali bekerja³:

1. Siapkan pengasuh bayi (anggota keluarga lain, *baby sitter*, atau pembantu) sebelum ibu mulai bekerja kembali.
2. Berlatih pemerah ASI dari sebelum ibu bekerja kembali. ASI yang diperah dapat dibekukan sebagai persediaan dan ASI beku dapat disimpan antara 1-6 bulan.
3. Latih pengasuh bayi untuk memberikan ASI perah dengan cangkir.
4. Hindari pemakaian dot, untuk menghindari bayi "bingung puting".
5. Susuilah bayi sebelum ibu berangkat bekerja dan pada sore hari segera setelah ibu pulang dan di teruskan pada malam hari.
6. Selama di tempat kerja, perah ASI setiap 3-4 jam dan disimpan di lemari es, diberi label tanggal dan jam ASI diperah. ASI yang disimpan dalam lemari es pendingin dapat bertahan selama 2x24 jam. ASI yang diperah terdahulu diberikan lebih dahulu.
7. ASI yang disimpan di lemari es perlu

dihangatkan sebelum diberikan kepada bayi dengan merendamnya dalam air hangat. ASI yang sudah dihangatkan tidak boleh dikembalikan ke dalam lemari es.

8. Apabila ASI yang diperah kemarin tidak mencukupi kebutuhan bayi sampai ibu kembali dari bekerja, dapat digunakan ASI beku yang sudah disiapkan sebelumnya.

Sebelum pemerah ASI, jangan lupa untuk mencuci tangan dan siapkan wadah bersih yang sesuai untuk menampung ASI perahan. ASI perah dibagi dan disimpan dalam jumlah yang lebih sedikit (60-120 ml) sehingga tidak perlu membuang ASI yang tidak dihabiskan. Ada berbagai cara untuk pemerah ASI baik menggunakan tangan maupun pompa, para ibu dapat memilih metode pemerah ASI yang paling nyaman untuk dirinya.¹

Cara pemerah ASI dengan tangan:

- Cuci tangan sebelum pemerah ASI
- Sediakan mangkok bersih bermulut lebar dan letakan mangkok di dekat payudara
- Letakan ibu jari (di atas) areola sedangkan jari lain di bawah areola
- Tekan ke arah dada
- Tekan dengan sedikit mengurut ke arah (puting payudara) sampai ASI memancar keluar dan tertampung dalam mangkok
- Ubah posisi ke jam 3 dan jam 9, dan mulai lagi pemerah
- Jangan sampai terasa sakit
- Perah satu payudara selama 3-5 menit, kemudian beralih ke payudara lainnya
- Demikian seterusnya bergantian sampai payudara terasa kosong (20-30 menit)

ASI perahan harus disimpan dengan baik sehingga zat gizi,

Panduan dalam penyimpanan ASI¹

- ASI dapat disimpan dalam keadaan tertutup pada suhu ruangan $\leq 25^{\circ}\text{C}$ selama 6-8 jam, jika suhu ruangan $> 25^{\circ}\text{C}$ tahan sekitar 2-4 jam. Jika disimpan dalam *insulated cooler bag* dengan *ice packs* bertahan selama 24 jam.
- ASI dapat disimpan dalam lemari es/ kulkas (4°C) sampai 5 hari.
- ASI dapat disimpan dalam freezer dengan tipe:
 - ▶ Bagian freezer terletak di dalam lemari es/kulkas (15°C) selama 2 minggu
 - ▶ Freezer dan lemari es/ kulkas mempunyai pintu yang berbeda (-18°C) selama 3-6 bulan.
 - ▶ Deep freezer yang jarang dibuka dan temperaturnya tetap ideal (-20°C) selama 6-12 bulan.

zat anti bakteri dan anti virus yang terkandung di dalamnya dapat terjaga dengan baik.

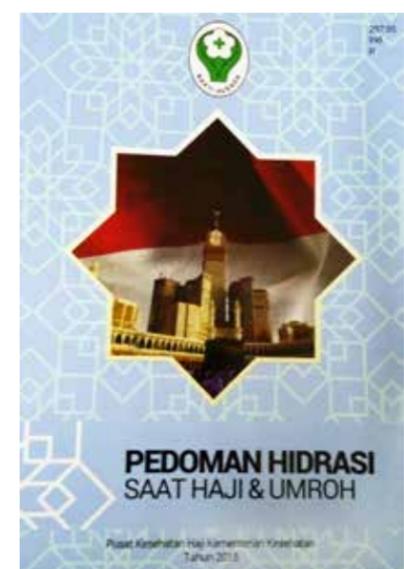
Cara menghangatkan ASI beku dengan menurunkan ke dalam lemari es/ kulkas (suhu 4°C) pada malam sebelum digunakan agar mencair, kemudian sebelum digunakan hangatkan dengan menempatkan wadah penyimpanan ASI pada air hangat yang mengalir atau mangkuk yang berisi air hangat. Dalam menghangatkan ASI, hindari penggunaan *microwave oven* atau kompor untuk memanaskan ASI karena tindakan tersebut dapat meninggalkan noda serta menghancurkan antibodi yang terkandung di dalam ASI.¹ MD

1. Ikatan Dokter Anak Indonesia. *Indonesia Menyusui*. Ed.1. Jakarta : Badan Penerbit IDAI, 2010.
2. World Health Organization. *Global Nutrition Targets 2025. Breastfeeding Policy Brief*, 2014
3. Ikatan Dokter Anak Indonesia. *Bedah ASI*. Ed.1, Jakarta: Badan Penerbit FKUI, 2008

Breastfeeding and Work:
Let's make it
work!



PELUNCURAN BUKU PANDUAN HIDRASI SAAT HAJI DAN UMROH



Menjelang keberangkatan jemaah haji ke tanah suci tahun 2015, Pusat Kesehatan Haji Kementerian Kesehatan meluncurkan Buku 'Pedoman Hidrasi Saat Haji dan Umroh' beberapa waktu lalu di Jakarta. Buku ini ditujukan untuk para tenaga kesehatan dalam membina kesehatan jemaah haji agar dapat terhindar dari dehidrasi akibat perbedaan suhu dan kelembaban di tanah suci yang berbeda dengan Indonesia. Perbedaan kondisi cuaca yang ekstrim tersebut dapat memperburuk kondisi dehidrasi sehingga menimbulkan kondisi-kondisi fatal, seperti heat stroke.

"Buku pedoman ini merupakan hasil kajian dan keputusan bersama antara Kementerian Kesehatan dan IHWG. Pasca peluncuran buku ini, kami dapat melakukan kajian status hidrasi pada jemaah saat melakukan ibadah haji dan umroh, dan melihat apakah status hidrasi tersebut terkait dengan angka kesakitan atau kematian

jemaah yang nantinya akan dievaluasi setiap tahunnya oleh Puskes haji," papar Dr. dr. Budi Wiweko, SpOG(K) selaku Ketua Indonesia Hydration Working Group (IHWG).

Selanjutnya, Dr. dr. Fidiansjah, SpKJ, MPH memaparkan hal yang tidak pernah diprediksi oleh para jemaah haji maupun umroh Indonesia adalah perbedaan cuaca dan iklim yang sangat ekstrim serta kebutuhan cairan yang sangat diperlukan karena terkait dengan kondisi ekstrim tersebut. Target pertama buku ini adalah petugas kesehatan (Tenaga Kesehatan Haji Indonesia/TKHI) yaitu yang mendampingi jemaah atau petugas kloter, dan yang kedua adalah kelompok pendamping jemaah selama di tanah suci. Diharapkan tenaga kesehatan dapat memberikan edukasi kepada jemaah agar tidak terjadi dehidrasi, baik pada jemaah yang sehat, lanjut usia maupun jemaah dengan penyakit tertentu yang berisiko tinggi

"Selain itu, ada beberapa risiko menyebabkan seseorang menjadi risiko tinggi 'jatuh' ke dalam kondisi kesehatan, dan jemaah terbagi ke dalam 3 kategori yaitu lanjut usia (> 60 tahun); memiliki penyakit tertentu (hipertensi, diabetes); dan kombinasi keduanya yaitu usia > 60 tahun dan memiliki penyakit. Kelompok yang terakhir adalah yang terbanyak yaitu 54%," jelas Kepala Puskes haji ini lebih lanjut.

Survei mengenai kejadian dehidrasi pernah dilakukan pada 112 jemaah haji Indonesia yang pernah dirawat di BPHI (Balai Pengobatan Haji Indonesia) Mekkah dan Madinah selama pra dan pasca armina tahun 2014. Hasil survei ini menunjukkan sebanyak 50,9% jemaah mengalami dehidrasi yang didasarkan pada hasil pemeriksaan warna urin (kualitatif) dan berdasarkan berat jenis urin (kuantitatif) terdapat 19,5%. Selanjutnya, dr. Agung Frijanto, SpKJ menjelaskan hampir 70% jemaah

berusia lanjut dan kondisi demensia yang dialami diperberat dengan kondisi dehidrasi. Kematian jemaah haji Indonesia tahun 2014 disebabkan oleh penyakit kardiovaskular (50%), penyakit saluran pernapasan (16,6%), defisiensi nutrisi (11,11%), gejala klinik dan laboratorium abnormal (11,11%), dan penyakit infeksi (5,56%).

"Pada usia lanjut, secara fisiologis persepsi haus sudah berkurang sehingga mereka merasa tidak perlu minum. Hal ini yang justru menimbulkan dehidrasi dan memperberat penyakit bawaannya. Itu sebabnya para tenaga kesehatan dapat memberikan edukasi sejak dari dilakukannya manasik haji."

Faktor lain yang tidak kalah penting adalah lama penerbangan yakni sekitar 10 jam. Dalam penerbangan tersebut jangan lupajuga untuk konsumsi air minum untuk mencegah terjadinya dehidrasi setibanya di tanah suci. Hal ini

dijelaskan oleh dr. Purwita Wijaya Laksmi, SpPD-KGer. "Hindari minuman yang mengandung kafein yang justru memicu timbulnya dehidrasi dan bila memungkinkan, minum terjadwal dan terbagi, misalnya antara waktu sholat dan antara waktu makan utama."

Tak hanya itu, buku setebal 98 halaman ini juga berisikan informasi seputar fisiologi hidrasi, patofisiologi dehidrasi, proses adaptasi tubuh, faktor-faktor yang memengaruhi status hidrasi, deteksi dini, dan tata laksana gangguan hidrasi pada jemaah, serta contoh beberapa kasus penyulit pada dehidrasi.

Health Marketing Manager Danone Aqua, dr. Aninda Perdana, BMedSc, juga menambahkan, "Danone AQUA sangat mendukung proses pembuatan buku pedoman ini karena hidrasi sangat penting dalam ibadah haji dan umroh agar mereka mampu melaksanakan ibadah tanpa terganggu dengan masalah kesehatan." HA

Rangkuman Hasil IAEM 2015:

Manajemen Akne Terkini di Indonesia



Sjarif M. Wasitaatmadja MD,

DermatoVenereologist, FINS DV, FAADV

Akne (jerawat) adalah penyakit kulit yang banyak terdapat di Indonesia. Dalam salah satu survei yang dilakukan pada awal tahun 2003 di beberapa RSU dan Institusi Pusat Pendidikan Dokter di Indonesia didapatkan, kasus akne merupakan salah satu dari 3 penyakit kulit terbanyak yang berobat sesudah penyakit infeksi kulit, dan eksim (dermatitis). Dengan demikian kasus akne diperkirakan diderita oleh lebih banyak lagi populasi penduduk sebab bagai gunung es, penderita akne sebagian kecil saja berobat ke RS atau dokter sedangkan sebagian besar lainnya diobati sendiri, beli obat dari warung/ toko obat atau ke salon kecantikan.

Atas dasar pemikiran itulah, Kelompok Studi Dermatologi Kosmetik Indonesia (KSDKI) sebagai *think tank* dari PERDOSKI (Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia) telah mengadakan pertemuan dengan para pakar dari semua Institusi Pendidikan Dokter Kulit dan Kelamin di Indonesia untuk merumuskan Petunjuk Prosedur Manajemen pada penyakit akne yaitu membuat semacam SOP (Standar Operasi Prosedur) bagi penatalaksanaan akne. Pertemuan pertama telah dilakukan pada tahun 2012, dan pertemuan terakhir yang kedua telah dilakukan pada bulan Mei 2015 yang lalu di Jakarta. Pertemuan

tersebut dihadiri oleh 25 pakar dokter spesialis kulit dan kelamin dari seluruh Institusi Pendidikan Dokter Kulit dan Kelamin di Indonesia ditambah dengan perwakilan P.P.PERDOSKI dan disponsori oleh PT. Transfarma Medika Indah, a Menarini company.

Apakah Akne/Jerawat Itu?

Jerawat adalah penyakit peradangan menahun dari saluran keluar kelenjar minyak kulit (kelenjar sebacea) yang ditandai dengan ruam kulit berupa komedohitam, komedo putih, papul yaitu tonjolan kulit < 0.5cm, pustule yaitu tonjolan berisi nanah, nodus yaitu tonjolan > 0.5cm dan kista yaitu tonjolan nodus dengan isi cairan di dalamnya. Tempat kulit tersering yang terkena jerawat adalah muka, leher, bahu, lengan atas, dada bagian atas dan punggung bagian atas. Namun kadang kadang akne timbul di paha atau pantat. Jerawat dapat terjadi pada semua usia dari bayi sampai orang tua, tetapi yang terbanyak adalah remaja, usia 16-19 tahun pada laki-laki dan 14-17 tahun pada wanita. Kasus akne terdapat di seluruh dunia baik di negara tropis, sub tropis maupun negara dengan iklim dingin.

Faktor Penyebab Jerawat

Berbagai faktor diduga sebagai penyebab atau pencetus jerawat yaitu

genetik, ras, makanan, kosmetik, hormon dan obat-obatan. Faktor lain seperti merokok, stres, tekanan mekanik, sinar matahari juga dapat memicu terjadinya jerawat. Dari hasil penelitian para pakar di dunia sejak akhir abad 20 telah disepakati adanya keterkaitan antara 4 faktor klasik penyebab jerawat, yaitu hiperkeratinisasi folikel kelenjar sebacea, peningkatan produksi sebum, dan hiperaktivitas kuman *P. acnes*, serta inflamasi dan reaksi imunologi.

Namun menurut penelitian sejak awal abad ini terdapat lebih banyak lagi peran mendasari faktor klasik tersebut, diantaranya adanya peranan sitokin TNF alfa dalam inflamasi sebelum terjadinya hiperkeratinisasi; masih harus ditelaah terus peran hormon (androgen DHT dan T, adrenal prekursor DHEAS, estrogen, Growth H) dalam aktivitas kelenjar sebacea dan hiperkeratinisasi; ada peran reseptor androgen FoxO1 di kelenjar sebacea sebagai supresor lipogenesis; dan pembentukan biofilm pada *P. acnes* sehingga dapat menahan terapi antibiotik. Semua hal tersebut membuktikan bahwa masih diperlukan banyak penelitian lanjutan untuk mengetahui lebih jelas penyakit ini.

Manajemen Terapi

Meskipun manajemen terapi telah disusun dengan lengkap pada IAEM 2012 lalu, namun setelah 3 tahun dirasakan untuk merevisi ulang isi dari Buku Petunjuk sebab banyak hasil penelitian baru tentang akne di dalam dan terutama di luar negeri.

Diagnosis, klasifikasi dan gradasi

beratnya penyakit masih diberlakukan ketentuan yang lama yaitu klasifikasi Plewig dan Kligmandan *grading* dari Lehmann. Manajemen terapi pada akne ringan ada sedikit perubahan, yaitu pada *first line* terapi bila lesinya pustular dianjurkan memakai BPO (benzoylperoksida). Pada *second line* terapi masih asam azelaat dan *third line* masih asam retinoat + BPO atau *antibiotic topical* dengan pertimbangan meningkatkan konsentrasi dan frekuensi aplikasi. Antibiotik sistemik tidak diperlukan.

Manajemen terapi pada akne sedang adalah *first line* tetap asam retinoat, BPO atau antibiotik dan *second line* dan *third line* adalah asam azelaat, asam salisilat dan kortikosteroid intralesi. Antibiotik sistemik yang diperlukan pada *first line* adalah doksisisiklin, *second line* dan *third line* antibiotik lainnya. Khusus wanita hamil atau menyusui digunakan eritromisin.

Manajemen terapi akne berat adalah *first line* dengan asam retinoat topikal + BPO atau antibiotik topikal. *second line* dan *third line* adalah asam azelaat, asam salisilat dan triamsinolon intra lesi. Untuk wanita hamil dan menyusui obat topikal *first line*, *second line* dan *third line* adalah BPO. Untuk sistemik *first line* adalah antibiotik (doksisisiklin, azitromisin, quinolon) dosis tinggi. *second line* bagi pria adalah isotretinoin oral, bagi wanita oral hormon. *third line* wanita isotretinoin oral. Untuk wanita hamil dan menyusui eritromisin oral.

Terapi Ajuvan/Tambahan dan**Maintenance/Rumatan**

Terapi ajuvan adalah terapi tambahan bersamaan dengan terapi utama di atas yang bertujuan untuk mempercepat perbaikan atau memperbaiki kondisi kulit waktu pengobatan berlangsung.

Jenis terapi ajuvan, boleh dipilih sesuai dengan kondisi akne, yaitu perawatan kulit, peeling kimiawi, anti oksidan oral (*evidence* masih rendah), terapi cahaya/laser, kortikosteroid oral jangka pendek pada kasus tertentu, dan kosmeseutikal (NA, ABA, Zinc PCA).

Terapi *maintenance* (rumatan) adalah terapi yang diberikan setelah terapi utama dihentikan setelah penyakit sembuh untuk mencegah kekambuhan. Jenis terapi rumatan adalah komunikasi, informasi, edukasi dengan penderita; perawatan kulit; asam retinoat topikal konsentrasi rendah (0,01% - 0,025%) yang dinilai setiap 6 bulan, dan kosmeseutikal (NA, ABA, Zinc PCA).

Manajemen Skar dan Hiperpigmentasi Pasca Akne

Dalam IAEM 2015 telah pula direvisi manajemen terhadap HPA (*Hyperpigmentation Post Acne*) dan SPA (*Scar Post Acne*) meskipun tidak terlalu banyak berubah dari hasil diskusi dalam IAEM 2012. Manajemen untuk HPA meliputi obat topikal, misalnya retinoid, *hydroquinon*, asam kojik dan lainnya serta prosedur invasif minimal misalnya peeling kimiawi, mikrodermabrasi, terapi laser dan sinar, dermabrasi. Sedangkan manajemen untuk SPA meliputi manajemen untuk skar hipotrofik dan skar hipertrofik atau keloid. Manajemen untuk skar atrofik meliputi tindakan invasif minimal berupa *chemical peeling*, mikrodermabrasi, laser, filler dan tindakan invasif eksisi elips, punch eksisi, *punch elevation*, *dermal graft* dan *subcision*. Manajemen untuk skar hipertrofik atau keloid meliputi tindakan aplikasi kortikosteroid topikal, injeksi intra lesi TA, *cryosurgery*, injeksi intra lesi 5FU, laser pulse dye, dan eksisi+ KIL.

Harapan Penggunaan Hasil Meeting

Dengan adanya pertemuan yang diprakasai oleh KSDKI ini maka diharapkan hasilnya dapat menjadi pedoman bagi seluruh dokter di Indonesia dalam melakukan pelayanan kepada penderita akne dengan lebih baik dan bertanggungjawab. Sebab dengan adanya pedoman ini semua kasus *mismanagement* atau *abuse-management* terhadap penderita akne yang selama ini masih terjadi dapat ditekan dan diminimalkan demi kepentingan penderita yang telah memberikan kepercayaan kepada kita para dokter untuk mengobatinya dengan baik. Informasi lebih lengkapnya akan diterbitkan dalam Buku Pedoman Penatalaksanaan Akne yang akan disusun oleh KSDKI. MD

PAPULEX™
Great Skin, Great Confidence.

Seimbang dengan
The Power of 3
Kulit Bebas Jerawat!

3

MENARINI TRANSFARMA MEDICA INDAH

Pentingnya Mempertahankan Kualitas Hidup pada Penyandang Disabilitas



Arti sehat menurut UU No. 23 tahun 1992 adalah keadaan sejahtera pada badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan seseorang hidup produktif secara sosial dan ekonomi, tidak hanya secara fisik. Ini juga termasuk penyandang disabilitas yang sehat bila mampu melakukan aktivitas fungsi kehidupan sehari-harinya, seperti bekerja, sekolah, dan dapat mandiri dengan/atau tanpa alat bantu. Hal ini dikemukakan oleh **dr. Luh Karunia Wahyuni, SpKFR(K)** pada saat diresmikannya Pusat Layanan Ortotik Prostetik Ottobock di Jakarta.

Kondisi dan Kendala di Indonesia

Menurut studi yang dilakukan oleh Kusumastuti dkk ada beberapa faktor yang meningkatkan risiko disabilitas di Indonesia yaitu *coverage* yang terlalu luas dari pulau ke pulau, pemahaman yang rendah mengenai pusat kesehatan, tingginya angka kecelakaan lalu lintas, masalah endemik penyakit infeksi, defisiensi vitamin atau malnutrisi, tingginya insiden kanker dan penyakit degeneratif (misalnya stroke, artrosis), dan bencana alam seperti gempa bumi, gunung meletus, tsunami.

Data pasti mengenai disabilitas masih sulit

didapat. Namun menurut WHO dan World Bank (2011), prevalensi disabilitas mencapai 10-15%, sedangkan pada anak sekitar 8,7%. Menurut survei tahun 2010, sekitar 4,45% penduduk Indonesia usia di atas 2 tahun dan 8,7% anak (2-19 tahun) mengalami disabilitas. Tingginya risiko disabilitas meningkat sesuai pertambahan usia. Lebih lanjut dr. Luh juga menjelaskan, "Belum lagi, keahlian medis di bidang ortotik prostetik di Indonesia masih terbatas, dalam hal jumlah maupun kualitas keahlian, sehingga dibutuhkan perusahaan yang dapat membantu memberikan nilai lebih termasuk produk, layanan dan pengetahuan di bidang ini."

Ada beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan untuk pemasangan prostesis, antara lain diagnosis medik, ada tidaknya komplikasi (misalnya diabetes), kesiapan fisik/psikologis untuk menentukan protesa yang digunakan, perhitungan *energy expenditure*, berapa panjang sisa amputasi, penuh tidaknya gerakan, kekuatan otot, besarnya kapasitas jantung dan paru, serta jenis protesanya yang akan digunakan. Setelah itu, protesa ini juga perlu dinilai digunakan untuk apa, apakah untuk berolahraga atau berjalan atau berdiri. Kemudian dilanjutkan dengan penilaian di rumah pasien, ada tidaknya tangga, dll. Kadangkala, lanjut dr. Luh, pasien mengeluhkan *phantom pain*, nyeri pada bagian yang sudah diamputasi, bila hal ini terjadi, pemakaian protesa perlu ditunda terlebih dahulu.

Permasalahan disabilitas perlu mendapatkan tata laksana yang sama dengan diagnosis medis seperti yang lain dan tata laksana rehabilitasi medik juga termasuk 'obat' agar penyandangnyanya mampu mandiri secara optimal. "Yang menjadi tantangan adalah meyakinkan semua pihak agar tata laksana ortosis dan prostesis merupakan bagian integral dari pelayanan pasien secara komprehensif," tegas Ketua Perhimpunan Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik Indonesia (Perdosri) ini lebih lanjut. **HA**

Hadirnya Pusat Ortotik Prostetik



Ragam proses di Ottobock

Pusat ortotik prostetik yang merupakan cabang dari Ottobock Healthcare GmbH (Jerman) ini memiliki produk dan layanan seperti pemeriksaan kondisi fisik, terapi (untuk mengoptimalkan proses fitting), rekomendasi *fitting*, pengukuran pasien, produksi alat prostetik, rehabilitasi, pengawasan kualitas dan pengecekan berkala.

"Perusahaan ini memahami tantangan yang dihadapi di Indonesia dan kami akan berkolaborasi dengan institusi terkait untuk membantu memperbaiki kondisi tersebut dan kami juga akan memberikan pelatihan, berbagi pengetahuan ortotik dan prostetik berstandar internasional kepada para tenaga rehabilitasi medis di Indonesia," tukas Ralf Stuch selaku Regional President Asia Pacific Ottobock.

TIPS Membuat Surat Keterangan Sehat

Dalam praktek sehari-hari, tidak jarang seorang dokter diminta membuat surat keterangan sehat. Surat keterangan ini sedianya digunakan untuk menjelaskan kondisi kesehatan seseorang dan toleransinya terhadap kegiatan yang akan dilakukan. Berdasarkan surat keterangan sehat tersebut, pihak peminta surat keterangan akan mempertimbangkan apakah orang tersebut dapat ikut serta dalam kegiatan yang akan dilakukan.

Berikut ini beberapa tips yang perlu disimak agar surat keterangan sehat benar-benar berguna sesuai kebutuhan, tidak disalahgunakan, dan tidak menimbulkan masalah medikolegal di kemudian hari :

1. Pastikan pasien yang diperiksa adalah sungguh yang meminta surat keterangan sehat tersebut. Tidak jarang ada yang menjadi 'joki' untuk mendapatkan surat keterangan sehat tersebut bila pasien sesungguhnya memiliki gangguan kesehatan. Periksa kesesuaian identitas pasien dengan kartui identitas yang dimilikinya. Cantumkan identitas

secara lengkap pada surat keterangan.

2. Tanyakan secara detil, apa tujuan surat keterangan sehat tersebut diminta, dan kegiatan apa yang akan diikuti. Setiap kegiatan memiliki batas keamanan kesehatan yang berbeda. Sebagai contoh, surat keterangan sehat untuk acara marathon di alam bebas tentu tidak sama dengan kegiatan piknik bersama ataupun untuk mendaftar sekolah.
3. Lakukan pemeriksaan secara lengkap. Riwayat penyakit dahulu, riwayat pengobatan, dan masalah kesehatan sebelumnya perlu dievaluasi dan dicatat. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan lengkap dan teliti, dan jangan hanya sebatas tanda vital dan antropometri (tinggi dan berat badan). Bila perlu lakukan pemeriksaan penunjang. Semua hasil temuan harus dicantumkan dalam rekam medik pasien, disertai tanggal dan waktu pemeriksaan dilakukan.
4. Cantumkan dengan jelas namun singkat,

temuan yang penting dalam surat keterangan sehat yang diberikan kepada pasien. Berikan kesimpulan penilaian kesehatan/ kemampuan fisik berdasarkan kegiatan yang akan dilakukan. Bila perlu, sebutkan dalam surat keterangan tersebut hal apa saja yang harus menjadi perhatian khusus bagi pasien peminta surat keterangan sehat.

5. Bila dilakukan pemeriksaan penunjang, salinlah hal yang bermakna dan kesimpulan pemeriksaan tersebut dalam surat keterangan.
6. Sedapat mungkin surat keterangan tersebut dibuat salinannya dalam rekam medik dan dibuat pencatatannya. Hal ini penting untuk memastikan keabsahan surat keterangan bila suatu saat diperlukan. **ML**





Masalah Kesehatan Akibat Udara Panas

dr. Martinus M. Leman,
DTMH, Sp.A

Adakalanya paparan terik matahari menjadi hal yang harus dihadapi. Pekerja di lapangan, petugas di jalan raya, olahragawan, aktivis alam bebas, adalah contoh yang kerap lama terpapar terik matahari. Bagi mereka, perlu diwaspadai masalah akibat panasnya udara. Sebagian besar masalah yang timbul adalah karena dehidrasi, akibat

kurangnya asupan cairan pengganti. Dalam udara panas, tubuh kehilangan cairan akibat keringat dan penguapan terus menerus. Cairan yang keluar ini juga membawa natrium dan klorida bersamanya. Berikut ini beberapa masalah yang dapat terjadi:

Heat Cramps

Ini adalah terjadinya kontraksi otot (kram), yang nyeri, dan terjadi setelah aktivitas fisik di udara panas. Umumnya terjadi setelah kegiatan selesai dan

mengenai otot besar, seperti otot betis, paha, dan otot perut.

Untuk mengatasinya, lakukan istirahat dan peregangan otot secara pasif, dan berikan cairan mengandung garam. Dapat pula diberikan makanan ringan yang mengandung garam dan cairan rehidrasi oral (oralit).

Heat Syncope

Ini adalah terjadinya kehilangan kesadaran atau pingsan, pada seseorang yang terpapar udara panas, akibat kegagalan beradaptasi. Umumnya terjadi pada orang yang tidak terbiasa terpapar panas, namun mendadak harus terpapar panas dan terik selama lebih dari 15-20 menit. Gangguan kesadaran disebabkan terjadinya gangguan perfusi ke otak, akibat menurunnya tekanan darah. Tekanan darah menurun akibat respon pembuluh darah perifer yang bervasodilatasi ketika terkena panas. Penderita akan cepat sadar kembali ketika dibaringkan terlentang. Setelah sadar, penderita perlu segera diberikan cairan untuk rehidrasi.

Heat Exhaustion

Pada kondisi ini, seseorang merasa lemas tak bertenaga, setelah terpapar udara panas beberapa lama. Penyebabnya kekurangan cairan dan elektrolit yang terjadi baik secara cepat atau perlahan, akibat keringat dan penguapan. Dalam kondisi ringan, keluhan hanya lemas, nyeri otot, sakit kepala, atau mual. Bila semakin berat dapat terjadi gelisah, *irritable*, atau penurunan kesadaran.

Untuk mengatasinya, diberikan cairan dan garam sambil beristirahat di tempat teduh. Cairan garam dapat menggunakan oralit, minuman olahraga (*sports-electrolyte drink*), atau air minum biasa sambil mengonsumsi snack yang asin.

Heat Stroke

Merupakan kondisi terberat akibat udara panas. Panas berlebihan menyebabkan berbagai organ terganggu, termasuk pusat pengatur suhu tubuh. Kegagalan organ otak, ginjal, hati dan jantung dapat menyebabkan gejala berat. Gejala berupa sakit kepala, gangguan koordinasi, penurunan kesadaran, kejang, dan makin memburuk. Gangguan dapat cepat terjadi misalnya karena olahraga berat di terik matahari, atau bertahap dan perlahan misalnya bila ada penyakit dasar dan terpapar terus menerus di udara panas. Diagnosis ditetapkan bila penderita mengalami hiperpireksia (suhu hingga 41°C) disertai penurunan kesadaran.

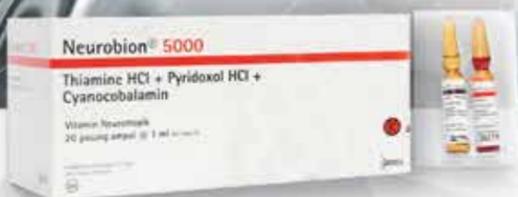
Penderita perlu didinginkan segera dengan percikan-percikan air pada tubuh, menempelkan es pada leher, ketiak, dan selangkangan. Dapat pula merendam di air. Asupan cairan juga segera diberikan. Penderita perlu dirawat di RS karena dapat terjadi komplikasi lambat yang muncul 24 - 48 jam kemudian, misalnya gangguan ginjal, hati, atau bahkan perdarahan. MD

INTRODUCING Neurobion® 5000 Dual Ampul



INNOVATION

IMPROVEMENT



PT Merck, Tbk memiliki komitmen untuk berinovasi dan memberikan yang terbaik untuk kebutuhan pasien. **Neurobion® 5000** Dual Ampul:

Ampul 1: Vitamin B1 100mg dan B6 100mg

Ampul 2: Vitamin B12 5000 mcg

- ✓ **Lebih stabil** dapat disimpan sampai 30° Celcius.
- ✓ **Volume lebih sedikit** meningkatkan kenyamanan pasien.
- ✓ **Kualitas yang lebih baik** tanpa bahan pengawet.



Risiko Rendah Efek Samping Kardiovaskular dan Gastrointestinal pada Penggunaan OAINS

Penggunaan Obat Anti-Inflamasi Non Steroid (OAINS) seringkali dikaitkan dengan efek samping, baik itu gastrointestinal seperti ulkus dan gastritis, maupun kardiovaskular. Golongan OAINS non selektif seperti ibuprofen dan diklofenak lebih sering dihindari oleh dokter oleh karena efek samping gastrointestinal, yang terutama terjadi pada pasien usia lanjut. Sebaliknya, golongan OAINS selektif seperti celecoxib banyak dihindari oleh karena kekhawatiran terjadinya infark miokard maupun gagal jantung. Masih segar dalam ingatan bagaimana salah satu coxib yang cukup populer pada masa lalu, yakni rofecoxib sampai harus ditarik dari peredaran oleh karena efek samping kardiovaskular. Namun demikian, sebuah studi terbaru yang meneliti penggunaan OAINS non selektif dan selektif di situasi “dunia nyata” menunjukkan hal yang sebaliknya.

Studi *Standard Care vs Celecoxib Trial* (SCOT) dilakukan terhadap 7.297 pasien dengan osteoarthritis atau artritis reumatoid yang mendapatkan OAINS non selektif. Kelompok studi ini kemudian dibagi menjadi dua kelompok, di mana satu kelompok dilanjutkan mendapatkan OAINS non selektif dan kelompok lainnya mendapatkan celecoxib sesuai dengan dosis terapeutik. Kelompok ini kemudian diikuti selama 3,2 tahun untuk melihat munculnya komplikasi kardiovaskular atau gastrointestinal.

Karakteristik kelompok ini menunjukkan pasien risiko tinggi untuk komplikasi kardiovaskular, meskipun pasien dengan kelainan jantung dieksklusi karena merupakan kontraindikasi untuk OAINS selektif. Rerata umur pasien adalah 68 tahun, dengan indeks massa tubuh 29, hamper separuh menderita hipertensi, sepertiga dengan hiperkolesterolemia dan seperlima mendapatkan statin.

Evaluasi terhadap terjadinya komplikasi kardiovaskular menunjukkan bahwa penggunaan celecoxib tidak dikaitkan dengan peningkatan risiko (HR 1,12; 95% IK 0,81–1,55; p = 0,50) bila dibandingkan dengan OAINS non selektif. Selain itu juga tidak terjadi peningkatan risiko kematian oleh karena semua sebab pada penggunaan celecoxib dibandingkan dengan OAINS non selektif (HR 1,20; 95% IK 0,76–1,88; p = 0,43). Terkait efek samping gastrointestinal dengan penggunaan OAINS non selektif memang terjadi perbedaan signifikan secara statistik bila dibandingkan dengan

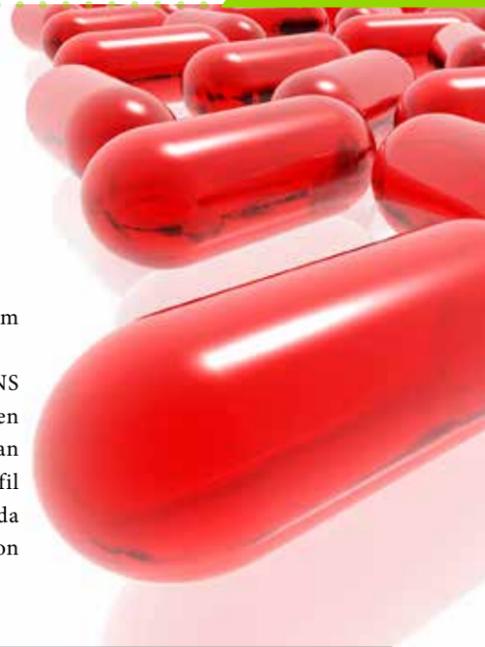
celecoxib, namun demikian karena jumlahnya yang kecil dianggap tidak bermakna secara klinis (celecoxib n = 38 vs. OAINS non selektif = 66; p<0,007).

Studi ini menarik, karena menunjukkan bahwa pada situasi “dunia nyata”, dalam artian praktik klinik sehari-hari, ternyata

penggunaan OAINS selektif dan non selektif tidak memberikan perbedaan yang berarti dari segi efek samping. Tingginya harga yang menjadi kelemahan celecoxib mungkin pada akhirnya yang bisa menjadi pertimbangan dokter untuk memilih OAINS yang tepat bagi pasien mereka, terlebih

dengan diberlakukannya Sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

Dokter bisa memilih OAINS yang sesuai dengan profil pasien mereka dengan perasaan aman yang lebih tinggi, karena profil risiko OAINS tidak terlalu berbeda antara golongan selektif dan non selektif. ss



As an adjunct to diet and exercise for appropriate patients with type 2 diabetes

Strong HbA_{1c} Reductions

HbA_{1c} reductions (LS mean change from baseline) for JANUMET ≥50/500–≤50/1000 mg twice daily vs metformin ≥500–≤1000 mg twice daily:

- <8% (mean baseline HbA_{1c} 7.6%): -1.1% (n=87) vs -0.8% (n=101), respectively (P=NS)
- ≥8% - <9% (mean baseline HbA_{1c} 8.4%): -1.6% (n=124) vs -1.1% (n=109), respectively (P<0.01)
- ≥9% - <10% (mean baseline HbA_{1c} 9.5%): -2.0% (n=99) vs -1.7% (n=95), respectively (P=NS)
- ≥10% - <11% (mean baseline HbA_{1c} 10.4%): -2.9% (n=99) vs -2.1% (n=111), respectively (P<0.001)
- ≥11% (mean baseline HbA_{1c} 12.2%): -3.6% (n=150) vs -2.7% (n=148), respectively (P<0.001)

FAS population.

At week 18, in the same study of JANUMET baseline subgroup analysis: HbA_{1c} reduction at week 18^{1,3,a} LS mean change from baseline, %

Subgroup mean baseline HbA_{1c} 12.2%

-3.6%

HbA_{1c} reduction at week 18 in HbA_{1c} ≥11% baseline subgroup (n=150)

Steady Weight vs SU^b

In a 52-week study of patients inadequately controlled on metformin ≥1500 mg/day, adding sitagliptin 100 mg once daily vs an SU^b ≥5–≤20 mg/day^a

Similar HbA_{1c} reductions compared with glipizide with no weight gain

Body weight at week 52 vs patients on an SU^b

Similar HbA_{1c} reductions compared with glipizide with a Low Risk of Hypoglycemia

Hypoglycemia incidence over 52 weeks vs patients on an SU^b

Low Risk of Hypoglycemia

ONCE-DAILY Januvia™ (sitagliptin, MSD)

STRONG HbA_{1c} REDUCTIONS

INDICATIONS

- As an adjunct to diet and exercise
- As monotherapy when metformin is not appropriate
- In combination with metformin or a glitazone
- In combination with metformin and sulfonylurea

Dosing for JANUVIA

- JANUVIA 50 MG ONCE DAILY
- JANUVIA 100 MG ONCE DAILY

STEADY WEIGHT AND LOW RISK OF HYPOGLYCEMIA

Janumet™ (sitagliptin/metformin, MSD)

INDICATIONS

- As an adjunct to diet and exercise
- For Patients not controlled on metformin (if these are already being treated with the combination of glipizide and metformin)
- In combination with a sulfonylurea (in combination therapy)

Dosing for JANUMET

- JANUMET 50 MG/500 MG TWICE DAILY
- JANUMET 50 MG/1000 MG TWICE DAILY

Kasus Wanita Dewasa dengan Hipokalsemia dan Khorea

Olivia Harjanto

dr. Stevent Sumantri Sp.PD

Bagian Ilmu Penyakit Dalam

Fakultas Kedokteran Universitas Pelita

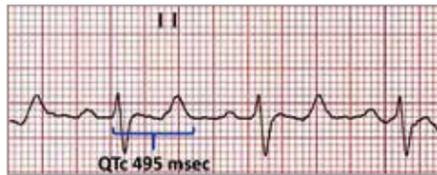
Harapan

Kadar kalsium darah dipertahankan dengan rentang sempit dalam rangka mempertahankan aktivitas optimal seluruh proses ekstra dan intra-selular yang diregulasi oleh kalsium. Kalsium dalam darah ditransportasi sebagian terikat protein plasma (45%), terutama albumin, sebagian terikat anion kecil seperti fosfat dan sitrat, serta sebagian dalam bentuk bebas atau terionisasi (40%). Bentuk aktif dari kalsium adalah yang terionisasi (normal 1,16 – 1,31 mmol/L) sedangkan laboratorium konvensional seringkali melaporkan dalam bentuk kalsium total (normal 8,5 – 10,5 mg/dL).

Ilustrasi kasus

Seorang wanita usia 54 tahun datang dengan keluhan tidak sadarkan diri sejak 2 jam sebelum masuk Rumah sakit dengan keluhan tambahan kejang. Pasien dilaporkan sulit dibangunkan oleh keluarga setelah sebelumnya mengalami kejang. Kejang dialami selama kurang lebih 15 menit, pasien dilaporkan mengalami kekakuan seluruh tubuh dengan mata mendelik ke atas. Kejang hanya dialami satu episode dan setelah kejang pasien tidak dapat dibangunkan. Keluarga mengamati pasien dalam waktu 1 minggu terakhir mulai sering mengeluhkan kesemutan sekitar mulut dan ujung-ujung ekstremitas. Pasien juga mengeluhkan kekakuan, pegal di otot serta keram yang semakin lama semakin memberat. Pasien pernah mengalami operasi kelenjar tiroid 11 tahun sebelumnya tanpa keluhan pasca tindakan.

Pada pemeriksaan fisik ditemukan pasien Nampak sakit sedang dengan kesadaran cenderung somnolen (GCS 13-14), hemodinamik stabil. Pasien nampak melakukan gerakan-gerakan abnormal seperti orang menari (khorea), pemeriksaan neurologis tidak menemukan paresis ataupun refleksi patologis dengan pupil isokor dan reaktif terhadap cahaya. Ketukan pada nervus fasialis pasien menimbulkan tanda Chvostek yang positif. Pada pasien juga ditemukan adanya katarak bilateral, kulit kering dan kasar, serta rambut yang mudah rontok dengan kuku rapuh.



Gambar 1. Pemanjangan QT pada EKG lead II.

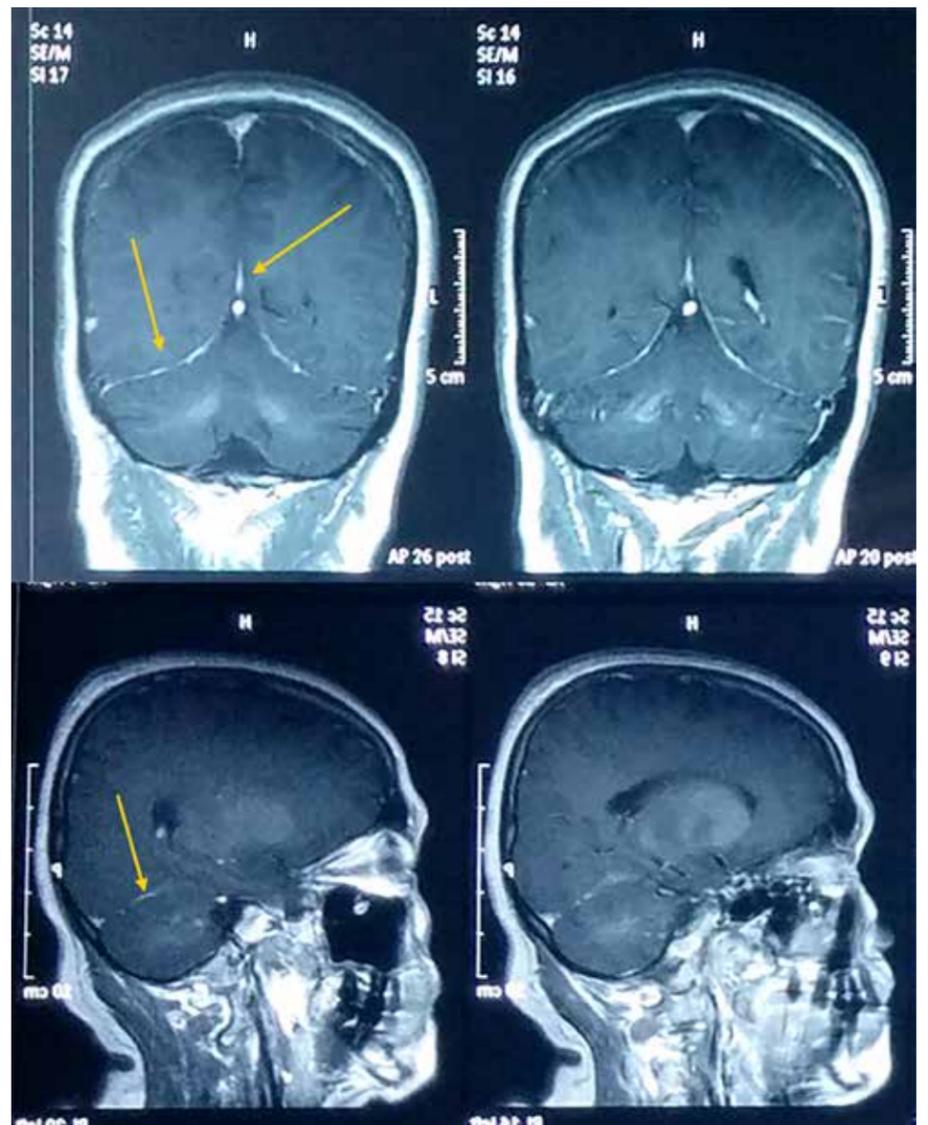
Pemeriksaan penunjang di gawat darurat menunjukkan pemanjangan interval QT (495 msec, gambar 1) sehingga diputuskan untuk mengambil gas darah pasien untuk mendapatkan nilai kalsium ion. Pemeriksaan kalsium ion pasien menunjukkan hasil 0,43 mmol/L, sedangkan pemeriksaan lanjutan menunjukkan kadar magnesium, fosfat dan elektrolit lain dalam kadar normal. Pemeriksaan MRI di ruang rawat menunjukkan adanya kalsifikasi simetris pada korona radiata, basal ganglia, thalamus dan kedua hemisfer serebelum bilateral (gambar 2). Pemeriksaan laboratorium lanjutan di ruang rawat menunjukkan kadar paratiroid (PTH) rendah (2 pg/mL).

Diskusi

Pasien datang dengan keluhan khas untuk hipokalsemia yakni spasme umum, yang sering disalahartikan oleh keluarga pasien sebagai kejang. Hipokalsemia berat dapat menyebabkan terjadinya tetani, yang disebabkan oleh peningkatan iritabilitas otot perifer. Tetani biasa muncul pada pasien dengan hipokalsemia akut yang berat, pada pasien ini oleh karena kemungkinan besar hipokalsemia telah terjadi dalam jangka waktu panjang maka gejala tidak terlalu berat. Hipokalsemia berat pada pasien ini menyebabkan munculnya spasme umum, tanda Chvostek positif dan pemanjangan interval QT pada EKG.

Etiologi hipokalsemia

Hipokalsemia dapat disebabkan oleh berbagai macam sebab mulai dari kelainan endokrin, autoimun, elektrolit sampai infeksi berat atau sepsis. Secara umum, oleh karena hormon paratiroid merupakan hormon terpenting dalam regulasi kalsium, biasanya kita membagi menjadi hipokalsemia dengan kadar PTH rendah atau tinggi. Hipokalsemia dengan PTH rendah biasa disebabkan oleh karena ikut terangkatnya kelenjar paratiroid pada saat tiroidektomi, seperti yang terjadi pada pasien ini. Sekitar 20% operasi tiroid menyebabkan terjadinya hipoparatiroidisme transien, sedangkan sampai 3% pasien dapat mengalami hipoparatiroidisme permanen. Kelainan lain



Gambar 2. Kalsifikasi korona radiata, basal ganglia, thalamus dan kedua hemisfer serebelum pada MRI.

yang dapat menyebabkan hipokalsemia dengan PTH rendah adalah autoimunitas (sindrom autoimun poliglandular tipe I), iradiasi daerah leher dan penyakit infiltrative seperti hemokromatosis, Wilson, granuloma dan kanker metastasis.

Hipokalsemia dengan PTH normal/tinggi dapat disebabkan oleh banyak kelainan, seperti resistensi PTH, defisiensi atau resistensi vitamin D, hiperfosfatemia pada gagal ginjal, metastasis osteoblastic, pankreatitis akut, sepsis, penyakit berat dan juga pembedahan. Hipokalsemia juga dapat disebabkan oleh karena gangguan kadar magnesium. Hipokalsemia sering terjadi pada saat kadar magnesium turun di bawah 0,8 mEq/L, pada kondisi seperti ini hipokalsemia tidak dapat dikoreksi hanya dengan pemberian kalsium, melainkan harus bersamaan dengan koreksi magnesium. Obat-obatan tertentu juga dapat menyebabkan terjadinya hipokalsemia seperti EDTA yang sering digunakan pada transfuse, bisfosfonat, cinacalcet, kemoterapi (terutama cisplatin) dan foscarnet.

Hipokalsemia akibat hipoparatiroidisme

Pada pasien ini kami menemukan kadar kalsium ion dan hormone PTH intak yang rendah, dari anamnesis ditemukan adanya riwayat operasi tiroid 11 tahun sebelumnya. Sebagaimana dijabarkan di atas hipoPTH terkadang dapat menyertai tiroidektomi, yang biasanya disebabkan oleh karena terangkatnya kelenjar paratiroid secara tidak sengaja. Hipoparatiroid yang lama dapat menyebabkan beberapa kelainan, yang juga kita jumpai pada pasien ini diantaranya gangguan

ekstrapiramidal, penyakit mata dan ectodermal.

Gangguan ekstrapiramidal pada pasien hipoPTH kronik disebabkan oleh karena adanya kalsifikasi ganglia basalis. Kalsifikasi ini dapat menyebabkan terjadinya parkinsonisme, gangguan gerakan lain (distonia, hemibalismus, khoreoatetosis dan krisis okulogirik) atau demensia. Kalsifikasi ini juga bisa tanpa gejala, sebagaimana ditemui pada pasien ini yang tidak mengeluhkan apa-apa sampai pada beberapa saat sebelum masuk rumah sakit. Gangguan ekstrapiramidal sebagian besar menetap dan hanya beberapa kasus yang dapat diobati dengan baik. Pasien kami mendapatkan terapi suplementasi kalsium intravena dan maintenance dengan kombinasi kalsium, vitamin D3 dan kalsitriol. Tiga hari setelah pemberian kalsium intravena, kesadaran, spasme dan khorea pasien menghilang sempurna. Pasien kemudian dipulangkan pada hari keempat perawatan dengan terapi maintenance tersebut di atas.

Kesimpulan

Hipoparatiroid permanen terkadang menyertai pasien pasca tiroidektomi, apabila tidak tertangani dengan baik dapat menimbulkan kecacatan menetap akibat kalsifikasi di organ-organ penting seperti otak dan ginjal. Pantau secara berkala kadar kalsium pasien pasca tiroidektomi dan segera tangani dengan suplementasi kalsium dan vitamin D3 bila terdapat hipoparatiroidisme. MD



Diagnosis dan Tatalaksana Infeksi TB pada ODHA di Indonesia

Tabel 1. Regimen pengobatan profilaksis primer tuberkulosis

	Pilihan Pertama	Alternatif
Regimen pengobatan profilaksis primer tuberkulosis	INH 1x300 mg dan piridoksin 50 mg/hari selama 9 bulan; INH 900 mg dan piridoksin 100 mg dua kali seminggu selama 9 bulan	Rifampisin 1x450-600 mg dan pirazinamid 15-20 mg/hari selama 2 bulan
Sumber penularan sensitif INH	Rifampisin 1x450-600 mg dan pirazinamid 15-20 mg/hari selama 2 bulan	Rifampisin 1x450-600 mg selama 4 bulan (tidak ada pengalaman pada ODHA)
Sumber penularan resisten INH	Gunakan 2 obat yang diharapkan masih sensitif (etambutol/pirazinamid atau levofloksasin/pirazinamid)	Rifampisin 1x450-600 mg selama 4-6 bulan (tidak ada pengalaman pada ODHA)

dr. Michaela A. Limawan
dr. Riki Tenggara Sp.PD-KGEH

Fakultas Kedokteran
Unika Atma Jaya, Jakarta

Tuberkulosis (TB) merupakan infeksi oportunistik tersering pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Indonesia. ODHA mempunyai risiko lebih besar menderita TB dibandingkan non-ODHA. Risiko ODHA untuk menderita TB adalah 10% per tahun, sedangkan pada non-ODHA risiko menderita TB hanya 10%. Penelitian pada 331 pasien di Chiang Rai, Thailand Utara, menyatakan bahwa 36,3% penyebab utama ODHA adalah tuberkulosis. Kematian dengan tuberkulosis 36,9% diakibatkan oleh tuberkulosis paru dan sisanya tuberkulosis ekstra paru.

Tuberkulosis paru merupakan jenis yang paling sering dijumpai pada ODHA dan infeksi ini dapat muncul pada stadium HIV awal dengan CD4 >300 sel/ μ L. Infeksi TB diketahui akan mempercepat progresivitas infeksi HIV karena akan meningkatkan replikasi HIV.

Gejala TB paru adalah batuk kronik >3 minggu, demam, penurunan berat badan, napsu makan menurun, berkeringat saat malam hari, nyeri dada dan batuk darah. Mayoritas ODHA tidak menunjukkan gejala khas. Diagnosis TB paru ditegakkan berdasarkan pemeriksaan dahak SPS untuk mencari BTA dan foto toraks dengan gambaran paru klasik yakni kavitas di lobus atas dan gambaran paru yang atipik berupa infiltrat interstitial bilateral. Pada efusi pleura dilakukan pemeriksaan BTA melalui punksi pleura.

Diagnosis definitif TB pada ODHA adalah dengan ditemukannya *M. tuberculosis* pada kultur jaringan.

Sedangkan diagnosis presumtif ditegakkan berdasarkan ditemukannya BTA pada spesimen dengan gejala sesuai TB atau perbaikan gejala setelah terapi kombinasi OAT (Obat Anti Tuberkulosis). Pada ODHA rejimen OAT dapat diberikan sama dengan individu non-ODHA, yakni dengan 2RHZE/4RH, disarankan pemberian fase lanjutan setiap hari oleh karena tingginya angka kegagalan dengan pemberian dua kali seminggu.

Pengobatan ARV lini pertama (TDF + 3TC + EFV) dimulai pada semua individu HIV dengan TB aktif yang belum pernah menggunakan ARV sebelumnya, berapapun jumlah CD4. Gunakan EFV pada pasien yang memulai terapi ARV selama dalam terapi TB. EFV merupakan pilihan utama dibandingkan NVP, karena penurunan kadar dalam darah akibat interaksi dengan rifampisin adalah lebih kecil dan efek hepatotoksik yang lebih ringan. Mulai terapi ARV sesegera mungkin setelah terapi TB dapat ditoleransi. Secepatnya 2 minggu dan tidak lebih dari 8 minggu.

Hal yang harus diperhatikan pada ODHA dengan TB adalah kemungkinan resistensi OAT. ODHA dilaporkan lebih sering mengalami resistensi terhadap OAT dibandingkan non-ODHA. Karena itu, sebaiknya dilakukan uji resistensi BTA pada ODHA dengan TB. Profilaksis primer diindikasikan pada ODHA dengan tes tuberkulin >5mm yang tidak pernah mendapat terapi OAT dan terdapat kontak dengan penderita TB. Terapi profilaksis perlu dilakukan seperti pada tabel 1. ^{ss}

1. CDC. <http://www.cdc.gov/hiv/basics/livingwithhiv/opportunisticinfections.html>
2. WHO. <http://www.who.int/hiv/pub/arv/en>
3. Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa. Kemenkes RI 2014



Mengobati Gejala-Gejala Influenza



Hadirnya Terapi Tambahan Untuk Asma

Menurut INSPIRE Study, 5 dari 10 pasien dengan asma tidak memenuhi kriteria asma terkontrol walaupun sudah mendapatkan terapi steroid inhalasi atau steroid inhalasi + LABA (*Long-Acting Beta-Adrenoceptor Agonist*). Penatalaksanaan asma bertujuan untuk mengendalikan gejala dan menjaga/memperbaiki aktivitas sehari-hari serta meminimalisir risiko baik eksaserbasi, keterbatasan aliran udara dan efek samping dari obat-obatan. Hal ini dibahas secara komprehensif dalam simposium yang bertema 'Achieving Current Control in Asthma Reducing Future Risk' beberapa waktu lalu di Jakarta, menghadirkan Prof. dr. Tamsil Syafiuddin, SpP(K), dan Prof. Dr. dr. Faisal Yunus, SpP(K), beserta dr. Dianiaty K.S., SpP (K) sebagai moderator.

Peran Leukotrien

Leukotrien merupakan salah satu mediator

inflamasi yang berperan penting pada proses inflamasi pada saluran napas, seperti asma, rinitis. Mediator tersebut dihasilkan oleh berbagai sel tubuh yang berperan dalam proses imun. Pada paru, leukotrien terbentuk oleh berbagai rangsangan antigen terhadap sel inflamasi dan sel epitelial yang menghasilkan leukotrien sisteinil (LTC₄, LTD₄, LTE₄). Hal ini dibahas oleh Prof. dr. Tamsil Syafiuddin, SpP(K) pada presentasinya yang bertajuk 'An Update on Advance Role of Leukotriene in Asthma'.

Leukotrien sisteinil tersebut merupakan mediator yang berperan dalam asma yang dapat mengakibatkan obstruksi saluran udara, dan dengan adanya bukti klinis dan in vitro mendukung peran mediator ini yang menimbulkan 'aliran' eosinofil ke dalam saluran napas, meningkatkan permeabilitas mikrovaskular, meningkatkan sekresi mukus dan bronkokonstriksi yang ditandai dengan kontraksi

otot-otot polos pada dinding saluran napas.

Kategori farmakologis pada asma berupa *controller medications*, obat pereda gejala dan *add-on therapy*. Bentuk terapi yang terakhir dapat dipertimbangkan bila pasien memiliki gejala persisten dan/atau eksaserbasi walaupun sudah dioptimalkan dengan dengan controller dosis lebih tinggi.

Selanjutnya, Prof. Tamsil memaparkan dampak in vivo dari montelukast terhadap inflamasi saluran udara pada alergi yang berupa mengurangi sputum eosinofil, mengurangi kadar nitrit oksida exhale, mengurangi sel-sel inflamasi pada mukosa saluran udara, dan memperbaiki petanda inflamasi dan indirect remodeling, misalnya hiper-responsif bronchial. Sedangkan dampak klinis terhadap pasien asma dapat berupa inhibisi vasokonstriksi, inhibisi kontraksi otot polos, reduksi edema dan inhibisi bronkokonstriksi.

Beberapa individu dengan asma, baik ringan maupun berat, dapat mengalami proses tertentu yaitu remodeling saluran napas. Perubahan struktur ini bisa saja bersifat ireversibel yang diakibatkan oleh terjadinya inflamasi kronik dari waktu ke waktu. Perubahan struktur pada sel dan jaringan ditandai dengan meningkatnya masa otot polos, deposisi kolagen, fibrosi dari region subepitel dan intersitia, hipertrofi dan hiperplasia monosit, hiperplasia miofibroblas, dan metaplasia mucus.

Terapi dengan pemberian montelukast + deksametason dapat mengurangi deposit eosinofil ke saluran udara, dan metaplasia sel goblet. Bila montelukast, dengan bukan deksametason, dapat mengurangi meningkatnya massa lapisan otot polos saluran udara, meningkatkan reseptor CysLT1, dan deposisi/fibrosis kolagen subepitelial. "Montelukast mengandung antiinflamasi dengan memberikan efek tambahan pada kortikosteroid inhalasi dan dapat digunakan sebagai pencegahan terjadinya proses remodeling bronki," tukasnya lebih lanjut.

Peran Montelukast

Pembicara berikutnya adalah Prof. Dr. dr. Faisal Yunus, SpP(K) yang membawakan presentasi berjudul '*Montelukast in Asthma: Its Role, Efficacy, and Safety in Clinical Practice of Asthma Management*'. Pengobatan asma memiliki tantangan tertentu. Studi AIRE (*Asthma Insight and Reality in Europe*), menunjukkan sekitar 97,4% pasien asma tidak terkontrol sesuai dengan kriteria GINA (*Global Initiative for Asthma*). Penyebabnya cukup beragam antara lain kesalahan diagnosis, pemilihan inhaler yang buruk atau tekniknya yang salah, merokok (menyebabkan resistensi kortikosteroid pada pasien asma perokok), adanya komorbiditas rinitis, kepatuhan pasien, dan variasi respon individu terhadap terapi.

Antagonis reseptor leukotrien (montelukast) merupakan perkembangan yang sangat penting dalam terapi asma. "Montelukast merupakan obat oral sekali sehari yang pertama dan dapat diindikasikan untuk orang dewasa dan anak-anak," tukas Ketua Umum Dewan Asma Indonesia ini.

Montelukast akan memblokir kerja leukotrien D₄ (dan secondary ligands LTC₄ dan LTD₄) dengan mengikat reseptor CysLT₁ (pada paru dan bronkial), dan direkomendasikan untuk asma akibat olahraga, asma dengan rinitis alergi, dan mungkin juga dapat direkomendasikan untuk asma pada pasien dengan obesitas, merokok, dan asma dengan resistensi aspirin, serta episode viral-induced wheezing.

Manfaat antagonis reseptor CysLT₁ ini ditunjukkan oleh beberapa studi. Studi COMPACT (*Clinical Observation on Montelukast as a Partner Agent for Complementary Therapy*) 2003, merupakan studi terkontrol secara acak dengan memberikan montelukast + budesonid inhalasi vs. double dose inhaled budesonid pasien asma dewasa. Hasilnya, penambahan montelukast pada pasien asma dan rinitis alergi yang diterapi dengan ICS menunjukkan dapat mengurangi obstruksi saluran napas (angka PEF di pagi hari lebih baik) dibandingkan dengan dosis ganda budesonid. Bahkan pada pasien yang diterapi dengan obat rinitis, menggandakan dosis budesonid kurang efektif dibandingkan dengan pemberian montelukast + ICS. Dan montelukast dapat ditoleransi dengan baik.

Studi MONICA (studi prospektif multisenter, open label) menilai efek montelukast (10 mg sekali sehari) sebagai add-on therapy terhadap ICS atau ICS + LABA. Manfaat montelukast sebagai add-on therapy pada 12 bulan studi yang dilakukan terhadap pasien yang diterapi dengan ICS atau ICS+LABA yang memiliki gejala asma tidak terkontrol menunjukkan perbaikan signifikan hasil kontrol asma (3, 6, dan 12 bulan) skor ACT, perbaikan signifikan kualitas hidup (3, 6, 12 bulan) dengan skor mini AQLQ, dan perbaikan fungsi paru signifikan (3, dan 6 bulan) pada nilai FEV₁ dan PEF. ^{MD}

EFFECTIVE ASTHMA CONTROL

Treating dual pathways of inflammation in the airway of asthmatic patients provide **better control** of inflammation and effective asthma control¹

Dual pathways of inflammation^{2,3}

Steroid-sensitive mediators → Inhaled steroids → Inhibit steroid-sensitive mediators

Cysteinyl leukotrienes → SINGULAR → Blocks cysteinyl leukotrienes

Illustration is an artistic rendition

SINGULAR[®] added to an ICS improved asthma control over 12 months¹

In a subgroup analysis of the MONICA study involving 389 adult patients with asthma who were symptomatic despite daily ICS use¹

Time Point	ICS Only (n)	ICS + SINGULAR (n)	22% Controlled	79% Controlled
Baseline	195	194	29.8	48.3
3 Months	98	98	27.6	34.1
6 Months	98	98	18.2	10.8
9 Months	98	98	18.3	7.3
12 Months	98	98	15.1	6.5

SINGULAR[®] added to current therapy in asthmatic patient with allergic rhinitis improved asthma control over 12 months¹

In a subgroup analysis of the MONICA study involving 968 adult patients with asthma and allergic who were symptomatic despite daily ICS or ICS + LABA use¹

Time Point	ICS or ICS+LABA (n)	ICS or ICS+LABA + SINGULAR (n)	16% Controlled	74% Controlled
Baseline	484	484	25.2	57.4
3 Months	242	242	24.5	17.1
6 Months	242	242	18.5	13.7
9 Months	242	242	17.8	10.9
12 Months	242	242	14.8	10.2

COMPACT Study⁴ result:
Adding Montelukast to ICS in patients who had both asthma and allergic rhinitis provided greater benefit in reducing airflow obstruction (significant greater AM PEF), compared with doubling the dose of budesonide

ONCE DAILY SINGULAR[®] (montelukast sodium, MSD) Take Control.

INDICATIONS SINGULAR is indicated in adults for the prophylaxis and chronic treatment of asthma, including the prevention of exercise-induced bronchoconstriction. **DOSE AND ADMINISTRATION** Asthma - SINGULAR should be taken once daily in the evening (one 10 mg tablet). Exercise-induced bronchoconstriction (EIB) - For patients on ICS, a single dose (one 10 mg tablet) of SINGULAR should be taken at least 2 hours before exercise. An additional dose of SINGULAR should not be taken within 24 hours of previous dose. Patients already taking SINGULAR daily for another indication (including chronic asthma) should not take an additional dose to prevent EIB. All patients should have available for rescue a short acting β₂-agonist. **SAFETY PROFILE**: SINGULAR has been generally well tolerated. Side effects, which usually were mild, generally did not require discontinuation of therapy. **PRECAUTION**: oral SINGULAR should not be used to treat acute asthma attacks. SINGULAR should not be abruptly substituted for inhaled or oral corticosteroids. In rare cases there have been report of case or cases of the following: neuro-psychiatric events, eosinophilia, vasculitic rash, worsening pulmonary symptoms, cardiac complications, and/or anaphylactoid reactions sometimes diagnosed as Churg-Straus syndrome, a systemic eosinophilic vasculitis. Although a causal relationship with leukotriene receptor antagonism has not been established, caution and appropriate clinical monitoring are recommended in patients receiving SINGULAR. **CONTRA INDICATION**: Hypersensitivity to any component of this product. **Drug interaction**: SINGULAR did not change the pharmacokinetic profile of other drugs routinely used in prophylaxis and chronic treatment of asthma. **STORAGE**: Store at controlled room temperature 15-30 °C, protect from moisture and light.

References: 1. Vinchow K, et al. Add-on montelukast in inadequately controlled asthma patients in a 6-month open-label study. *J Allergy Clin Immunol* 2010;125:1044-1051. 2. Garsner Z, Sarason AP. Anti-inflammatory mechanism of leukotriene modification. *Clin Exp Allergy* 1999;29:1439-1453. 3. Barnes PJ. Mechanisms of action of glucocorticoids in asthma. *Nat Rev Clin Oncol* 2010;6:527-537. 4. Price DB, Hernandez JL, Margot E, et al. The Clinical Outcomes with Montelukast as a Partner Agent in Corticosteroid Therapy (COMPACT) International Study Group. Randomized controlled trial of montelukast plus inhaled budesonide versus double dose inhaled budesonide in adult patients with asthma. *Thorax* 2003;58:211-216.

For further information please contact:
PT Merck Sharp Dohme Pharma Tbk
27th Floor, Wisma BNI-46, Jl. Jend. Sudirman Kav.1 - Jakarta 10250 - Indonesia
Copyright © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc. All rights reserved.
MSD 1151831-0000 (30/06/2011)

Angka Prevalensi Asma

- Prevalensi 1-18% populasi dari berbagai negara
- Prevalensi asma pada kelompok umur > 45 tahun cenderung menurun
- Prevalensi pada perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki
- Antara kota dan pedesaan memiliki prevalensi yang sama



Pengembangan Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi untuk Memajukan Generasi Baru Indonesia yang Produktif

dr. Ferius Soewito, SpKFR, QWP

Panitia PIT Perdosri 2015

Indonesia sebagai negara berkembang, kini telah menjadi sorotan dunia. Hal tersebut dikarenakan besarnya penduduk Indonesia dan bertumbuhnya kelas menengah. Pertumbuhan tersebut bahkan diperkirakan melesat dan menjadi bonus demografi untuk Indonesia di tahun 2020. Bonus demografi yang dimaksud adalah besarnya penduduk produktif melebihi penduduk non-produktif. Diperkirakan pada tahun 2020, tujuh puluh persen penduduk Indonesia adalah penduduk produktif, sementara hanya 30% yang non produktif.

Namun bonus demografi yang diharapkan tersebut bisa saja tidak kunjung datang. Salah satu penghadang kemajuan ekonomi tersebut adalah disabilitas. Dengan berbagai kemajuan teknologi di bidang pengobatan, berbagai penyakit sudah dapat dideteksi mulai sejak dini dan diobati. Walaupun demikian beberapa

penyakit akibat gaya hidup yang kurang tepat, justru bertambah banyak dan menimbulkan sisa kecacatan.

Dr. Peni Kusumastuti, Sp.KFR, seorang spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi, mendapatkan 19,5% populasi Indonesia memiliki masalah dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Tulisan yang dipublikasikan di *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* (tahun 2014) tersebut juga memaparkan adanya 1,8% populasi memiliki masalah ektrim. Dengan jumlah penduduk Indonesia sekitar 250 juta, maka seperlimanya yaitu 50 juta orang diperkirakan tidak produktif dan menjadi beban. Sementara menurut World Bank, *dependency ratio* Indonesia pada tahun 2013 adalah 51,77.

Angka disabilitas pada populasi lanjut usia juga sangat besar. Didapatkan 18,9% dari penduduk Amerika Serikat berusia lebih dari 70 tahun yang berisiko menyandang disabilitas. Di Indonesia belum didapatkan data yang valid. Dengan berkembangnya penduduk dunia, diperkirakan populasi lanjut usia mencapai 1 milyar di tahun 2020, yang sebagian besarnya bertempat tinggal di negara berkembang. Ini membuat bonus demografi yang diidam-idamkan oleh Indonesia dapat menjadi bom waktu demografi, ketika kaum muda yang berkembang pesat tersebut berubah menjadi kaum lanjut usia.

Melihat seriusnya masalah disabilitas, dibuatlah cabang ilmu kedokteran yang memiliki perhatian

khusus kepada kemampuan fungsional, kualitas hidup manusia dan pencegahan disabilitas. Cabang ilmukedokteran tersebut adalah Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi (disingkat IKFR). Cabang ilmu kedokteran ini mengkhususkan diri untuk mengembalikan fungsi dan kualitas hidup untuk pasien dengan *impairment* dan disabilitas. Pemulihan fungsi dapat diupayakan dengan medikamentosa maupun non medikamentosa seperti terapi fisik, latihan, terapi okupasi, terapi wicara, penggunaan alat ortotik prostetik dan lain sebagainya.

Dalam prakteknya, Spesialis KFR bekerja dalam tim yang mencakup fisioterapi, okupasi terapi, terapi wicara, ortotik prostetis, psikolog, sosial medik, gizi, dan berbagai disiplin ilmu yang diperlukan. Cabang ilmu kedokteran ini dipopulerkan pertama kali di Amerika dengan nama *Physical Medicine and Rehabilitation* (PM&R) pada tahun 1937, dikembangkan untuk rehabilitasi para prajurit pasca perang. Di Indonesia layanan kedokteran rehabilitasi dimulai sejak tahun 1947 dan dikembangkan sebagai pilot project oleh Menteri Kesehatan di tahun 1973. **Perhimpunan Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik Indonesia** yang disingkat **Perdosri**, kemudian dibentuk.

Saat ini, IKFR tidak hanya meneliti masalah disabilitas akibat perang. Penurunan kualitas hidup akibat penyakit, penyakit bawaan, kecelakaan, cedera, dan gaya hidup sudah menjadi perhatian spesialis

Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi (SpKFR) dalam rangka mencegah disabilitas lebih lanjut. Untuk memajukan ilmu KFR, berbagai penelitian sudah dilakukan dan pertemuan-pertemuan ilmiah diselenggarakan untuk menyebarkan perkembangan-perkembangan terbaru.

Perdosri juga menyelenggarakan Pertemuan Ilmiah Tahunan XIV yang akan diadakan di Hotel Discovery Ancol Jakarta, tanggal 7-9 Oktober 2015. Pertemuan kali ini akan membahas masalah-masalah nyeri, penyakit-penyakit pada sistem muskuloskeletal, neuromuskuler, jantung, paru dan anak-anak yang menyebabkan penurunan kualitas hidup fungsional dan disabilitas. Pertemuan yang akan dihadiri ahli dari mancanegara tersebut juga akan membahas mengenai tatalaksana terbaru di bidang rehabilitasi, beberapa di antaranya seperti tatalaksana intervensi pada masalah-masalah nyeri, analisis pola jalan, pemanfaatan ultrasonografi (USG) dalam bidang rehabilitasi, serta analisis aktivitas kandung kemih dalam tatalaksana rehabilitasi fungsi berkemih.

Tatalaksana intervensi untuk masalah nyeri sudah banyak dipakai oleh dokter-dokter IKFR di luar negeri agar pasien dapat segera kembali ke aktivitas fungsionalnya atau agar pasien dapat segera menjalankan program latihan dan program rehabilitasi lainnya. Terapi intervensi yang umum dilakukan adalah injeksi intraartikuler, injeksi miofasial, dry needle dan lain-lain.

Di negara maju, terapi intervensi sudah menggunakan berbagai peralatan canggih seperti tuntunan USG, dan sudah menjadi bagian integral program rehabilitasi., sehingga pasien dapat segera mendapatkan restorasi fungsi yang optimal.

Kebutuhan akan adanya rekomendasi yang sistematis dalam tatalaksana rehabilitasi membuat para pakar rehabilitasi berkumpul untuk membuat rumusan tatalaksana rehabilitasi terutama pada penyakit-penyakit yang kerap menimbulkan disabilitas. Beberapa di antaranya adalah rekomendasi untuk disfagia, gangguan dalam proses sensorik, rehabilitasi untuk disabilitas komunikasi dan sebagainya. Peresepan latihan rehabilitasi yang terstruktur juga akan dibahas, karena latihan rehabilitasi berorientasi goal yang jelas sangat berperan dalam pencapaian status fungsional yang diharapkan. Selain itu, teknologi-teknologi terkini di bidang rehabilitasi juga akan dipaparkan. Beberapa workshop yang diadakan adalah workshop disfonia, disfagia, penanganan rehabilitasi medik di ICU, USG muskuloskeletal, injeksi intrartikuler, dan lain sebagainya.

Diharapkan dengan perkembangan ilmu rehabilitasi yang semakin maju, kualitas hidup dan status fungsional manusia Indonesia dapat semakin membaik. Bonus demografi penduduk Indonesia benar-benar dapat bermanfaat dan bukan sebaliknya, malah menjadi beban. MD

Capai Target Terapi DM Tipe 2 dengan LIRAGLUTIDE



Diabetes melitus tipe 2 (DMT2) memerlukan penatalaksanaan yang kompleks mengingat penyakit ini bersifat progresif dan memerlukan kepatuhan penyandanganya, sehingga menimbulkan tantangan tersendiri di kalangan profesional medis. Hal tersebut juga menjadi salah satu alasan mengapa target keberhasilan terapi belum tercapai. Walaupun obat sudah banyak tersedia, kehadiran obat golongan baru – GLP-1 RA (*Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist*) atau liraglutide – di Indonesia diharapkan dapat membantu pencapaian target terapi, karena bagi penyandang DMT2 penting untuk mencapai target terapi dan GLP-1 RA hadir sebagai salah satu alternatif terapi.

Pada penatalaksanaan DMT2, GLP-1 RA telah tercantum dalam panduan klinis PERKENI 2015, sebagai pilihan obat lini pertama, setelah metformin, baik dalam monoterapi atau kombinasi 2 obat maupun kombinasi 3 obat. Begitu pula dalam panduan klinis AACE (*American Association Clinical Endocrinologist*) maupun ADA (*American Diabetes Association*). Hal ini dipaparkan oleh Prof. Dr. dr. Sidartawan Soegondo, SpPD-K. EMD pada salah satu sesi *launch symposium* KONAS PERKENI X di Jogjakarta beberapa waktu lalu.

Begitu banyak obat yang tersedia dan ragamnya panduan klinis, ada beberapa faktor yang dapat membantu untuk menentukan pemilihan alternatif obat pada DM

tipe 2, yaitu efikasi, keamanan, berat badan, risiko hipoglikemia, uji klinis, manfaat terhadap kardiovaskular, kepuasan pasien, biaya dan didukung oleh *guidelines*.

Ragam Manfaat Liraglutide

Sisi efikasi GLP-1 RA (liraglutide 1,8 mg), yang dibandingkan dengan rosiglitazone, glimepiride, exenatide, dan glargine, ternyata mampu menurunkan kadar HbA1c hingga 2,5% pada pasien yang tidak terkontrol dengan baik. Sedangkan pada studi *Liraglutide Effect and Action in Diabetes* (LEAD-3), diberikan sebagai monoterapi (dosis 1,2 mg dan 1,8 mg) pada 746 pasien menunjukkan penurunan berat badan dibandingkan dengan pemberian glimepiride.

Selain itu obat baru ini bermanfaat terhadap penurunan risiko penyakit kardiovaskular pada DMT2, karena penurunan *body mass index* dan lingkaran perut mengingat dua faktor tersebut dikaitkan dengan risiko kejadian penyakit kardiovaskular. Liraglutide juga mampu membantu menurunkan tekanan darah, menurunkan dislipidemia, menurunkan disfungsi endotel, dan menurunkan risiko hipoglikemia di masa yang akan datang. Walau obat ini cukup mahal dibandingkan obat DM lainnya, namun bila dilihat jangka panjang justru obat ini dapat menghemat biaya karena mampu membantu mencegah risiko atau meminimalisasi terjadinya komplikasi.

“Obat GLP-1 RA ini dapat diberikan saat penurunan kadar HbA1c tidak mencapai target, khawatir penyandang DM alami hipoglikemia, penurunan berat badan juga menjadi target pengobatan, dan terapi sebelumnya tidak berhasil mengendalikan hiperglikemia postprandial secara adekuat,” tukas Prof. Sidartawan.

GLP-1 bersifat *glucose dependent* yang bekerja jika glukosa darah berkadar tinggi yaitu dengan menstimulasi sekresi insulin dan menghambat glukagon. Bila

kadar glukosa rendah, liraglutide akan menghambat sekresi insulin dan tidak memengaruhi kerja glukagon sehingga risiko terjadinya hipoglikemia dapat diminimalisasi. Juga obat ini dapat memperlambat proses pengosongan lambung. Studi Zander dkk (2002) menunjukkan, GLP-1 mengurangi sensasi rasa lapar, dan meningkatkan rasa kenyang pada pasien dan pada studi ini juga menunjukkan penurunan berat badan. Berat badan menurun dari 104,8 kg (minggu 0) menjadi 102,9 kg (minggu ke-6), atau -1,9 kg, $p=0,013$.

Kini GLP-1 RA juga sedang dalam penelitian untuk diberikan sebagai terapi pada diabetes melitus tipe 1, pra-diabetes, *non-alcoholic steatohepatitis* (NASH)/*non-alcoholic fatty liver disease* (NAFLD) dan sindroma polistik ovarium. Mungkin saja di masa yang akan datang, akan diteliti manfaatnya terhadap degenerasi neuron, psoriasis dan penyakit jantung koroner. “Walaupun obat ini baru masuk ke Indonesia, namun manfaat liraglutide sudah banyak dibuktikan oleh beragam penelitian mengenai efikasi dan safety, sehingga obat ini dapat diperhitungkan dalam pengobatan DM tipe 2,” pungkask Prof. Sidartawan sebagai penutupan *launch symposium* ini. HA

Lebih Jauh dengan Liraglutide

Pada hari yang sama, dr. Sonny Wibisono, SpPD-KEMD dan Wolfgang E Schmidt (*Department of Gastroenterology and Hepatology, St. Josef-Hospital, Jerman*) memaparkan beragam kasus DM beserta studi-studi yang telah diadakan di Amerika Serikat maupun Eropa.

Obat yang digunakan untuk terapi pada DM harus dilihat efikasinya, menurunkan risiko hipoglikemia, tidak menyebabkan

kenaikan berat badan, efek samping minimal dan harga. Liraglutide sudah tercantum di dalam guideline PERKENI.

Penggunaannya tergantung dari kadar HbA1c, bila kadarnya tinggi mungkin tidak hanya perlu GLP-1 tetapi juga mungkin memerlukan kombinasi dengan obat lain, misalnya metformin.

Mengapa penurunan berat badan pada penyandang DM tipe 2 ini perlu diperhatikan? “Sebagian besar

penyandang DM tipe 2 mengalami kelebihan berat badan yang tentunya dapat mempengaruhi kerja insulin yang semakin berat. Itu sebabnya untuk memperbaiki kerja insulin diperlukan penurunan berat badan,” tukas dr. Sonny. Mengenai besar dosis liraglutide, dr. Sonny menjelaskan, dosis terapi adalah 1,2 mg. Namun pada awalnya diberikan dosis 0,6 mg kira-kira 10 hari yang gunanya untuk menghindari terjadinya rasa mual

pada pasien.

“Berdasarkan hasil studi, GLP-1 RA merupakan obat ideal setelah metformin sebagai kombinasi kedua, mengingat dapat mengurangi risiko hipoglikemia dan membantu menurunkan berat badan,” jelas Schmidt. Banyak studi yang menyetujui liraglutide digunakan pada kombinasi dengan insulin atau dapat ditambahkan pada *pre-existing* insulin atau sebaliknya, tambahkan

insulin pada pengobatan liraglutide, bila target terapi belum tercapai.

“Penatalaksanaan DM memerlukan diagnosis dan terapi sedini mungkin dengan pemilihan obat yang sudah terbukti terbukti safety dan efikasinya. Perubahan gaya hidup seperti menurunkan berat badan, masih menjadi salah satu kunci agar DM tetap terkontrol,” paparnya lebih lanjut. Namun hanya sekitar 2% pasien yang dapat melakukannya.



NATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

OKTOBER 2015 – APRIL 2016

The 9th National Conference and 14th Annual Scientific Meeting of Indonesian Physical Medicine and Rehabilitation Association (MUKERNAS IX dan PIT XIV PERDOSRI)
7-10 Oktober 2015
Hotel Lombok Raya – Lombok
☎ : 081290037055

Pertemuan Ilmiah Tahunan Perhimpunan Nefrologi Indonesia 2015
15-18 Oktober 2015
Hotel Novotel – Manado
☎ : 0431-826279

Konfer Patologi Klinik VII
21-23 Oktober 2015
Hotel Peninsula Manado
☎ : 085298088573

Atma Jaya Geriatric Meeting 31 Oktober 2015
Auditorium FK Unika Atma Jaya
☎ : 082114505580 / 081293377346
PERDOSKI: Laser & Energy

Based Devices in acne scar and skin rejuvenation
23-25 Oktober 2015
Hotel Novotel Palembang
☎ : 081373475134
3rd Annual Scientific Meeting Indonesia Heart Rhythm Society
23-24 Oktober 2015
Hotel Ritz Carlton Mega Kuningan, Jakarta
☎ : 085921535112

PIT-7 Ilmu Kesehatan Anak IDAI
31 Oktober – 4 November 2015
Surabaya, Jawa Timur
Website : www.idai.or.id

Konfer Orthopaedi & Traumatology ke XII
3 – 7 November 2015
Hotel Novotel Tangerang
☎ : (021) 55752575

KONAS PUSKI ke-10
15-16 November 2015
Hotel Aryaduta Medan, Sumatera Utara

☎ : (021) 7230060

10th Annual Scientific Otolary Meeting (PITO X) 2015
26-28 November 2015
Hotel JW Marriott, Surabaya
☎ : dr Harmita (085249301853)

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

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

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

The 3rd Jakarta Annual Surgical Symposia: Updates on Early Management of Trauma Cases in Daily Practice
29-31 Oktober 2015
Borobudur Hotel, Jakarta & Auditorium Gedung A 8th Floor, RSCM
For registration and further ☎ :
Dr. Maida 0821 1195 6498
Dr. Nisa 0822 1076 5362
Dr. Diana 0812 1964 7204

USG Guided Interventional Management Workshop: Hip and Spine Scanning and Injection Technique
15 November 2015
Siloam Hospitals Lippo Village
☎ : 0813722411990

Paradigma Baru dalam Menghadapi 'Metabolism Disorder'
21 Oktober 2015
Balai Kartini-Jakarta

☎ : 081516161980/081288226297
Clinical Approach for Geriatric Syndrome in Primary Health Care Setting
31 Oktober 2015
Auditorium FK Unika Atma Jaya-Jakarta
☎ : 082114505580/081293377346

The 3rd Scientific Meeting Update in Neurology
25-28 Februari 2016
Hotel Ritz Carlton-Jakarta
☎ : Sekretariat National Brain Hospital, Jl. MT Haryono, Cawang-Jakarta

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

NOVEMBER 2015 - OKTOBER 2016

9th World Congress of the World Society for Pediatric Infectious Diseases (WSPID 2015)
18- 21 November 2015
Rio de Janeiro, Brazil
web ://wspid.kenes.com/

APDW 2015
Asian Pacific Association of Gastroenterology (APAGE)
3-6 Desember 2015
Taipei International Convention Center
Taipei, Taiwan
web: www.apage.org/index.html/

International Conference on Urology and Nephrology (ICUN2015)
18-20 Desember 2015
Guilin, China

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

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

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

18th International Conference on Pediatrics – ICP 2016
25-26 February 2016
London, United Kingdom
web: www.waset.org/conference/2016/02/london/ICP

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

The 11th Asia Pacific Travel Health Congress
2-5 Maret 2016
Kathmandu, Nepal
web://apthc2016.com

NISSAN
Innovation that excites

OCTOBER SUPER PROMO
CUKUP ISI BENSIN SAJA SELAMA 2 TAHUN!

Promo berlaku selama Oktober 2015. Segera kunjungi Dealer Nissan terdekat.

2 Tahun GRATIS ASURANSI*
2 Tahun GRATIS BIAYA SERVIS PERAWATAN BERKALA**
GRATIS CICILAN HINGGA 4x* ATAU BUNGA SPESIAL* MULAI DARI 0,36%

X-TRAIL

*Syarat dan ketentuan berlaku, harga OTR Jabodetabek.
**Berlaku selama 2 tahun atau sampai 40.000 km (mana yang tercapai terlebih dahulu) dan sesuai dengan jadwal penggantian yang tercantum dalam buku jaminan & perawatan resmi Nissan.

www.nissan.co.id

NISSAN FINANCE 14023



Bermalam dengan Para Biksu di Puncak Gunung Paling Keramat di

JEPANG

dr. Ronald Arjadi

Saat menyusun rencana liburan ke Jepang, entah mengapa keinginan untuk merasakan menginap dalam kuil Buddha di puncak gunung Koya begitu kuatnya. Sepertinya ingin merasakan bagaimana tidur di futon yang beralaskan tatami di kamar tradisional Jepang beserta mandi di ofuro akan menjadi kenangan yang tak terlupakan.

Gunung Koya (Koya-san) yang terletak di prefektur Wakayama adalah salah satu gunung paling keramat di Jepang. Tempat yang terdaftar sebagai salah satu UNESCO World Heritage Site ini merupakan pusat agama Buddha aliran Shingon, dan salah satu tempat yang harus dikunjungi minimal sekali seumur hidup. Untuk mencapai tempat ini tidak sulit, dari Osaka tersedia kereta dan lanjut dengan kereta gantung yang akan mengantar ke puncak gunung. Keseluruhan perjalanan ini hanya memakan waktu 2 jam.

Sebagai sebuah tujuan wisata, Koya-san memanjakan pengunjungnya dengan pemandangan pegunungan khas Jepang yang indah, dipadu dengan warisan budaya dari era tahun 800-an. Dari berbagai kuil bersejarah yang ada, salah satunya adalah Garan, kuil pertama yang dahulu dibangun oleh Kobo Daishi sang penyebar agama Buddha di Jepang. Pilihan berikut bisa ke Kongobuji, kuil terbesar yang didirikan oleh tokoh legendaris Toyotomi Hideyoshi untuk mengenang kematian ibunya. Di kuil ini juga terdapat taman batu zen terbesar di Jepang, Banryutei. Tidak itu saja, di sini perjalanan hidup Kobo Daishi yang terlukis dalam barisan fusuma (pintu geser) yang tak



ternilai harganya bisa dipelajari.

Tempat paling suci di kawasan ini adalah Okunoin, sebuah hutan pemakaman dengan lebih dari 200.000 batu nisan, yang menjadi tempat disemayangkannya berbagai tokoh sejarah, seperti Toyotomi Hideyoshi dan Oda Nobunaga.

Di ujung jalan setapak di Okunoin yang membentang hampir 2 kilometer, terdapat tempat peristirahatan akhir Kobo Daishi yang konon tidak meninggal, melainkan sedang menjalani semedi abadi untuk menantikan datangnya Buddha yang kedua. Memberikan penghormatan kepada sang biksu di tempat ini

merupakan puncak ziarah bagi para penganut agama Buddha Shingon di Jepang.

Sepertinya mendatangi Koya-san sekali saja tidaklah cukup. Di musim semi, keindahan bunga Sakura melipatgandakan pesona gunung ini. Di musim gugur, merahnya daun berguguran mewarnai pemandangan yang tak dapat dilupakan. Di musim dingin, salju akan member sentuhan warna putih disertai nuansa khidmat yang amat tenteram.

Bermalam di Kuil

Daerah wisata ini sebenarnya tidak terlalu luas sehingga memungkinkan untuk menjelajahi

semuanya dalam satu hari saja, bahkan dengan berjalan kaki. Namun jangan lupa dicatat di agenda liburan Jepang ini untuk melewatkan minimal satu malam di salah satu kuil yang menawarkan Shukubo (bermalam di kuil).

Shukubo melengkapi kunjungan ke Koya-san menjadi penuh kesan. Bahkan tidak sedikit pengunjung, baik lokal maupun mancanegara, yang sengaja datang ke gunung ini khusus untuk mendapatkan pengalaman menginap tersebut. Selain merasakan tinggal di kuil, pengalaman lain yang sangat berharga juga bisa didapat, seperti tidur di kamar tradisional yang autentik sambil mengenakan yukata dan haori (baju tradisional), melihat keseharian para biksu, mengikuti ibadah pagi dan bercengkrama dengan mereka (tidak sedikit yang ternyata mengerti bahasa Inggris). Nah yang seru lagi, adalah dihidangkannya Shojin Ryori, hidangan khas vegetarian yang hanya dapat ditemukan disini. Semua makanan yang dihidangkan merupakan hasil olahan sayuran, namun memiliki cita rasa sangat lezat dan tidak kalah dengan masakan Indonesia yang kaya rasa.

Di malam hari, dapat dinikmati langit yang bertaburkan bintang sambil kembali ke tempat-tempat yang sudah dikunjungi di siang hari agar mendapatkan sensasi yang berbeda, misalnya Okunoin. Pengalaman unik ini sering dianjurkan oleh sesama pengunjung kuil. Pemakaman tersebut di malam hari tidak terasa angker, namun justru memberikan nuansa damai yang sulit diungkapkan dengan kata-kata. MD