

TABLOID MD

INSIDER'S INSIGHT

Area distribusi tabloid MD:



FOR MEDICAL PROFESSIONALS ONLY

NOVEMBER 2014



5

MD INSIGHT

Satu Jam Bersama
dr. Badriul Hegar,
Ph.D, Sp.A(K)



10

MD UPDATE

Rekomendasi IDAI
tentang Cara Memerah
dan Menyimpan Air Susu
Ibu



11

MD REVIEW

Mengenal Lebih
Jauh Asuransi
Profesi Kedokteran

Strategi *Test and Treat* pada Pasien **HIV-AIDS** di Indonesia



Tanggal 1 Desember diperingati sebagai hari AIDS sedunia. Terkait peringatan ini, ada baiknya kita melihat kembali apa yang sudah dicapai dan ke mana arah penanganan AIDS selanjutnya di negeri tercinta. Indonesia sampai saat ini masih menjadi salah satu negara dengan insidens infeksi baru HIV-AIDS yang terus meningkat. Data GAP Report dari UNAIDS terakhir menunjukkan peningkatan sebesar 47% dibanding tahun 2005 dan saat ini Indonesia berada di peringkat ke-8 dunia penyumbang infeksi baru. Trend ini berlawanan dengan negara-negara Asia Tenggara lain, seperti Thailand, Kamboja dan Myanmar, yang menunjukkan penurunan tingkat

infeksi baru. Laporan yang sama menunjukkan rendahnya cakupan pengobatan antiretroviral untuk ODHA (Orang Dengan HIV-AIDS), hanya berkisar pada angka 8%, sedangkan di Indonesia saat ini diperkirakan ada lebih dari 500 ribu orang yang terinfeksi dan hanya sekitar 140 ribu orang yang terdeteksi (Kemenkes RI, Agustus 2014).

Data di atas menunjukkan buruknya penanganan HIV-AIDS secara umum di Indonesia. Dari perkiraan 500.000 ODHA, cakupan pengobatan kita hanya dapat mengobati 40.000 di antaranya. Ini artinya ada 460.000 ODHA tidak terdeteksi dan tertangani yang dapat menularkan kembali virus tersebut pada orang lain. Prevalensi HIV-AIDS di Indonesia yang saat ini masih di bawah satu persen, dapat dengan mudah berubah menjadi epidemi meluas sebagaimana yang terjadi di tanah Papua (>2% populasi terinfeksi). Keadaan ini tentunya memerlukan peran serta kita dari tenaga kesehatan untuk mampu menjaring sebanyak mungkin ODHA untuk mendapatkan pengobatan. Oleh karena itu, sebagaimana banyak penelitian menunjukkan, pencegahan dan usaha eradikasi HIV-AIDS terbaik adalah dengan memberikan antiretroviral kepada semua individu yang terinfeksi.

Sejalan dengan situasi ini, Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan Permenkes no. 21 tahun 2013 yang lalu mengenai Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Permenkes ini memberikan pendekatan baru dalam usaha untuk menekan laju epidemi HIV-AIDS di Indonesia, dengan mementingkan usaha memeriksa (*test*) dan mengobati (*treat*) semua penderita yang terinfeksi virus HIV.

Berbeda dari pendekatan sebelumnya yang berfokus pada populasi risiko tinggi (penasun, PSK, homoseksual, dan waria) saat ini pemeriksaan HIV juga dianjurkan kepada setiap wanita hamil dan individu dengan tuberkulosis. Pemeriksaan pada populasi tersebut juga disarankan untuk diinisiasi oleh tenaga kesehatan, di mana konseling diberikan setelah hasil diketahui positif dan bukan sebelumnya sebagaimana cara dahulu. Inisiasi pengobatan antiretroviral saat ini disarankan segera dimulai tanpa memandang kadar CD4, tidak seperti sebelumnya yang memulai bila kadar CD4 ≤ 350 sel/ μ L. Diharapkan dengan usaha *test and treat* ini cakupan antiretroviral dapat meningkat dan pada akhirnya laju epidemi HIV-AIDS di Indonesia bisa menurun. **ss**

Efek Samping Amoksisilin yang Terabaikan: Diare dan Kandidiasis

Sebuah publikasi ilmiah di Canadian Medical Association Journal edisi November 2014 menunjukkan temuan menarik seputar penggunaan amoksisilin. Meta-analisis yang dibuat oleh Malcolm Gillies PhD, Anggi Ranakusuma MD, Tammy Hoffmann PhD, dkk bertajuk "*Common harms from amoxicillin: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials for any indication*" menyimpulkan adanya efek samping dari antibiotika amoksisilin dan amoksisilin-asam klavulanat yang ternyata cukup sering, yaitu diare dan kandidiasis.

Meta-analisis menelusuri 730 penelitian dan mendapatkan 25 uji klinis yang dapat digunakan sebagai bahan meta-analisis efek samping. Dari meta-analisis ini didapatkan ternyata amoksisilin-asam klavulanat memberikan risiko efek samping diare dengan OR 3,30 (95%CI 2,23-4,87) dan

memiliki *number needed to harm* 10 (95%CI 6 -17). Selain itu, amoksisilin (dalam bentuk tunggal atau kombinasi dengan asam klavulanat) juga didapatkan memberikan efek samping kandidiasis dengan OR 7,77 (95%CI 2,23 -27,11), dengan *number needed to harm* 27 (95%CI 24 - 42).

Temuan ini cukup menarik mengingat penggunaan kedua jenis antibiotik ini termasuk cukup tinggi. Para peneliti pun menduga kemungkinan besar efek samping yang ada dapat saja lebih tinggi karena selama ini kurang dilaporkan. Oleh karenanya, para peneliti mengingatkan untuk mempertimbangkan penggunaan obat ini dengan lebih baik, mengingat cukup tingginya kemungkinan efek samping yang dapat terjadi.

Pada praktek sehari-hari, tidak dapat dipungkiri penggunaan kedua antibiotik ini cukup banyak untuk pasien rawat jalan. Dalam situasi



rawat jalan tentunya efek samping yang terjadi seringkali tidak dilaporkan oleh pasien, baik karena tidak ingin kontrol lagi, maupun karena tidak dianggap berkaitan dengan pemberian obatnya. Dengan temuan penelitian ini, paling tidak mengingatkan para dokter untuk lebih berhati-hati memilih penggunaan antibiotik dan bila diberikan ada baiknya menginformasikan pasien kemungkinan efek samping ini. **ML**

nb: Naskah lengkap hasil penelitian ini dapat diunduh di <http://www.cmaj.ca/content/early/2014/11/17/cmaj.140848.full.pdf>



Dari Kita
Untuk Indonesia



www.AQUA.com/darikita
#DariKita

Memilih Konsultan

Suatu saat saya mendengarkan pembicaraan beberapa sejawat, tercetus topik yang menarik namun tidak pernah dibahas selama pendidikan kedokteran. Diskusi dimulai ketika komentar sejawat spesialis yang kesal dan berkata, “Mengapa saya lebih jarang mendapat konsul pasien dari dokter jaga dan sejawat spesialis lain, ya?”

Tergelitik komentar itu, akhirnya saya mencoba melakukan survei mini terhadap teman-teman, yaitu 100 sejawat dokter umum yang menjadi dokter jaga di RS dan 100 dokter spesialis. Tentunya ini belum dapat dianggap penelitian ilmiah, namun sekedar potret yang saya temukan... Metodologinya sangat sederhana, yaitu ditanyakan pada sejawat tersebut, apa pertimbangan yang paling utama ketika memilih dokter konsultan. Jawaban terbuka (tidak ada pilihan) dan boleh lebih dari satu alasan... Hasilnya, setelah dikelompokkan ada di tabel 1 dan tabel 2.

Tiga alasan utama dalam memilih dokter konsultan adalah kompetensi, terkenal baik dan ramah, dan mudah dihubungi.

Hal yang menarik, ternyata baik dokter umum maupun dokter spesialis memiliki urutan prioritas alasan yang sama. Tiga hal utama yang paling dominan adalah kompeten, terkenal baik dan ramah, dan mudah dihubungi.

Di antara berbagai jawaban, ada 3 komentar menarik yang mungkin bisa menjadi refleksi kita semua :

“Cukup kompeten, meski tidak perlu terlalu terkenal, tapi yang pasti mau segera datang melihat pasien ketika dikonsul...” -dr.SS (dokter jaga di RS swasta, Tangerang)

“Dapat diajak komunikasi dengan baik dan berbagi ilmunya,” - dr. TF (dokter spesialis, RS Jakarta)

“Baik, dan tidak galak, dalam artian sebagai spesialis mau memaklumi kekurangan dari dokter umum yang kadang melaporkan pasien dengan data tidak lengkap...” - dr.NT (dokter jaga di RS swasta, Jakarta Selatan)

Terlepas dari setuju tidak setuju dengan pendapat di atas, paling tidak ini dapat menjadi bahan refleksi bagi kita semua.... Bila ingin mendapat konsul pasien lebih banyak ... ML



Dokter Umum (n=100)	
Alasan	%
Kompeten	34
Terkenal baik dan ramah	25
Mudah dihubungi	21
Kenal secara personal	20
Informatif dan komunikatif pada pasien	12
Dapat diskusi lebih lanjut	5
Terkenal	4
Lege artis dan tidak materialistis	2

Dokter Spesialis (n=100)	
Alasan	%
Kompeten	56
Terkenal baik dan ramah	31
Mudah dihubungi	21
Kenal secara personal	20
Informatif dan komunikatif pada pasien	12
Dapat diskusi lebih lanjut	5
Terkenal	4
Lege artis dan tidak materialistis	2

Salam

Dalam edisi kali ini, berbagai artikel yang berkaitan dengan praktek sehari-hari kembali kami tampilkan. Artikel medis ilmiah dan yang tidak terlalu ilmiah namun erat dengan dunia medis kami coba ramu kembali dalam proporsi berimbang.

Seperti edisi sebelumnya, kolom MD Insider kami muat berisi sebuah tulisan ringan tentang sisi lain dari praktek kedokteran. Kali ini kami angkat tentang masalah pilihan konsul ke sejawat. Lalu ada pula artikel tentang asuransi profesi dan liputan tentang Yayasan MAIN yang mencoba membantu anak sakit di RS dengan cara lain.

Dari sisi ilmiah, kami angkat beberapa simposium yang menarik yang telah dilakukan. Masalah obesitas, gangguan belajar, restriksi natrium, dan rekomendasi penyimpanan ASI kami sajikan sebagai bacaan penyegar dan penambah ilmu praktis di praktek sehari-hari.

Seperti biasa, kami pun tetap semangat mengundang para sejawat untuk berkontribusi berbagi cerita, pengalaman, dan kritikan dengan mengirim artikel ke alamat kami di info@tabloidmd.com.

Selamat membaca...

Chairperson:

Irene Indriani G., MD

Operation Manager:

Ricka Febriana, STI

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

Marketing/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

Kiriman dari Luar Jakarta

Terima kasih TabloidMD atas kiriman versi digitalnya ke email saya. Menurut saya tabloidnya menarik karena mencakup banyak aspek kedokteran dan tidak melulu masalah ilmiah. Unsur berita dan perspektif berbagai spesialisasi memperkaya pengetahuan saya. Namun saya ingin tanyakan, apakah artikel yang dimuat boleh dari luar Jakarta? Sebab saya perhatikan kebanyakan tulisan berasal dari dokter di Jakarta?

dr. Solahudin Ahmad, MS
Solo, Jawa Tengah

Terima kasih atas tanggapannya. Memang kami mencoba menghadirkan berbagai aspek dunia medis yang tidak melulu ilmiah namun menjadi keseharian para dokter. Untuk artikel sebenarnya tidak ada batasan kiriman dari kota mana. Jadi tidak benar hanya artikel dari Jakarta saja yang dimuat. TabloidMD menerima kiriman tulisan dari mana saja. Selama sesuai dengan

tujuan TabloidMD, yaitu menjadi media komunikasi dan berbagi para dokter, maka dapat kami muat setelah melalui proses editing redaksi.

Kalender Ilmiah

Yth Redaksi TabloidMD, mohon informasinya apakah kami dapat mendaftarkan kegiatan ilmiah (simposium) yang kami adakan dalam kalender kegiatan ilmiah di halaman 15? Mohon informasi prosedurnya.

dr. Agustiawan Tribuana, M.Kes
Denpasar

Kegiatan ilmiah kedokteran yang berskala nasional maupun internasional dapat didaftarkan untuk dimuat di kalender kegiatan. Caranya dengan mengirimkan detail acara ke redaksi TabloidMD dan akan dimuat sesuai urutan waktunya.

Akne Masih Menjadi Tantangan Tersendiri



dr. Sjarif M. Wasitaatmadja,
Sp.KK(K), FINS DV,
FAADV

Akne masih menjadi salah satu masalah kesehatan di Indonesia. Penanganan yang berbeda pun menjadi dilema tersendiri. Itu sebabnya MD Tabloid melakukan wawancara dengan dr. Sjarif M. Wasitaatmadja, SpKK (K), FINS DV, FAADV sebagai salah satu anggota Kelompok Studi Dermatologi Kosmetik Indonesia yang menyusun buku berjudul 'Indonesia Acne Expert Meeting 2012' yang membahas seputar penanganan akne.

T: Mengapa buku ini perlu dibuat/disusun?

Di Indonesia terdapat 13 Institusi Pendidikan Dokter Spesialis Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin yang terletak di berbagai kota besar, yang bertugas mendidik dokter spesialis IKKK untuk mengisi kebutuhan masyarakat akan bidang kesehatan kulit dan kelamin.

Akne merupakan penyakit yang banyak dialami masyarakat, terutama remaja, yang harus ditanggulangi oleh dokter spesialis IKKK maupun dokter umum. Dalam penanggulangannya, kadang terjadi ketidakseragaman antara para dokter baik mengenai klasifikasi, macam atau jenis, gradasi keparahan, terapi topikal maupun sistemik, serta pemilihan tindakan non-invasif maupun invasif terhadap akne atau sekelele sisa penyakitnya, dan lain-lainnya yang cukup mengganggu terutama dalam mengatur alur dan penilaian kompetensi dari setiap dokternya.

Oleh karena itu, Kelompok Studi Dermatologi Kosmetik Indonesia yang merupakan 'think-tank' Pengurus Pusat Perhimpunan Dokter Spesialis Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI) pada tahun 2012 merasa perlu untuk menyelenggarakan Indonesian Acne Expert Meeting di Jakarta dengan mengumpulkan para pakar di bidang tersebut dan secara bersama menyusun pedoman yang seragam dari berbagai hal penyakit ini untuk dapat dijadikan petunjuk yang dapat digunakan oleh para dokter di seluruh Indonesia. Hasil dari meeting tersebut tentu perlu dibukukan agar dapat disebarluaskan kepada para dokter.

T: Berapa besar prevalensi akne di Indonesia?

Menurut berbagai literatur di luar negeri, akne adalah penyakit yang terjadi pada sekitar 80%-90% populasi. Di Indonesia, laporan terakhir menyebutkan, akne merupakan penyakit nomor 2 atau 3 terbanyak yang



membuat penderitanya berkonsultasi dengan dokter, selain penyakit infeksi kulit dan dermatitis.

T: Jenis akne seperti apa yang memerlukan terapi dan klasifikasinya bagaimana?

Ada bermacam jenis akne memerlukan perlakuan yang tidak persis sama atau berbeda sama sekali. Tingkat gradasi keparahan berperan dalam menentukan terapi dan penanggulangannya. Ada beberapa kondisi akne yang memerlukan perhatian khusus, misalnya akne berat, akne pada wanita hamil, akne pada bayi, akne pada Dewasa. Ada beberapa obat yang hanya dapat diberikan dengan pertimbangan teliti, misalnya obat hormonal atau isotretinoin. Ada tindakan yang memerlukan kompetensi khusus dari dokternya untuk memberikan terapi tambahan, misalnya bedah dermabrasi, laser, peeling kimiawi.

T: Bagaimana rekomendasi terapi akne?

Saya gambarkan dalam bentuk bagan agar lebih mudah.

T: Selain buku ini, adakah buku terbaru yang disusun oleh dr. Sjarif?

Ada dua buku, yaitu Buku Dermatologi Kosmetik, Penuntun Ilmu Kosmetik Medik, (BP FKUI Jaqkarta, edisi 2 tahun 2011 dan 2012) dan buku 'Everything About Hair', (BP FKUI Jakarta, edisi 1 tahun 2014). MD

**Bagan Rekomendasi Terapi Akne
Indonesia Acne Expert Meeting
Jakarta 22 November 2012**

GRADE THERAPY	MILD	MODERATE	SEVERE
1 ST LINE TOPICAL	RA, K	RA, BPO, AB	RA, BPO, AB
1 ST LINE ORAL	-	DOX, E, AB	DOX, E, AB
2 ND LINE TOPICAL	AA	AA, AS	AA, TIL, AS
2 ND LINE ORAL	-	OAB	F: AAN M: ISOT
3 RD LINE TOPICAL	RA+BPO, AB	RA+BPO, AB	RA+BPO, AB
3 RD LINE ORAL	-	AB	F: ISOT
AJUVAANT	KIE, SC, SP, K LKF PPX, O AO, LL	KIE, SC, SP, K LKF PPX, O AO, LL	KIE, SC, SP, K LKF PPX, O AO, LL
MAINTENANCE	KIE, SC, RA 0.01- 0.025%, PPX	KIE, SC, RA 0.01- 0.025%, PPX	KIE, SC, RA 0.01- 0.025%, PPX
KHUSUS A FULM			GCS, CSS

RA: Retinoid Acid, AA: Azelaic Acid, AB: Anti Biotic, OAB: Other AB, BPO: Benzoyl Peroxide, TIL: Triamcinolon Intra Lesi, ISOT: Isotretinoin Oral, K: Keratolytic, F: Female, M: Male, SC: Skin Care, SP: Skin Peeling, LL: Light Laser, GCS: Glucocorticoid Systemic, CSS: Corticosteroid Systemic, KIE: Komunikasi Informasi, Edukasi, A: Fulm: Akne Fulminan, AAN: Anti Androgen, LKF: Lolo Kumerfeldt, OAO: Oral Anti Oxidant, PPX: Papulex (ABA, Nicotinamide, Zinc PCA).

Love Your Skin

**Seimbang dengan
The Power of 3
Kulit Bebas Jerawat!**

Mengenali Gangguan Belajar pada Anak

dr. Dharmawan A. Purnama, Sp.KJ

Psikiater

Smart Mind Centre Clinic, Jakarta

email : dharmawan@purnama.de

Kepandaian seseorang didapat dari proses belajar yang merupakan sebuah proses berkesinambungan. Proses belajar sudah dimulai sejak bayi lahir agar dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan dunia. Proses tersebut berlanjut hingga usia sekolah saat proses pembelajaran formal mulai diterapkan. Anak juga akan terus belajar untuk hidup dan seumur hidupnya.

Pembelajaran formal di sekolah dimulai saat usia enam tahun, saat anak memasuki Sekolah Dasar. Sesuai dengan perkembangan jiwa anak, menurut teori perkembangan psikososial Erik Erikson, pada usia 6-12 tahun anak dalam fase industri, artinya anak terdorong untuk menghasilkan sesuatu, ingin berprestasi, baik di sekolah maupun di rumah. Bila anak tidak diberi kesempatan untuk berprestasi maka akan timbul rasa rendah diri. Pada saat ini, anak harus dirangsang dan dikembangkan rasa cinta akan belajar, kebiasaan-kebiasaan belajar yang baik, dan rasa percaya diri sebagai pelajar yang sukses. Masalahnya, proses tersebut tak selalu berjalan mulus. Gangguan belajar adalah gangguan yang banyak dikeluhkan orang tua.

Kesulitan belajar anak dengan kemampuan rata-rata atau di atas rata-rata memiliki ketidakmampuan atau kegagalan dalam belajar yang berkaitan dengan hambatan dalam proses persepsi, konseptualisasi, berbahasa, memori, serta pemusatan perhatian, penguasaan diri, dan fungsi integrasi sensori-motor. Berdasarkan pandangan ini maka masalah kesulitan belajar adalah suatu kondisi multidimensional yang bermanifestasi sebagai kesulitan belajar spesifik, hiperaktivitas, dan masalah emosional.

Gangguan atau kesulitan belajar yang tidak ditangani dengan baik akan menimbulkan berbagai gangguan emosional/psikiatri yang akan berdampak buruk bagi perkembangan anak dan kualitas hidup anak di masa depan. Untuk itu perlu deteksi dini yang melibatkan semua pihak.

Tiga faktor untuk proses belajar yang optimal:

1. Kematangan dan keutuhan struktur-struktur organ seseorang, termasuk otak, alat persepsi, sistem motorik, juga faktor genetik.
2. Stimulasi yang optimal dan berkesinambungan dari lingkungan, yaitu orang tua yang mendorong/memotivasi anak, lingkungan sekolah, guru, sarana yang baik, kurikulum yang baik.
3. Peran aktif anak untuk mengolah informasi yang diterima dari lingkungannya, yaitu motivasi dan minat belajar yang tinggi dari anak.

Jadi proses belajar tidak hanya dipengaruhi oleh faktor yang ada dalam diri anak tetapi juga banyak faktor eksternal lainnya. Adanya gangguan pada ketiga faktor tersebut dapat menimbulkan banyak kesulitan belajar pada anak.

Gangguan Belajar Pada Anak dikaitkan dengan:



1. Gangguan Fisik

- Gangguan sistem saraf pusat/otak
- Gangguan organ pendengaran/penglihatan
- Gangguan fisik umum lain, misalnya infeksi, trauma kepala (otak), gangguan metabolik, penyakit bawaan seperti epilepsi, gangguan hormonal, dan lain-lain.

2. Gangguan Psikiatri

- **Gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas.** Akibat adanya kelainan fungsi inhibisi perilaku dan kontrol diri. Anak tidak mampu berkonsentrasi pada satu pekerjaan tertentu dan merencanakan tujuan dari pekerjaan tersebut. Karenanya anak mengalami kesulitan dalam menyimak pelajaran dan sulit mengerti apa yang diterangkan guru.
- **Gangguan tingkah laku.** Anak sering bolos, malas, motivasi belajar kurang, tidak disiplin, dan lain-lain. Anak sering dikatakan sebagai anak nakal dan berperilaku antisosial.
- **Gangguan depresi.** Memerlihatkan penurunan kreativitas, inisiatif, dan motivasi belajar. Bisa juga menunjukkan pola perilaku menjadi lebih agresif, mudah tersinggung dan marah.

Hal yang sama

Jenis Kesulitan Belajar (Gangguan Perkembangan Spesifik)

1. Gangguan Perkembangan Wicara dan Berbahasa

Problem ini seringkali menjadi indikator awal adanya kesulitan belajar pada anak. Gangguan berbahasa pada usia balita dapat

berupa keterlambatan komunikasi verbal dan non-verbal. Secara umum dapat dikatakan, bila anak berusia dua tahun belum dapat mengatakan dua kalimat berarti anak mengalami keterlambatan perkembangan wicara dan berbahasa. Anak dengan gangguan perkembangan wicara dan berbahasa biasanya mengalami kesulitan dalam:

- Memproduksi suara huruf/kata tertentu
- Menggunakan bahasa verbal/tutur dalam berkomunikasi, tetapi pemahaman bahasanya baik. Biasanya orang tua mengeluhkan anak mengerti apa yang mereka ucapkan tetapi anak belum bisa berbicara.

- Memahami bahasa verbal yang dikemukakan orang lain. Anak hanya dapat meniru kata-kata tanpa mengerti artinya (membeo).

2. Gangguan Kemampuan Akademik

a. Gangguan membaca. Membaca adalah dasar utama mempelajari bidang lain. Proses ini adalah proses kompleks dan melibatkan kedua belahan otak. Dua sampai delapan persen anak usia sekolah mengalami gangguan ini. Di Indonesia 9,56% siswa SD kelas I-VI mengalami gangguan membaca.

Gangguan membaca menunjukkan:

1. Inakurasi dalam membaca, seperti:

- Membaca lambat, intonasi suara turun naik tak teratur
- Terbalik mengenali huruf dan kata, misalnya: kuda & daku, palu & lupa, huruf b & d, p & q
- Bingung pada kata yang sedikit perbedaannya, misalnya: bau dengan buah, batu dengan buta.
- Sering mengulangi dan menebak kata-kata/frase

2. Pemahaman yang buruk dalam membaca, yaitu anak tidak mengerti isi cerita yang dibacanya.

b. Gangguan Menulis Ekspresif. Ditandai oleh ketidakmampuan anak untuk membuat komposisi tulisan dalam bentuk teks, dan keadaan ini tidak sesuai dengan tingkat perkembangan anak seusianya. Anak sering salah mengeja kata-kata, salah tata bahasa, salah tanda baca, paragraf, dan tulisan tangan yang sangat buruk. Juga ada kemiskinan tema dalam karangannya.

c. Gangguan Berhitung. Adalah suatu gangguan perkembangan kemampuan aritmetika atau keterampilan matematika yang jelas mempengaruhi prestasi akademiknya atau kehidupan sehari-hari anak. Gejala yang ditampilkan antara lain, yaitu kesulitan mempelajari nama angka, kesulitan mengikuti alur hitung, kesulitan mengerti konsep kombinasi dan separasi, inakurasi dalam komputasi, selalu membuat kesalahan hitungan yang sama, dan kesulitan membedakan tanda hitung (- ; + ; [:] ; x).

... bersambung ke halaman 5

WASPADA BILA ANAK ...

- mempunyai daya ingat yang buruk
 - sulit mempelajari keterampilan baru
 - sangat aktif dan atau sulit berkonsentrasi pada suatu tugas/kegiatan (konsentrasi mudah beralih)
 - impulsif (bertindak tanpa dipikir dahulu)
 - sering melakukan pelanggaran
 - tidak bertanggung jawab pada kewajibannya
 - tidak mampu merencanakan kegiatan sehari-hari
 - munculnya problem emosional (menarik diri, pemurung, mudah tersinggung, acuh tak acuh terhadap lingkungan sekitarnya)
 - menolak bersekolah
 - berbagai manifestasi kesulitan membaca, menulis, berhitung
 - ketidakstabilan motorik seperti memegang pensil/bolpen
- Jika orang tua atau guru menemukan beberapa gejala tersebut, sebaiknya dilakukan evaluasi oleh tenaga profesional, seperti dokter, psikiater, dan psikolog.

Satu Jam Bersama dr. Badriul Hegar, Ph.D, Sp.A(K)

Bila kita membahas masalah kesehatan anak di Indonesia, nama Dr. Badriul Hegar, Ph.D, Sp.A(K) pasti bukan sosok yang asing lagi. Dokter anak konsultan gastroenterologi anak ini baru saja menyelesaikan masa jabatannya sebagai Ketua Pengurus Pusat Ikatan Dokter Anak Indonesia, yang diemban selama dua periode berturut-turut, yaitu periode tahun 2008-2011 dan 2011-2013. Berikut ini rangkuman obrolan santai Tabloid MD bersama dokter yang akrab disapa dengan panggilan Dr.Hegar.

T: Bagaimana pendapat dokter tentang sebuah kemitraan pada organisasi profesi kedokteran

J: Kolaborasi atau kemitraan adalah kita mencari seseorang atau organisasi atau institusi yang memerlukan kita sebesar kita memerlukan mereka untuk satu tujuan yang sama. Mengapa mitra mau berkolaborasi dengan kita, apakah realistis, dan *outcome* apa yang akan dihasilkan dalam kolaborasi tersebut, harus menjadi awal pertanyaan yang perlu dijawab.

Saat ini tidak ada satu pun instansi atau organisasi yang mempunyai semua talenta dan sumber untuk memecahkan masalah kesehatan anak di Indonesia. Oleh karena itu organisasi, institusi, maupun lembaga terkait sudah sepatutnya berkolaborasi untuk saling melengkapi, agar program yang sulit menjadi lebih mudah, aksi yang tidak mungkin menjadi lebih mudah dilaksanakan. Kolaborasi atau kemitraan dari sebuah organisasi profesi dapat dilakukan dengan pemerintah, organisasi sosial masyarakat, termasuk dengan pihak swasta.

Kemitraan yang dibangun untuk kepentingan masyarakat dan ilmu pengetahuan, baik itu diberikan langsung kepada masyarakat maupun melalui penguatan sumber daya seperti peningkatan kemampuan SDM pemberi pelayanan kesehatan, ataupun melengkapi data melalui penelitian.

Oleh karena profesi dokter maupun organisasi profesi kedokteran sangat lekat dengan etika profesi kedokteran, maka kolaborasi atau kemitraan yang dibangun pun harus memperhatikan kaidah tersebut, khususnya dengan pihak swasta yang sarat dengan promosi produk.

IDAI melihat promosi produk sebagai bagian dari sebuah kemitraan sudah saatnya perlu ditata, maka pada tahun 2010 IDAI mengeluarkan 'Pedoman Bermitra Ikatan Dokter Anak Indonesia' yang menyantumkan hal yang boleh dan tidak boleh dilakukan dalam bermitra dengan IDAI. Anggota maupun mitra memahami bahwa keberadaan pedoman ini, bukanlah untuk menghambat kegiatan tetapi justru mengawal



semua pihak terkait, agar tetap pada alurnya.

Salah satu yang ditata adalah tidak ada tampilan produk mitra dan hal lain yang bersifat promosi produk di dalam ruang acara ilmiah. Terasa kurang etik dan elegan saat peserta acara ilmiah mendengar presentasi pembicara, disekitarnya atau di layar presentasi terpampang promosi produk mitra. Hal ini dapat menimbulkan bias. Sebenarnya tidak ada yang salah dengan kemitraan dalam sebuah organisasi profesi, bila ada lebih kepada implementasinya yang kurang tepat. Hal itulah yang perlu dibetulkan, tetapi bukan melarang kolaborasi. Kolaborasi yang baik adalah berlandaskan kepercayaan dan saling menghormati. Sebuah lembaga kesehatan dunia memberikan apresiasi terhadap upaya yang telah dilakukan oleh IDAI dalam menata kemitraan ini.

T: Bagaimana pendapat dokter tentang upaya pemerataan pelayanan kesehatan anak di Indonesia ?

J: Pelayanan kesehatan oleh dokter atau dokter spesialis anak dapat dikatakan belum merata. Dokter spesialis anak dan dokter umum perlu tersebar, sehingga dekat dengan masyarakat. Keterbatasan dokter spesialis anak saat ini harus diisi oleh dokter umum. Dokter umum harus diberdayakan, karena ilmu dan keterampilan yang telah dibekali selama masa pendidikan harus segera diimplementasikan di masyarakat. Keberadaan BPJS dan Kartu Indonesia Sehat merupakan terobosan baik untuk mendekatkan masyarakat dengan pelayanan kesehatan. Upaya tersebut perlu didukung dengan keberadaan dokter dengan keilmuan dan keterampilan terstandar di wilayah yang terjangkau oleh mereka pula.

Regulasi saat ini, membolehkan seorang

dokter menentukan sendiri dimana dia akan bekerja setelah lulus, karena umumnya mereka bukan pegawai negeri, sehingga sangat wajar bila sebagian besar akan memenuhi kota-kota besar. Meskipun sebagian besar dokter spesialis membiayai pendidikannya sendiri, tetapi kondisi tingkat kesehatan saat ini, mengharuskan pendistribusian dokter spesialis anak dan dokter umum di wilayah Indonesia, minimal untuk jangka waktu tertentu. Oleh karena itu regulasi tetap harus disediakan. Saya yakin para dokter anak yang baru lulus bersedia ditempatkan di wilayah Indonesia, sejauh infrastruktur dan sistem di wilayah tersebut laik untuk seorang dokter mengabdikan diri sesuai kompetensinya.

T: Sejauh mana peran serta organisasi profesi terhadap pelayanan kesehatan masyarakat?

J: Keberadaan dokter dalam arti ilmu dan keterampilannya sangat diperlukan oleh masyarakat. Oleh karena itu, institusi pendidikan dokter dan dokter spesialis berkewajiban membekali ilmu dan keterampilan sesuai standar kompetensi sehingga menghasilkan lulusan yang siap pakai di masyarakat.

Institusi pendidikan harus memberikan lahan dan sarana yang cukup untuk para mahasiswa dan peserta program dokter spesialis menggali ilmu dan keterampilan sebanyak-banyaknya. Bila diperlukan pengembangan rumah sakit jejaring untuk pendidikan mereka harus ditingkatkan. Dokter pembimbing di rumah sakit jejaring pun perlu terstandar pula, baik ilmu dan keterampilan sehingga keberadaannya memang sebagai perpanjangan tangan institusi dan rumah sakit pendidikan.

Organisasi profesi melalui kolegiumnya mungkin dapat mengkaji kembali implementasi kurikulumnya, apakah sudah terpenuhi atau perlu penyesuaian, sehingga lulusannya sesuai dengan yang diharapkan.

T: Sejauh mana keberhasilan menyusui di Indonesia ?

J: IDAI sangat peduli. Keberhasilan ASI di Indonesia bila dibandingkan beberapa tahun lalu, sangat tidak terlepas dari kegigihan teman-teman yang sangat peduli terhadap ASI, termasuk teman-teman dari lembaga sosial masyarakat peduli ASI. Begitu juga tidak terlepas dari rasa ingin tahu yang makin besar dari masyarakat sendiri. Tenaga kesehatan, khususnya dokter anak dan lembaga sosial masyarakat harus saling mengisi dan melengkapi dalam mensosialisasikan ASI kepada masyarakat.

Pendekatan yang dilakukan saat ini mungkin berbeda dengan beberapa tahun lalu.

Waktu itu lebih diutamakan meningkatkan kepedulian secara umum tentang keunggulan ASI dan mengapa harus menyusui. Yang penting masyarakat peduli dan memahami dulu. Saat ini, hal tersebut tidak cukup, masyarakat makin pandai, sehingga pendekatan pun harus melalui paparan bukti ilmiah dan cara ini terbukti cukup efektif. Saya yakin saat ini, 100% ibu yang melahirkan ingin memberikan ASI untuk bayinya. Memang dalam perjalanan selanjutnya tidak semua dapat memberikan secara eksklusif, banyak faktor. Saat ini, sekitar 45% bayi mendapat ASI eksklusif sampai usia 6 bulan. Angka yang belum memuaskan tetapi suatu pencapaian yang sangat fantastik bila dibanding 5-7 tahun lalu sekitar 15-17%.

T: Bagaimana jaringan kerjasama IDAI dengan organisasi dokter anak di tingkat internasional

J: Pada tahun 2011, IDAI menandatangani kolaborasi dalam pengembangan organisasi dan ilmiah dengan *American Academic of Pediatric (AAP)*, organisasi dokter anak Amerika. AAP sangat kuat di kedua hal tersebut. Satu pengalaman menarik yang memperlihatkan satu kerjasama dibangun berdasarkan saling membutuhkan dan menghormati. Satu waktu, AAP diminta datang ke Indonesia oleh sebuah lembaga kesehatan dunia untuk membantu programnya yang sedang dikembangkan di Indonesia. AAP tidak serta merta menerima, tetapi menghubungi, meminta pendapat, dan persetujuan IDAI tentang keperluan keberadaan mereka dalam program tersebut. Tampaknya sederhana, tetapi bila dikaji lebih mendalam, tidak berlebihan bahwa mereka sangat menghargai IDAI dan kerjasama yang ada.

T: Bagaimana pendapat dokter bagaimana sebuah organisasi dapat menjadi besar ?

J: Saya mengenal IDAI saat IDAI sudah menjadi organisasi yang besar dan tentunya hal tersebut tidak terlepas dari peran para pendahulu yang sangat peduli dengan organisasi IDAI. Saya sangat menghormati dan menghargai mereka. Setelah saya banyak belajar di IDAI, dapat disimpulkan bahwa sistem terstruktur perlu dimiliki dan menjadi dasar dari sebuah organisasi untuk menjadi besar dan kuat. Diperlukan Rencana Strategis (Renstra) organisasi yang mudah dipahami, spesifik, terukur, rasional untuk diimplementasi, dan mempunyai kurun waktu capaian. Renstra merupakan acuan oleh pengurus saat merancang strategi dan aksi. Dengan demikian meskipun ketua berganti tidak akan mengubah sistem sehingga pelaksanaan program pun dapat berkelanjutan. MD

... sambungan dari halaman 4

Anak yang mengalami gangguan belajar akan mengalami penurunan kualitas hidup, mengganggu perkembangan dan masa depan sumber daya yang berkualitas. Oleh sebab itu sangat perlu intervensi segera untuk membantu anak dan keluarga dalam mengatasi gangguan/kesulitan belajar yang muncul.

Penatalaksanaan kesulitan belajar ini dapat dilakukan di bidang medis (kedokteran jiwa) dan bidang pendidikan. Terapi di bidang medis menggunakan obat sesuai gejala (misalnya antidepresan, antiepilepsi), terapi perilaku (pemberian *reward* jika anak berperilaku baik

dan *punishment* jika anak berperilaku buruk), psikoterapi suportif pada anak dan orangtua, psikoedukasi orang tua dan guru. Penatalaksanaan di bidang pendidikan, contohnya terapi remedial, pelatihan keterampilan sosial bagi anak, meningkatkan peran orang tua dalam membantu anak dengan gangguan belajar, komunikasi yang baik dengan guru kelas, mencari bantuan profesional, mencari guru remedial bagi anaknya, mengatasi masalah pada diri orang tua sendiri yang dapat berpengaruh negatif bagi anak (mencela, komentar negatif, emosi tinggi, dan lain-lain), meluangkan waktu lebih bagi anak (mengajak anak belajar sambil bermain,

DAMPAK

Jika tidak ditangani, kesulitan belajar akan menimbulkan berbagai dampak, yaitu :

- Mengganggu perkembangan anak. Interaksi anak dengan lingkungannya menurun. Anak menarik diri, sulit bermain dengan anak sebayanya tetapi lebih suka main dengan anak yang usianya lebih muda dengan mereka. Hal ini bisa menyebabkan gangguan mental emosional anak, yaitu penurunan rasa percaya diri hingga depresi.
- Mengganggu sistem keluarga. Keadaan anak ini membuat kedua orang tua saling menyalahkan sehingga timbul disharmoni marital.

berkomunikasi efektif antara orang tua dan anak).

Dengan deteksi dan penanganan dini oleh orang tua, guru dan tenaga profesional, maka

anak dapat kembali berprestasi di sekolah dan menjadi sumber daya manusia yang tangguh di masa depan. MD

Tingkatkan Status Hidrasi pada Anak



Kecukupan asupan air pada anak agak sulit terdeteksi padahal anak rentan mengalami dehidrasi karena memiliki permukaan tubuh yang lebih luas dibandingkan orang dewasa. Selain itu, mekanisme haus pada anak juga belum sempurna. Mengingat begitu pentingnya mencukupi kebutuhan air pada anak, PT Tirta Investama meluncurkan *Urine Color Chart* (UCC) for Kids yaitu cara mengetahui tingkat hidrasi anak dengan mendeteksi warna urin yang mudah dan praktis. Nantinya di Indonesia, *UCC for Kids* ini akan disosialisasikan dengan istilah 'PURI EMAS' (Periksa Urin sendiri yang Efektif Mudah Akurat dan Sederhana).

Tabel PURI EMAS ini diluncurkan setelah melakukan penelitian kualitatif yang melibatkan 83 anak (laki-laki dan perempuan,

kisaran usia 6-11 tahun), dan dilanjutkan dengan penelitian kuantitatif yang melibatkan 1231 anak (laki-laki dan perempuan, kisaran usia 6-11 tahun) di tiga negara (Meksiko, Perancis, dan Indonesia). Penelitian tersebut bertujuan untuk menilai apa yang mudah dipahami anak, apa yang harus diperbaiki dan format yang dipahami anak.

"Sesuai dengan *THIRST study* (2010),

sekitar 51% remaja Indonesia mengalami dehidrasi ringan. Dehidrasi ini berkaitan dengan penurunan fokus dan konsentrasi," tukas dr. Pradono Handojo, MHA selaku Health Marketing Director PT. Tirta Investama. Dengan PURI EMAS ini status hidrasi pada anak akan lebih mudah dinilai dan tidak perlu pergi ke laboratorium. Caranya tampung urin dalam wadah di siang hari sebelum makan siang. Kemudian perhatikan dan bandingkan warna urin tersebut dengan tabel PURI EMAS, di bawah sinar matahari atau lampu neon.

Cairan pada Anak

Selanjutnya, dr. Sudung O Pardede, SpA (K) menjelaskan, "Kebutuhan air pada anak lebih besar dibandingkan dengan orang dewasa karena persentase air pada tubuh anak dan berbeda. Komposisi air pada janin sebesar 90%, bayi normal sekitar 70-75%, remaja sebesar 55-60%, dan pada orang dewasa sebesar 50-60% dari berat badan." Faktor penyebab perbedaan tersebut meliputi luas permukaan tubuh anak juga relatif lebih besar sehingga air yang hilang melalui kulit juga lebih banyak, fungsi konsentrasi air kemih

oleh ginjal juga belum sempurna dan frekuensi nafas anak jauh lebih cepat.

Secara garis besar, kebutuhan air anak per hari seperti dalam tabel.

Kebutuhan air per hari berdasarkan rumus Holliday dan Segar:

- anak dengan berat badan < 10 kg = 100 mL/kgBB
- anak dengan berat badan 10-20 kg = 1000 mL + 50 mL untuk setiap kg kenaikan berat badan > 10 kg
- anak dengan BB > 20 kg = 1500 mL + 20 mL untuk setiap kg kenaikan berat badan > 20 kg

Kebutuhan air per hari berdasarkan LPB = 1.500 mL/m² LPB dan kebutuhan air per hari berdasarkan jumlah cairan yang dikeluarkan tubuh = jumlah urin + *insensible water loss* (IWL).

"Kehilangan cairan lebih dari 1,5% berat badan pada anak dapat menyebabkan dehidrasi dengan gejala antara lain penurunan performa fisik, iritabel, gangguan termoregulasi, syok hipovolemia, kejang, kesadaran menurun," tukasnya lebih lanjut. MD

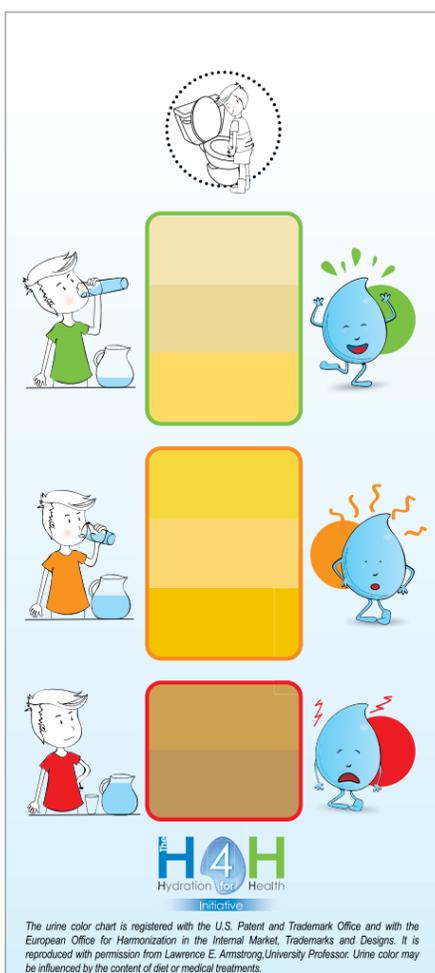
Usia (tahun)	Kebutuhan air per hari (Liter)	Kebutuhan air per hari (gelas)
1-3	1,1	4
4-6	1,4	6
7-9	1,6	6
10-12 (laki-laki)	1,8	7
10-12 (perempuan)	1,9	8

MD PRACTICE

Mengenal Rekomendasi Imunisasi dewasa

Imunisasi saat ini masih dianggap sebagai porsi anak kecil, orang dewasa jarang memikirkan apakah dirinya memerlukan imunisasi atau tidak. Padahal imunisasi merupakan tindakan preventif yang tidak mengenal batasan usia, bahkan beberapa khusus dikembangkan untuk populasi dewasa oleh karena risiko terinfeksi yang lebih tinggi. Berikut adalah beberapa rekomendasi imunisasi yang dapat diberikan kepada pasien dewasa sesuai dengan panduan dari Satgas Imunisasi Dewasa PAPDI tahun 2013.

- Influenza, diberikan setahun sekali
- Tetanus, Difteri, Pertusis (TDaP), dosis primer 3 kali dan booster tiap 10 tahun
- Varicella zooster, dua kali pemberian
- *Human Papilloma Virus*, tiga kali pemberian untuk laki-laki dan perempuan
- Herpes Zooster, sekali pemberian di atas 60 tahun
- Measles, Mumps, Rubella (MMR), satu atau dua kali pemberian
- Hepatitis A, dua kali pemberian
- Hepatitis B, tiga kali pemberian
- Demam tifoid, satu kali setiap 3 tahun
- Pneumokokal polisakarida, 1 dosis setelah usia 60 tahun
- Pneumokokal konjugat, 1 dosis setelah usia 50 tahun
- Meningokokal, untuk haji
- *Yellow fever*, bila bepergian ke negara tertentu ss



The urine color chart is registered with the U.S. Patent and Trademark Office and with the European Office for Harmonization in the Internal Market, Trademarks and Designs. It is reproduced with permission from Lawrence E. Armstrong University Professor. Urine color may be influenced by the content of diet or medical treatments.

Peran IHWG

Indonesian Hydration Working Group (IHWG) didirikan tahun 2012 dan memiliki aktivitas sesuai dengan Tri Dharma Perguruan Tinggi yang mencakup bidang pendidikan, penelitian dan layanan kesehatan. Hal ini dijelaskan oleh Dr. dr. Saptawati Bardosono, MSc. "PURI EMAS ini merupakan salah satu bentuk komitmen IHWG untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya asupan cairan dan status hidrasi bagi kesehatan," tukas Ketua IHWG ini.

Penelitian pun sudah banyak dilakukan. Antara lain, 'Fluid Intake Survey Indonesia' (FISINA, 2012) yang dilakukan pada 300 remaja sehat berusia 16-18 tahun dan 300 orang dewasa sehat usia 19-64 tahun di Jakarta. Asupan cairan harian dicatat selama 7 hari berturut-turut dibandingkan dengan pencatatan asupan cairan dari makanan-minuman selama 3 hari dan *recall* 24 jam. Hasilnya, asupan cairan masih kurang dari anjuran kecukupan gizi.

Penelitian lainnya adalah 'Fluid and Nutrients Intake Study of Indonesian Pregnant and Lactating Women' yang dilakukan di Jakarta, Yogyakarta dan Surabaya, 2014. Hasilnya menunjukkan, dari hari ke hari, rata-rata kecukupan hidrasi belum tercapai. Asupan cairan pada ibu hamil seharusnya sekitar 2600 ml, dan hasilnya belum mencapai asupan yang dianjurkan. Di Yogyakarta hasilnya rendah. Sekitar lebih dari 50% ibu hamil kekurangan cairan saat laktasi di semua kota. Dilihat dari persepsi, mereka merasa cukup dengan asupan air namun sebenarnya hanya 20% saja yang cukup. Saat ditanyakan siapa sebaiknya yang melakukan penjelasan pentingnya asupan air ini, sekitar lebih dari 45% menjawab tenaga kesehatan, terutama dokter.

Penelitian ke-3 yang akan dilakukan adalah 'Fluid Intake Survey in Kids' (FIS-Anak) 2014 dengan melibatkan 300 anak di Jakarta dan 300 anak di Kupang yang akan mengukur asupan cairan dan perilaku minum.

Kombinasi Obat dan Penilaian pada Nyeri

Sekitar akhir September 2014 lalu PERDOSSI menggelar Pertemuan Ilmiah Regional XXVI 2014 di Yogyakarta. Pertemuan ini mengundang tiga pembicara yaitu Prof.dr. Aznan Lelo, PhD, Sp.FK; dr.Yudiyanta, Sp.S (K); dan Prof.Dr.dr. Suroto, Sp.S (K). Hadir sebagai moderator adalah dr.R.B Wirawan, Sp.S (K).

Peran Kombinasi Diklofenak, Vitamin B1, B6, dan B12 pada Tata Laksana Nyeri

Prof. dr. Aznan Lelo, PhD, Sp.FK

Departemen Farmakologi dan Terapeutik, Fak. Kedokteran, Univ. Sumatera Utara, Medan

Terapi awal dengan analgetik kadang belum mampu mengendalikan nyeri secara tuntas. Obat anti inflamasi non steroid (OAINS) seringkali menjadi obat pilihan pertama untuk mengatasi nyeri akibat inflamasi tingkat rendah hingga sedang. Namun penggunaan OAINS perlu dibatasi mengingat efek samping terhadap berbagai organ, misal saluran cerna, jantung, dan ginjal.

OAINS bekerja menghambat aktivitas *cyclooxygenase* (COX) untuk mensintesis prostaglandin di perifer dan sentral (medulla spinalis dan cornu dorsalis). Manfaat diklofenak sebagai OAINS adalah analgetik dan antiinflamasi yang poten. Dibandingkan dengan penghambat

COX lainnya, diklofenak berperan nyata menanggulangi nyeri dengan mula kerja cepat dan menghambat semua isozim COX-1, COX-2, dan COX-3. Namun, diklofenak juga memiliki mekanisme lain, yaitu menghambat kanal H+ di saraf sensoris, meningkatkan kadar kynurenate (antagonis endogen terhadap reseptor NMDA), stimulasi kanal nitric oxide-c GMP-K+, dan mengaktifkan metformin dan *phenformin-dependent mechanism* (Ponce-Monter dkk, 2012).

Uji klinik manfaat injeksi intramuskular vitamin B12 dilakukan pada 60 pasien dengan nyeri pinggang iritatif dan mekanik dengan nilai VAS \geq 60 mm. Pasca pengobatan ditemukan perbedaan signifikan

($p < 0,001$) antara kelompok yang mendapat B12 dalam hal penurunan intensitas nyeri, perbaikan kualitas hidup, dan kebutuhan analgetik parasetamol. Meta analisis khasiat klinis vitamin B12 oleh Sun dkk (2005) juga membuktikan manfaat terhadap nyeri dan parestesi pada pasien diabetik neuropati. Uji klinis lainnya dilakukan Peters dkk (2006), membuktikan perbaikan keluhan dan gejala polineuropati alkoholik pada kelompok yang mendapatkan kombinasi vitamin B1, B2, B6, dan B12 yang diberikan tiga kali sehari per oral selama 12 minggu.

Vitamin B juga bermanfaat meningkatkan khasiat analgetik diklofenak dari jalur lain. Pemberian gabungan vitamin B dan diklofenak akan mengurangi dosis sediaan ini, tanpa mengurangi khasiat analgetiknya. Makhova dkk (2011) membuktikan, penambahan sediaan tablet gabungan vitamin B (Nicotinoyl *Gamma-Aminobutyric Acid* 50 mg; vitamin B1 25 mg; vitamin B2 25 mg; vitamin B3 25 mg; vitamin B5 25 mg; vitamin B9 50 mcg, dan vitamin B12



25 mcg) akan meningkatkan kadar puncak diklofenak.

Namun OAINS sebagai analgetik memiliki keterbatasan, dan karena itu untuk meningkatkan khasiatnya selalu digabungkan dengan analgetika lain, yang ternyata juga memiliki keterbatasan terkait keamanan masing-masing sediaan. Pertimbangan keamanan menempatkan vitamin B sebagai analgetik ajuvan dan menjadi pilihan untuk digabungkan dengan OAINS.

Vitamin neurotropik (vit B1, B6,

dan B12) terbukti memiliki khasiat analgetika. Kombinasi vitamin B ini meningkatkan khasiat analgetik diklofenak melalui beberapa mekanisme, yaitu menekan sitokin *pro-inflammatory* (IL-6 dan TNF-a), menekan kanal natrium diikuti dengan hambatan hipereksibilitas saraf secara *dose dependent* dan diperantarai melalui pembebasan opioid endogen. Selain itu kombinasi vitamin B dapat menghambat metabolisme diklofenak sehingga kadarnya dalam darah akan meningkat.

Pendekatan Diagnostik Servikospondilomiopati

dr. Yudiyanta, Sp.S (K)

Departemen Neurologi - RSUP Sardjito, Fak. Kedokteran Univ. Gajah Mada, Yogyakarta

Salah satu lokasi nyeri tersering (40%) adalah punggung dan salah satu penyebabnya adalah servikospondilomiopati (*cervical spondylotic myelopathy/CSM*). CSM ini

merujuk pada adanya kompresi *spinal cord* akibat spinal stenosis. Gejala dan tandanya pun bervariasi, dan tidak ada gejala patognomonik yang khas sehingga penegakan diagnosis CSM

ini menjadi tantangan tersendiri. Patofisiologi CSM ini terdiri dari faktor statis, dinamik, dan iskemik.

Pemeriksaan dapat dilakukan dengan beberapa penilain yang menggunakan skor Nurick, *Japanese Orthopedic Association* (JOA), *Cooper Myelopathy Scale* (CMS), *Prolo Score*, dan *European Myelopathy Score* (EMS). Untuk melakukan evaluasi status klinis dan derajat keparahan CSM, dinilai dengan EMS dan CMS. Jika difokuskan untuk mengembalikan kemampuannya untuk kembali

bekerja, maka dapat dipertimbangkan dinilai dengan *Prolo Score*.

Onset CSM ini terjadi secara perlahan sehingga anamnesis perlu dilakukan dengan cermat dan disertai dengan pemeriksaan fisik

guna mendeteksi kondisi CSM ini. Untuk pemeriksaan tambahan dan pengobatan tergantung pada hasil temuan klinis yang dikaitkan dengan hasil pencitraan.

Konsep Terkini tentang Mekanisme Sentral pada Nyeri Inflamasi

Prof. Dr. dr. Suroto, Sp.S (K)

Departemen Neurologi - RSUP Moewardi, Fak. Kedokteran, Univ. Sebelas Maret, Solo

Medula spinalis merupakan tingkat terendah sistem nosiseptif sentral. Organisasi neuronal medula spinalis menentukan karakteristik dari nyeri yang disebabkan adanya proyeksi nyeri ke jaringan tertentu. Medula spinalis secara aktif mengatur pro nosiseptif spinal karena pada keadan nyeri neuron nosiseptif medula spinal mengubah eksitabilitasnya terhadap input dari perifer. Di lain pihak medula

spinalis juga di bawah pengaruh impuls desenden.

Saat terjadi inflamasi dan kerusakan neuron di superfisial, medula spinalis dalam dan ventral, menyebabkan perubahan kemampuan respon yang menonjol, yang disebut dengan sensitisasi sentral. Sensitisasi sentral dapat dilihat pada nyeri neuropati. Selama inflamasi berlangsung, sejumlah besar neuron medula spinalis mengekspresikan

C-FOS yang mengaktifkan sejumlah besar neuron. Setelah sensitisasi, terdapat peningkatan neuron pada segmen sebagai bentuk respon terhadap stimulasi dari jaringan yang mengalami inflamasi. Sensitisasi tersebut dapat berlangsung beberapa hari, bergantung pada neuron dan stadium inflamasi akut dan kronis.

Sensitisasi sentral memiliki mekanisme yang kompleks, namun hingga kini belum diketahui dengan jelas apakah sensitisasi sentral ini dipicu oleh adanya input pada serabut yang tersensitisasi namun normal (seperti pada inflamasi), atau adanya perubahan struktur (seperti pada *neuronal loss*) yang berkontribusi, misalnya pada nyeri neuropati. Mekanisme sentral ini terlibat dalam nyeri yang diakibatkan inflamasi.

Obesitas dan Pola Asupan Cairan

Dr. dr. Fiastuti Witjaksono, MS, MSc, SpGK

Departemen Ilmu Gizi FKUI-RSCM

dr. Titis Prawitasari, SpA(K)

Dr. dr. Aryono Hendaro, SpA(K)

Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM

dr. Wismandari Wisnu, SpPD

Departemen Penyakit Dalam FKUI-RSCM

Prof. Max Lafontan

French National Institute for Health and Medical Research

IHWG (Indonesian Hydration Working Group) – FKUI

Pendahuluan

Kelebihan berat badan (BB) dan obesitas adalah kondisi kronis yang berkaitan erat dengan peningkatan risiko penyakit degeneratif, yaitu penyakit yang timbul akibat degenerasi fungsi sel tubuh yang berlangsung kronis. Penyakit degeneratif terkait obesitas adalah penyebab tersering kematian di Indonesia (stroke 26,9%, hipertensi/HT 12,3%, dan diabetes tipe 2/DM 10,2%).¹

Saat ini diperkirakan lebih dari 100 juta orang di dunia menderita obesitas, dengan kecenderungan untuk terus meningkat. Selama tahun 1980–2008, penderita obesitas meningkat dua kali lipat pada dewasa dan tiga kali lipat pada anak. Demikian juga di Asia Tenggara dengan prevalensi obesitas tertinggi adalah Malaysia (38,9%). Di Indonesia, Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2010 mendapatkan prevalensi BB lebih dan obesitas dewasa sebesar 21,7%. Penelitian yang dilakukan oleh Indonesian Society for the Study of Obesity pada bulan Maret 2003–April 2004 menemukan prevalensi LP abnormal laki-laki sebesar 41,2% dan perempuan sebesar 53,3%. Obesitas anak merupakan masalah besar di daerah urban Indonesia dengan prevalensi 12,2% (2,1–25%) di sepuluh kota besar di Indonesia.

Faktor Obesitas

Banyak faktor yang mempengaruhi BB, seperti genetik, faktor prenatal dan epigenetik, diet (pergeseran komposisi makanan dan minuman manis), kurang aktivitas fisik dan tidur. BB merupakan hasil keseimbangan antara asupan dan penggunaan energi. Sedikit kelebihan asupan kalori harian akan berakumulasi dan berpengaruh pada massa lemak tubuh. Jumlah sel lemak meningkat terutama pada anak dan remaja, dan kelebihan jumlah sel lemak merupakan elemen penting untuk status massa lemak di masa dewasa karena turnover sel lemak sangat rendah (10%/tahun). Penurunan BB akan diikuti oleh penurunan ukuran sel lemak, tetapi tidak jumlahnya. Ukuran antropometrik tubuh harus dijaga tetap dalam batas normal dan beraktivitas fisik untuk mencegah obesitas.

Penelitian yang dilakukan oleh Hardinsyah menemukan konsumsi

lemak orang Indonesia adalah 29,1% dari total kalori dan 18,2%-nya berasal dari lemak jenuh, melebihi rekomendasi Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS) untuk mengonsumsi lemak <25% total kalori dan lemak jenuh <10% dari total kalori. Konsumsi gula orang Indonesia sebesar 3,45 juta ton/tahun atau 43 g/orang/hari (8,6% dari AKG 2000kkal), melebihi rekomendasi PUGS (5%).

Banyak penelitian membuktikan bahwa kebiasaan asupan berlebihan minuman manis bergula (seperti minuman ringan bersoda, minuman berbasis jus, susu dengan rasa, kopi gourmet, cairan pengganti makanan, minuman olahraga, dan minuman energi) akan meningkatkan BB pada anak maupun dewasa. Sebuah penelitian menemukan bahwa minuman dengan pemanis glukosa atau fruktosa menyumbang 25% dari kebutuhan energi, dan pasien yang mengonsumsi minuman dengan pemanis fruktosa (bukan glukosa) mengalami peningkatan jaringan adiposa visceral, akumulasi lemak di liver, dan penurunan sensitivitas insulin. Penelitian lain melaporkan bahwa minuman dengan pemanis sukrosa meningkatkan simpanan lemak di liver, otot, dan lemak visceral.³ Kadim dkk yang melakukan penelitian pada anak dengan obesitas dan kelebihan BB melaporkan bahwa subjeknya rata-rata mengonsumsi lebih dari 2 jenis minuman manis/hari, dan 92%-nya mengonsumsi minuman tersebut minimal 250 ml/hari.²

Klasifikasi Obesitas

Kriteria Asia Pasifik mengklasifikasikan kelebihan BB dan obesitas dewasa berdasarkan IMT, dan risiko ko-morbiditas berdasarkan lingkaran pinggang (LP). Kriteria BB lebih dan obesitas pada anak berdasarkan IMT dikeluarkan oleh WHO dan CDC.²

Penentuan obesitas berfokus pada riwayat periode perkembangan obesitas (prenatal, peningkatan adiposa awal, masa remaja). Riwayat tumbuh kembang biasanya menunjukkan pola diet (kebiasaan makan), dan pola aktivitas (banyak melibatkan TV dan komputer). Wawancara riwayat keluarga termasuk risiko kesehatan yang dipicu

oleh obesitas (penyakit kardiovaskular, dislipidemia, HT, DM), gaya hidup sedentary, dan riwayat obesitas dalam keluarga untuk mengetahui adanya predisposisi genetik.²

Ko-morbiditas Obesitas

Simpanan lemak memiliki kecenderungan untuk meningkat bersama usia tanpa pengaruh jenis kelamin. Akumulasi lemak visceral menyebabkan perubahan fungsi jaringan adiposa, pengeluaran asam lemak bebas, adipokin dan sitokin yang menyebabkan gangguan profil metabolik, seperti peningkatan lemak intrasel, resistensi insulin, perlemakan hati (gangguan fungsi hati), lemak otot skelet, dan jaringan adiposa epikardial. Ko-morbiditas obesitas dapat menurunkan harapan dan kualitas hidup seperti penyakit jantung koroner (PJK), stroke, HT, DM, kanker (endometrium, payudara dan kolon), dislipidemia, penyakit liver dan kandung empedu, gangguan pernafasan, degenerasi tulang dan sendi (osteoarthritis) dan keterbatasan mobilitas, infertilitas, hernia, bahkan gangguan kesehatan mental.⁴

Terapi Obesitas

Tatalaksana obesitas terutama untuk meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup. Terapi obesitas

Tabel 1. Pilihan terapi untuk berbagai level IMT dan faktor risiko pada populasi Asia

	DRK	Aktivitas	Farmakologis	DSRK	Bedah
IMT 23-25 kg/m²					
Tanpa risiko tambahan	Ya	Ya	tidak		
Peningkatan LP	Ya	Ya	tidak		
DM/PJK/HT/HL*	Ya	Ya	Ya		
BMI 25-30 kg/m²:					
Tanpa risiko tambahan	Ya	Ya	Ya (pertimbangan)		
Peningkatan LP	Ya	Ya	Ya (pertimbangan)		
DM/PJK/HT/HL	Ya	Ya	Ya		
BMI > 30 kg/m²:					
Tanpa risiko tambahan	Ya	Ya	Ya (pertimbangan)	Ya (pertimbang	Ya (pertimbang
Peningkatan LP	Ya	Ya	Ya	kan pada	kan pada
DM/PJK/HT/HL	Ya (intensif)	Ya (intensif)	Ya	Ya obes berat)	Ya obes berat)

Keterangan: HL:hiperlipidemia

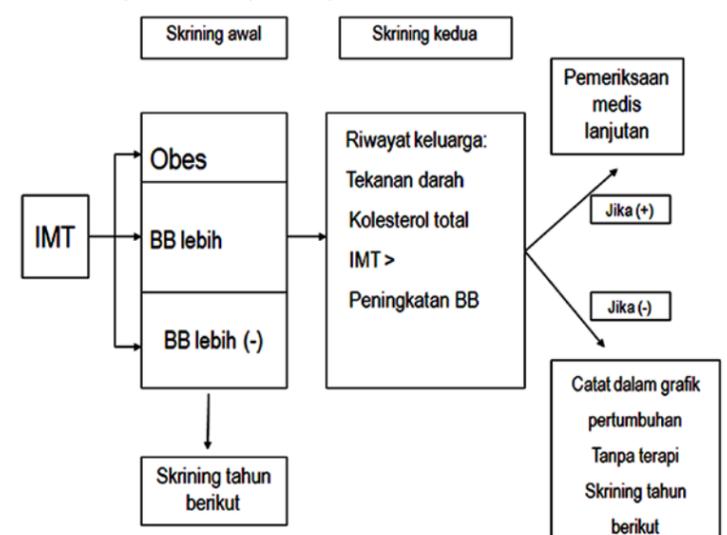
* mungkin dibutuhkan terapi spesifik terkait faktor risiko dan jika terdapat >2 penyakit dipertimbangkan penggunaan obat anti-obesitas

berdasarkan asesmen klinis dan faktor risiko medis yang terkait. Pasien obesitas membutuhkan konseling untuk perubahan gaya hidup (diet, pola makan dan aktivitas fisik), dan terapi farmakologis bila perlu. Ketika penurunan BB adekuat sudah tercapai, diperlukan program jangka panjang untuk mempertahankannya.⁴

Penurunan BB dapat tercapai dengan restriksi asupan kalori, sehingga direkomendasikan diet rendah kalori (DRK) 800–1.200 kkal. Walau diet sangat rendah kalori (DSRK) <800kkal dapat menurunkan BB lebih banyak, tetapi penurunan BB jangka panjang (>1 tahun) tidak berbeda dengan DRK. Komposisi makronutrien yang dianjurkan adalah karbohidrat kompleks >55%, protein 15% dan lemak <30%.



Gambar 1. Algoritma skrining obesitas pada anak²



Penelitian terkini membuktikan bahwa mengurangi konsumsi minuman manis bergula dapat menurunkan BB. Banyak penelitian juga menemukan bahwa minum air secara konsisten menurunkan asupan energi total dan berhubungan dengan penurunan asupan karbohidrat dan BB. Mengganti kebiasaan konsumsi minuman manis bergula dengan air atau minuman non-kalori secara signifikan mengurangi obesitas anak. Selalu minum air juga meningkatkan oksidasi lemak saat berolahraga (<70% VO2Max) dan substitusi minuman manis bergula atau jus buah dengan air tawar dapat menurunkan risiko DM.³

Penutup

Selama proses diskusi antara peserta Temu Pakar, dapat disimpulkan

bahwa mengganti konsumsi minuman manis bergula dengan air dapat menurunkan asupan energi total dan BB, sehingga dapat mencegah obesitas dan menurunkan risiko ko-morbiditas.

1. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar 2010. Kementerian Kesehatan RI, 2010.

2. Pudjadi AH, Hegar B, Handryastuti S, Idris NS, Gandaputra EP, Harmoniati ED. Pedoman Pelayanan Medis Ikatan Dokter Anak Indonesia. IDAI. 2009.

3. Muckelbauer R, Sarganas G, Gruneis A, Muller-Nordhorn J. Association between water consumption and body weight outcomes: a systematic review. *Am Clin J Nutr*. 2013, 98:282-299

4. Inoue S, Zimmet P. The Asia Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment. WHO. 2000

Terapi Micafungin untuk Infeksi Jamur Sistemik

Infeksi jamur sistemik saat ini mendapat perhatian yang sangat luas karena jumlah kasusnya yang semakin meningkat. Infeksi jamur sistemik merupakan salah satu infeksi oportunistik pada pasien dengan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) yang dapat mengancam nyawa jika tidak segera ditangani dengan tepat. Penyakit jamur merupakan representasi dari sistem imun yang rendah pada pasien AIDS.

Dalam acara **PDPAI Biannual Meeting 2014 "HIV and Opportunistic Infection Symposium"** yang diadakan di Jakarta pada 1-2 November 2014, salah satu sesi yang dimoderatori **dr. Anna Rozaliyani, Sp.P** membahas infeksi jamur sistemik secara mendalam. **Prof. DR. dr. Samsuridjal Djauzi, Sp.PD-KAI** menjelaskan bahwa kewaspadaan dokter untuk melakukan diagnosis dini serta pilihan terapi yang tepat dalam menangani infeksi jamur sistemik dapat meningkatkan keberhasilan terapi. Tidak hanya ketersediaan obat dan sarana namun perhatian dokter, edukasi pasien, dan kerja sama klinisi dengan laboratorium sangat diperlukan dalam menangani pasien. Tiga infeksi jamur sistemik yang paling sering adalah infeksi *Candida*, *Histoplasma*, dan *Cryptococcus*. Penggunaan flucanazole yang meluas dalam menangani kasus infeksi jamur sistemik dapat menyebabkan terjadi resistensi terhadap fluconazole. Pada keadaan infeksi sistemik *Candida*, perlu dipertimbangkan adanya resistensi ini sehingga perlu pemberian terapi obat golongan lain seperti golongan *echinocandin*.

Infeksi jamur sistemik merupakan salah satu infeksi oportunistik pada pasien dengan **Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)**

Lebih lanjut dalam simposium ini, **dr. Uun Sumardi, Sp.PD-KPTI, KIC** menjelaskan tatalaksana beberapa pasien AIDS yang kondisinya kritis memerlukan obat anti jamur selain pemberian antibiotik. Anti jamur selain menjadi terapi empirik juga dapat menjadi terapi profilaksis seperti pemberian pada pasien yang akan menjalani transplantasi



sumsum tulang. Untuk pasien dengan infeksi *Candida* yang kondisi hemodinamiknya tidak stabil diperlukan anti jamur dengan spektrum luas dan toksisitas yang rendah seperti golongan *echinocandin*. *Echinocandin* seperti micafungin memiliki fungsi fungisidal yang cepat, aktivitas anti-biofilm, anti-sitokin dan anti-kemokin, serta tidak mengubah pola resistensi infeksi *Candida* yang telah diberikan golongan azole. Selain itu micafungin aman pada pasien dengan kerusakan hepar, ginjal, dan tidak diperlukan peningkatan dosis seperti pemberian golongan azole dan amphotericin B.

Tiga infeksi jamur sistemik yang paling sering adalah infeksi *Candida*, *Histoplasma*, dan *Cryptococcus*

Dokter seringkali menghadapi kesulitan dalam mendiagnosis infeksi jamur sistemik. **Prof. dr. Retno Wahyuningsih, Sp.Park** menjelaskan hal tersebut disebabkan baru dua dekade terakhir infeksi jamur mendapat perhatian sehingga perkembangan diagnostik infeksi jamur terlambat dibandingkan dengan infeksi bakteri. Kesulitan dalam mendiagnosis infeksi jamur sistemik antara lain disebabkan gejala klinis yang tidak khas sehingga dokter seringkali menganggap hanya infeksi bakteri dan jika tidak membaik dengan pemberian antibiotik tertentu dianggap resistensi antibiotik dan

akan diganti dengan antibiotik golongan lain. Beberapa pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis

infeksi jamur sistemik antara lain dengan pemeriksaan swab pada lesi di kulit, pemeriksaan cairan serebrospinal, kultur, biopsi. Namun, selain pemeriksaan

Anti jamur selain menjadi terapi empirik juga dapat menjadi terapi profilaksis seperti pemberian pada pasien yang akan menjalani transplantasi sumsum tulang.

laboratorium, mengenali gejala klinik, faktor risiko dan penyakit yang mendasari juga berperan dalam menegakkan diagnosis infeksi jamur sistemik. Keberhasilan penanganan infeksi jamur sistemik memerlukan pedoman tata laksana dan diagnosis yang baik serta kerjasama multidisiplin. **ET**

Rekomendasi IDAI tentang Cara Memerah dan Menyimpan Air Susu Ibu

Sampai saat ini bukti ilmiah yang ada semakin hari semakin membuktikan air susu ibu (ASI) tidak ada duanya dalam hal menjadi sumber nutrisi dan daya tahan tubuh bayi. Salah satu cara untuk meningkatkan pemberian ASI adalah dengan mengupayakan pemberian ASI perahan bila memang ibu tidak dapat menyusui bayinya secara langsung. Masalahnya, seringkali terjadi kebingungan tentang cara memerah dan menyimpan ASI, bahkan dalam kalangan medis sekalipun.

Menyadari kebutuhan itu, Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) melalui Satgas ASI, telah menyusun rekomendasi tentang memerah dan menyimpan ASI, yaitu :

REKOMENDASI No.: 006/Rek/PP IDAI/V/2014 tentang Memerah dan Menyimpan Air Susu Ibu (ASI)

A. Memerah Air Susu Ibu (ASI)

1. Memerah ASI diperlukan untuk

merangsang pengeluaran ASI pada keadaan payudara sangat bengkak, puting sangat lecet, dan pada bayi yang tidak dapat diberikan minum.

2. ASI diperah bila ibu tidak bersama bayi saat waktu minum bayi.
3. Untuk meningkatkan produksi ASI, payudara dikompres dengan air hangat dan dipijat dengan lembut sebelum memerah ASI.
4. Memerah yang dilakukan secara rutin dapat meningkatkan produksi ASI
5. Bila ASI akan diperah secara rutin, dianjurkan menggunakan kantong plastik yang didesain untuk menyimpan ASI, yang pada ujungnya terdapat perekat untuk menutupnya. Kumpulan kantong plastik kecil tersebut dimasukkan ke dalam kantong plastik besar agar terlindung dan

terhindar dari robek/ lubang. Pada setiap kantong plastik harus diberi label tanggal dan waktu memerah.

B. Cara memerah ASI dengan tangan

1. Gunakan wadah yang terbuat dari plastik atau bahan metal untuk menampung ASI.
2. Cuci tangan terlebih dahulu dan duduk dengan sedikit mencondongkan badan ke depan.
3. Payudara dipijat dengan lembut dari dasar payudara ke arah puting susu.
4. Rangsang puting susu dengan ibu jari dan jari telunjuk anda.
5. Letakkan ibu jari di bagian atas sebelah luar areola (pada jam 12) dan jari telunjuk serta jari tengah di bagian bawah areola (pada jam 6).
6. Tekan jari-jari ke arah dada, kemudian pencet dan tekan



payudara di antara jari-jari, lalu lepaskan, dorong ke arah puting seperti mengikuti gerakan mengisap bayi. Ulangi hal ini berulang-ulang.

7. Hindari menarik atau memeras terlalu keras. Bersabarlah, mungkin pada awalnya akan memakan waktu yang agak lama.
8. Ketika ASI mengalir lambat, gerakkan jari di sekitar areola dan berpindah-pindah tempat, kemudian mulai memerah lagi.
9. Ulangi prosedur ini sampai payudara menjadi lembek dan kosong.
10. Menggunakan kompres hangat atau mandi dengan air hangat sebelum memerah ASI akan membantu pengeluaran ASI.

C. Menyimpan ASI

1. ASI perah disimpan dalam lemari pendingin atau menggunakan *portable cooler bag*
2. Untuk tempat penyimpanan ASI, berikan sedikit ruangan pada bagian atas wadah penyimpanan karena seperti kebanyakan cairan lain, ASI akan mengembang bila dibekukan.
3. ASI perah segar dapat disimpan dalam tempat/wadah tertutup selama 6-8 jam pada suhu ruangan (26°C atau kurang). Jika lemari pendingin (4°C atau kurang) tersedia, ASI dapat disimpan di bagian yang paling dingin selama 3-5 hari, di freezer

atau kurang) selama 6 sampai 12 bulan.

4. Bila ASI perah tidak akan diberikan dalam waktu 72 jam, maka ASI harus dibekukan.
5. ASI beku dapat dicairkan di lemari pendingin, dapat bertahan 4 jam atau kurang untuk minum berikutnya, selanjutnya ASI dapat disimpan di lemari pendingin selama 24 jam tetapi tidak dapat dibekukan lagi.
6. ASI beku dapat dicairkan di luar lemari pendingin pada udara terbuka yang cukup hangat atau di dalam wadah berisi air hangat, selanjutnya ASI dapat bertahan 4 jam atau sampai waktu minum berikutnya tetapi tidak dapat dibekukan lagi.
7. Jangan menggunakan *microwave* dan memasak ASI untuk mencairkan atau menghangatkan ASI.
8. Sebelum ASI diberikan kepada bayi, kocoklah ASI dengan perlahan untuk mencampur lemak yang telah mengapung.
9. ASI perah yang sudah diminum bayi sebaiknya diminum sampai selesai, kemudian sisanya dibuang. MD

catatan: rekomendasi ini juga dapat dilihat di situs resmi IDAI, yaitu <http://idai.or.id/>

Concor®
Bisoprolol
Powered by outcomes

Hypertension

Coronary Artery Disease (angina pectoris)

Chronic Heart Failure

Start with Concor®
for cardioselective beta-blockade



Take the first step to cardioprotection

Merck Serono

Merck Serono is a division of Merck

MERCK

Yayasan Mitra Anak Indonesia (MAIN)

Menjadi pasien di rumah sakit sudah jelas bukan hal yang menyenangkan. Kalau orang dewasa saja merasa sangat tidak nyaman ketika harus berbaring di tempat tidur rumah sakit, dapat dibayangkan bagaimana yang dirasakan oleh pasien anak yang menjalani perawatan di bangsal rumah sakit. Anak tidak seperti dewasa yang dapat memahami mengapa ia harus menjalani perawatan di rumah sakit. Tidak mudah membuat anak memahami mengapa ia harus diinfus, diperiksa darah, dan berbaring dalam tempat tidur berjejer bersama pasien-pasien lain yang tidak ia kenal.

Di sisi lain, penelitian pun telah membuktikan bahwa suasana emosional pasien sangat mempengaruhi proses pengobatan pasien. Respons tubuh terhadap pengobatan akan lebih baik bila pasien secara emosional juga mendukung. Asupan nutrisi dan kepatuhan mengonsumsi obat akan jauh lebih baik bila kondisi emosional pasien mendukung.

Membuat suasana emosi pasien menjadi ceria memang bukan kerjaan mudah. Namun apa yang dilakukan Yayasan Mitra Anak Indonesia (Yayasan MAIN) mungkin dapat dicontoh. Salah satu kegiatan yang dilakukan oleh Yayasan MAIN adalah mengadakan acara *story telling* untuk menghibur pasien anak di bangsal rumah sakit, yaitu di bangsal anak RS Cipto Mangunkusumo. "Kami sekedar mencoba mengajak pasien anak melupakan sejenak sakitnya, dan bergembira dalam acara yang kami adakan di RS. Intinya kami berusaha selain memberi bantuan dana untuk

pengobatan, juga mencoba membuat mereka merasa optimis dan gembira lagi," urai dr.Mirari Judio, M.Med, Ph.D, Sp.A, ketua Yayasan MAIN. Tentunya kegiatan seperti ini dapat terlaksana dengan dukungan para donatur dan relawan yang bergabung membantu. Selama ini yayasan kerap dihubungi komunitas atau individu yang ingin berbuat sesuatu bagi mereka namun tidak memiliki akses, lanjut Mirari.

Ketika yayasan ini didirikan sekitar 3,5 tahun lalu, memang sebenarnya ide utamanya adalah selain menjadi saluran donasi dari para dermawan, yang mau membantu juga ingin melakukan sesuatu untuk membangkitkan semangat dan kegembiraan anak-anak yang dirawat di bangsal anak RSCM. Bantuan diberikan yayasan berdasarkan sesuai dengan prioritas kebutuhan medis pasien, sesuai yang dibutuhkan saat itu berdasarkan informasi langsung dari dokter yang merawat pasien. Sistem ini membuat dana dapat dipastikan bermanfaat maksimal bagi pasien. Sedangkan kegiatan rutin yang diadakan untuk menghibur pasien misalnya seperti acara dongeng anak, dan kunjungan dari komunitas masyarakat yang ingin sekedar menjenguk dan berbagi bingkisan untuk menghibur, membuat pasien. sangat terhibur.

Namun dengan antusiasme para donatur dan relawan untuk membuat sesuatu yang lebih, akhirnya Yayasan MAIN secara berkala dapat membuat acara yang bertujuan membangkitkan kegembiraan para pasien anak. "Saat ini memang kegiatan utama Yayasan MAIN adalah tetap menyalurkan donasi bagi pasien anak, yang



Gambar 1. Acara dongeng anak, bersama bintang tamu Kak Awam

membutuhkan, yang dirawat di RS Cipto Mangunkusumo dan menjadi perantara bagi komunitas yang ingin menghibur mereka. Namun ketika kita berhasil membuat mereka kembali tersenyum atau tertawa, meski hanya sesaat, tentu akan berdampak positif juga bagi mereka," tambah dr.Marissa Pudjiadi, Sp.A yang juga menjadi pendiri yayasan ini. Ke depan, yayasan juga akan membuat kegiatan yang

tidak terbatas pada pasien anak di RSCM, namun juga pada komunitas atau RS yang lain, lanjutnya. (MD)

Pemilihan RSCM sebagai lokasi penyaluran donasi dan kegiatan, tidak lain karena yayasan ini awalnya memang didirikan oleh 5 orang peserta pendidikan dokter spesialis anak di Departemen Ilmu Kesehatan Anak – RSCM. Ketika itu Mirari Judio, Marissa Pudjiadi, Martin Leman,

Afaf Susilawati, dan Felix mencari jalan agar sumbangan dari berbagai pihak bagi pasien di bangsal dapat dialokasikan secara tepat sasaran dan bermanfaat secara maksimal. Pada saat ini memang para pendiri yayasan ini sudah menyelesaikan pendidikan di RSCM, namun proses regenerasi yang ada membuat yayasan tetap memiliki akses yang baik bagi pasien yang membutuhkan. MD

INGIN MEMBANTU?

Bila Anda ingin memberikan donasi baik berupa dana tunai, barang, atau kegiatan bagi pasien anak yang kurang beruntung melalui Yayasan MAIN, silakan hubungi :

YAYASAN MITRA ANAK INDONESIA
Gedung Cahaya Palmerah 102, Lt 1 Jl. Palmerah Utara III/9 Jakarta Barat
www.main.or.id
(021) 92276075 | e-mail : admin@main.or.id
Nomor rekening: Bank Mandiri Kantor cabang RSCM. no.rek 12200-05867117

Memilih dan Mengganti Terapi Antibiotik untuk Pneumonia



Pneumonia masih merupakan penyebab kematian utama di seluruh dunia. Secara etiologi, pneumonia dapat disebabkan oleh bakteri, virus, atau infeksi keduanya, atau dapat pula karena jamur dan *Mycobacterium tuberculosis*. "Secara teoritis, memang pneumonia yang disebabkan bakteri memiliki sedikit perbedaan dengan yang disebabkan oleh virus," papar **Assistant Professor Mahesh Babu**, dalam acara *Asia Pacific Association of Pediatric*

Allergy, Respiriology, and Immunology (APAPARI) Congress 2014, di Yogyakarta, bulan Oktober 2014

Menurut Prof. Mahesh Babu yang merupakan *Head of Pediatric Pulmonary and Critical Care*, dari National University Hospital, Singapore, pneumonia karena bakteri umumnya mengenai semua kelompok usia dan onset tiba-tiba. Penderita tampak sakit berat, menggigil, gejala sesak napas sedang hingga berat, kelainan auskultasi yang bersifat fokal, dan lokasi nyeri dada terlokalisir. Dari laboratorium leukosit >15.000 dan peningkatan reaktan fase akut. Pneumonia karena virus biasanya menyerang anak usia < 5 tahun, onset lebih gradual, didahului infeksi saluran napas atas, tidak begitu toksik, kelainan auskultasi lebih bersifat *diffuse* dan bilateral, didapatkan mengi, dan sering kali juga muncul gejala ruam.

Pada kenyataannya, sangat sulit

untuk dapat memastikan bahwa pneumonia disebabkan oleh infeksi virus saja, tanpa keterlibatan bakteri. Karenanya tatalaksana pneumonia secara empirik tetap menggunakan antibiotika, dengan disesuaikan situasi, usia, keparahan, status imunologi, dan pola resistensi lokal. Berdasarkan literature, pneumonia dari komunitas paling sering disebabkan *Streptococcus pneumoniae*, *H.influenza*, *Staphylococcus*, dan *Mycoplasma*. Sedangkan pneumonia didapat di rumah sakit, umumnya disebabkan bakteri gram negatif, seperti *Klebsiella*, *Pseudomonas*, dan biasanya bersifat multi-resisten.

Kasus pneumonia ringan, yang disebabkan *Streptococcus pneumoniae*, kebanyakan masih dapat diterapi dengan amoksisilin oral (dosis 90mg/kg/hari, dalam 2 dosis), cefpodoxime, cefuroksim, atau cefprozil. Sedangkan untuk pneumonia berat, dengan antibiotika intravena ampicilin 150-

200mg/kg/hari. Sebagai alternatif dapat digunakan ceftriakson 50-100mg/kg/hari, atau cefotaksim. Pneumonia karena mycoplasma pilihan terapinya adalah azithromycin dan clarithromycin.

Kasus pneumonia yang dirawatinap dan mendapat antibiotik intravena, dapat diganti terapi oral bila klinis sudah membaik. Pemantauan yang menjadi perhatian adalah suhu, pernapasan, detak jantung, saturasi oksigen, *work of breathing*, status mental, abnormalitasn suara paru, dan kemampuan asupan per oral. Dalam kondisi pilihan terapi antibiotik sudah tepat, maka perbaikan seharusnya diperoleh dalam 48-72 jam setelah terapi mulai.

Bila perbaikan klinis tidak berhasil diperoleh, ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan sebelum memutuskan mengganti antibiotik. Yaitu harus evaluasi apakah ada diagnosis lain atau ko-infeksi,

misalnya ada aspirasi benda asing. Dipikirkan pula apakah memang karena antibiotik tidak efektif, atau terdapat komplikasi, seperti efusi pleura, empiema, atau *necrotizing pneumonia*.

Bila disimpulkan masalah infeksi belum teratasi, pilihan pertama yang dapat dilakukan adalah peningkatan dosis amoksisilin sampai maksimal, menambahkan makrolide (khususnya anak yang agak besar dan secara klinis memiliki manifestasi sistemik sub-akut). Dalam situasi dicurigai terdapat resistensi, dapat diberikan alternatif antibiotik yaitu ceftriaxone. Sedangkan bila kondisi sakit berat dan waktu yang tersedia terbatas, dan dicurigai infeksi disebabkan pneumococcus, dapat dipertimbangkan penggunaan vankomisin. Tentunya bila hasil kultur dan resistensi sudah ada, maka pilihan antibiotika sebaiknya mengikuti hasil tersebut. ML

Restriksi Natrium: Perdebatan Berkepanjangan Mengenai Batas Aman Konsumsi

dr. Stevent Sumantri, Sp.PD
Bagian Ilmu Penyakit Dalam
FK UPH / RSU Siloam Lippo Village

Garam merupakan bagian tidak terpisahkan dari peradaban manusia, di masa lampau garam bahkan diposisikan setara atau lebih mahal dibanding emas. Namun demikian, saat ini konsumsi garam menjadi sumber perdebatan sengit untuk menentukan batas aman konsumsi garam. Studi-studi epidemiologi besar di seluruh dunia telah membuktikan bahwa terdapat hubungan linier antara jumlah asupan natrium perhari dengan insidens penyakit kardiovaskular. Saat ini rerata asupan natrium harian di sebagian besar komunitas di dunia berkisar di angka 10.100 mg/hari, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan rekomendasi yang dikeluarkan oleh para ahli, yakni membatasi asupan natrium <2.300 mg/hari untuk usia ≤50 tahun dan <1500 mg untuk usia >50 tahun. Tetapi data-data baru dari sebuah studi meta-analisis nampaknya memberikan dukungan untuk tingkat asupan natrium “biasa” yang telah menjadi bagian kultur masyarakat.

Studi yang baru saja diterbitkan di *American Journal of Hypertension*, menunjukkan bahwa asupan natrium “biasa” sebesar 2.645 – 4.945 mg/hari dikaitkan dengan mortalitas dan kejadian kardiovaskular yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok asupan natrium rendah. 1 Studi yang melibatkan 23 studi kohort dan 2 studi klinis acak



dengan sampel lebih dari 270.000 individual, juga menunjukkan bahwa 95% individu di masyarakat masuk dalam kategori asupan natrium “biasa” ini. Hasil dari studi ini memberikan sokongan terhadap kebijakan dari *Institute of Medicine (IOM)* yang pada tahun 2013 menyuarakan keprihatinan akan terlalu rendahnya rekomendasi asupan natrium yang dikeluarkan oleh beberapa organisasi profesional.

Studi PURE-SODIUM2 (*Prospective*

Fakta Medis

Asupan natrium tidak sama dengan garam, 1 mg natrium = 3 mg garam. Atau sebaliknya satu sendok teh garam mengandung 2.300 mg natrium.

Urban Rural Epidemiology) yang dipimpin oleh dr. Salim Yusuf dan melibatkan lebih dari 100.000 subyek yang diikuti secara prospektif juga mendukung temuan di atas. Studi ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan kurva U antara individu yang mendapatkan asupan natrium rendah, “biasa” dan tinggi. Individu dengan asupan natrium antara 4.000-5.990 mg/hari mempunyai risiko mortalitas dan kejadian penyakit kardiovaskular 25% dan 15% lebih rendah dibandingkan individu dengan asupan natrium rendah (<3.000 mg/hari) dan tinggi (>7.000 mg/hari).

Hasil-hasil dari studi di atas berbeda dengan beberapa studi sebelumnya seperti *Northern Manhattan Study*³ (NOMAS) yang menunjukkan individu dengan asupan natrium >4.000 mg/hari mempunyai risiko kejadian stroke yang lebih tinggi dibandingkan dengan

<1.500 mg/hari. Namun demikian, serupa dengan beberapa studi lain yang menunjukkan penurunan risiko kejadian kardiovaskular pada individu dengan asupan natrium rendah adalah kecilnya jumlah sampel dibandingkan dengan studi-studi yang menunjukkan sebaliknya.

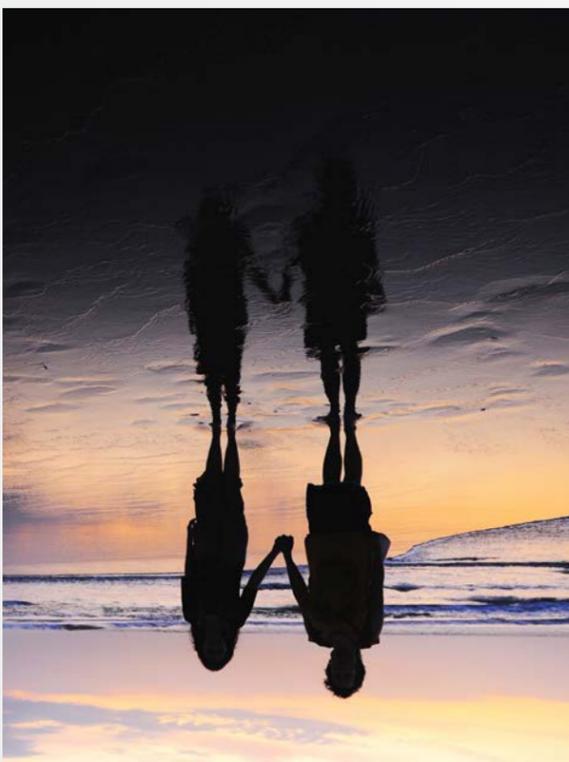
Sampai saat ini beberapa organisasi ternama di dunia, termasuk AHA dan ESC, masih merekomendasikan asupan natrium <2.300 mg/hari untuk individu sehat usia 50 tahun ke bawah dan <1.500mg bagi individu berusia lebih dari 50 tahun atau memiliki penyakit kronik (diabetes, hipertensi, stroke dan sebagainya). Namun demikian, melihat data-data terbaru di atas, nampaknya kita harus lebih hati-hati dalam menurunkan asupan natrium harian bagi pasien-pasien kita. Hal ini terutama berlaku bagi pasien-pasien usia lanjut, di mana kemampuan regulasi tekanan darah sudah berkurang, sehingga restriksi natrium yang berlebihan akan membuat turunnya tekanan perfusi ke organ-organ vital. Berdasarkan data-data yang ada kelihatannya asupan natrium harian antara 3.000 – 7.000 mg/hari saat ini dapat dianggap sebagai batasan yang dapat diterima dan cukup aman untuk sebagian besar populasi. Klinisi dapat merekomendasikan asupan garam antara 1 ½ sampai 3 sendok teh untuk sebagian besar pasien dengan aman. **DSS**

1. *Am J Hypertens.* 2014, doi: 10.1093/ajh/hpu028.
2. Presented at *European Society of Cardiology Congress on September 2013.*
3. *Stroke.* 2012; 43: 1200-1205.

MD SNAPSHOT

Bagi sejawat yang memiliki foto menarik, kolom MD Snapshot menerima kiriman foto.

Ketentuan foto adalah karya orisinal bertema *human interest*, dan sudah mendapat persetujuan pihak terkait. Foto dikirim dalam format JPEG dengan resolusi minimal 300 dpi ke email redaksi: info@tabloidmd.com, disertai nama dan alamat pengirim.



“Sinergi Alam Dunia”
oleh Florentin Riyanto



“New helmet”
oleh Faldy Mangkula



Foto yang dimuat akan mendapat voucher belanja Rp.200.000 rupiah.

Mengenal Lebih Jauh Asuransi Profesi Kedokteran

Anita Jamin, MD
Income Protection Specialist
Allianz Indonesia

Beberapa tahun ini sering kita dengar kasus-kasus mengenai malpraktek dokter yang berujung pada pengadilan. Sebut saja kasus Prita dan sebuah rumah sakit di daerah Serpong, kasus dokter kebidanan di Manado, dan banyak lagi. Pertanyaannya, apakah memang hanya kasus-kasus tersebut saja yang terjadi di Indonesia, ataukah sebenarnya itu hanya puncak dari fenomena gunung es yang “terlihat”? Saya sendiri tidak terlalu mendalami kasus-kasus tersebut sehingga tidak berhak untuk menghakimi baik pasien maupun dokternya, mengenai siapa yang salah dan bertanggung jawab. Tapi mari kita mengambil pelajaran dari kasus tersebut untuk melindungi diri kita, sehingga tetap bisa bertahan walaupun terkadang musibah menimpa. Apa yang dapat kita lakukan?

Pertama tentu seorang dokter dituntut untuk terus belajar dan berkembang karena ilmu kedokteran terus berkembang. Kedua bukan hanya *skill* dalam keilmuan namun juga *skill* dalam berkomunikasi sehingga dapat menyampaikan *inform consent* dengan cara yang tepat dan menangani pasien dengan cara yang tepat pula secara personal. Ketiga adalah dengan memiliki asuransi profesi. Dalam hal apapun akan selalu ada celah di mana kita bisa melakukan kesalahan yang tidak disengaja, atau terjadi

kesalahpahaman meskipun sudah melakukan *inform consent* dengan baik, namun bila akhirnya tetap ada tuntutan malpraktek maka kita tetap terlindungi. Katakanlah asuransi profesi ini sebagai benteng pertahanan terakhir.

Seberapa pentingnya asuransi profesi bagi seorang dokter? Selama seorang dokter masih ingin melakukan tindakan praktek secara medis dan berhubungan dengan pasien, baik itu secara langsung berhadapan muka ataupun tidak langsung, maka sebaiknya disarankan seorang dokter harus memiliki asuransi profesi. Mari kita bahas lebih dalam mengenai asuransi profesi ini.

Asuransi profesi, lengkapnya Asuransi Tanggung Gugat Profesi Dokter, mengganti kerugian finansial yang terjadi akibat terjadinya pelanggaran atau MALPRAKTEK yang dilakukan dokter yang sudah menjadi anggota organisasi profesi, dalam hal ini, Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan mendaftarkan tempat prakteknya sesuai SIP dokter bersangkutan.

Apa saja yang menjadi Lingkup Jaminan Polis?

1. Mengganti kerugian akibat cedera fisik/mental/kematian pihak ketiga yang disebabkan oleh malpraktek yang dilakukan oleh dokter sebagai tertanggung, maupun karyawan yang bekerja pada tertanggung dimana karyawan tersebut memiliki hubungan kerja secara langsung dengan tertanggung.



2. Mengganti kerugian yang dialami pihak ketiga yang diakibatkan oleh cedera tubuh (*bodily injury*) dan/kerusakan harta benda (*material damage*) akibat kelalaian/ketidaksengajaan yang dilakukan tertanggung dalam menjalankan profesinya.
3. Memberikan penggantian terhadap biaya penelitian kerugian yang berkaitan (pengacara/pengadilan), dimana secara hukum, dokter terbukti bertanggungjawab atas kerugian Pihak Ketiga tersebut (terbatas pada kasus perdata).

Polis asuransi ini juga menjamin kelalaian yang dilakukan dokter (dalam kapasitas profesinya dan kompetensinya) di luar lingkup ruang praktek sehari-harinya dalam keadaan mendesak dan/atau darurat. Batas maksimum usia dokter adalah 60 tahun untuk polis bisnis baru dan 65 tahun untuk polis perpanjangan.

Karena berkaitan dengan risiko,

maka tentunya tingkat premi asuransi akan berbeda tergantung tingkat risiko masing-masing jenis spesialisasi dokter. Dokter umum biasanya memiliki tingkat premi terendah dan dokter dengan spesialisasi yang banyak melakukan tindakan bedah seperti kebidanan, bedah dan anestesi umumnya memiliki tingkat premi lebih tinggi karena risiko terjadinya klaim pun lebih tinggi. Untuk informasi lebih jelasnya pembaca bisa menghubungi perusahaan asuransi yang menjual asuransi profesi ini. Sampai saat ini di Indonesia hanya ada 2 perusahaan yang menanggung asuransi profesi ini yaitu Bumida dan Allianz Utama Indonesia.

Apa manfaat memiliki asuransi profesi ini? Selain penggantian finansial seperti yang termasuk dalam lingkup jaminan polis yang sudah dijabarkan di atas, juga pada umumnya kasus tidak akan sampai terekspos ke media karena sudah ditangani dan diselesaikan sedini mungkin. Sehingga

dokter yang bersangkutan tetap dapat melanjutkan prakteknya, dan pasien yang merasa dirugikan secara finansial pun mendapatkan penggantian yang layak.

Manusia tak luput dari salah, begitupun seorang dokter bukanlah dewa yang tak mungkin melakukan kesalahan. Dengan padatnya jadwal kerja dan jumlah pasien yang banyak terkadang dapat membuat seorang dokter melakukan kelalaian yang tidak disengaja dan itu mengakibatkan kerugian bagi pasien. Dengan memiliki asuransi profesi maka resiko kerugian tersebut dapat dipindahkan dari dokter kepada perusahaan asuransi. Jadi, memiliki asuransi profesi tidak akan menghindarkan dokter dari risiko malpraktek, namun dapat menghindarkan dokter dari resiko kerugian finansial yang diakibatkan kelalaian/ketidaksengajaan dokter yang pada akhirnya menimbulkan kerugian bagi pasien. Bagaimana dengan Anda? MD

Tips Pencegahan Infeksi HIV Berbasis Bukti

Tanggal 1 Desember setiap tahunnya diperingati sebagai hari AIDS sedunia, tema yang terus menerus ditekankan adalah “Getting to Zero”. Tema ini bisa berarti banyak, nol infeksi baru, nol kesulitan akses antiretroviral sampai nol diskriminasi terhadap ODHA (Orang Dengan HIV-AIDS). Pencapaian target tersebut membutuhkan peran serta klinisi untuk dapat secara aktif memberikan edukasi dan juga tindakan klinis terhadap individu-individu berisiko tertular. Berikut adalah beberapa tips pencegahan infeksi HIV yang dapat sejawat lakukan di dalam praktik klinis sehari-hari.

- **Profilaksis pasca paparan**, diberikan kepada tenaga kesehatan atau individu yang terpapar produk darah atau mengalami luka tusukan jarum dari pasien positif



HIV. Pemberian antiretroviral disarankan dengan kombinasi Zidovudine+Lamivudine (WHO) atau

Tenofovir+Emtricitabine (CDC) selama 28 hari. Profilaksis dengan rejimen tersebut dapat mencegah

infeksi HIV sampai hampir 100 persen apabila dimulai dalam waktu 48-72 jam pasca paparan.

- **Pencegahan infeksi ibu ke bayi**, dengan menggunakan kombinasi antiretroviral (Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine) dan *sectio cesarea* dapat menurunkan proporsi infeksi bayi dari 15% menjadi 0%.¹ Saat ini pemerintah Indonesia menganjurkan untuk pemeriksaan status HIV pada semua ibu hamil, sebagai bagian dari program menurunkan angka infeksi baru HIV.
- **Sirkumsisi pria**, saat ini disarankan untuk dilakukan oleh semua pria berisiko tinggi, baik dengan alasan agama ataupun untuk pencegahan. Penelitian terbaru membuktikan bahwa

sirkumsisi pria mampu menurunkan risiko infeksi HIV sampai 58% pada individu dengan risiko tinggi pada populasi di Afrika Sub-Sahara.²

- **Memberikan pengobatan antiretroviral** sesegera mungkin pada ODHA tanpa memandang kadar CD4, selama tidak ada kontraindikasi (mis. Infeksi oportunistik belum tertangani). Antiretroviral terbukti menjadi metode utama pencegahan infeksi baru HIV, sebuah studi baru menunjukkan pencegahan infeksi sampai 96% pada pasangan ODHA yang mendapatkan antiretroviral.³ ss

1. *Am J Hypertens.* 2014, doi: 10.1093/ajh/hpu028.
2. Presented at European Society of Cardiology Congress on September 2013.
3. *Stroke.* 2012; 43: 1200-1205.

Yang Harus Diketahui tentang Keamanan Teknologi Kesehatan

Seiring era perpindahan catatan medis dari kertas menjadi elektronik, kekhawatiran mengenai keamanan informasi pasien mulai berkembang di dunia teknologi informasi. Bahkan hal ini menjadi topik utama pada konferensi tahunan *Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) 2014*.

Praktisi teknologi informasi



(TI) kesehatan, dr.Robert Wah dari Vancouver, Kanada, mengungkapkan informasi kesehatan seseorang dapat lebih berharga 15-20 kali dibandingkan informasi finansial. Kartu kredit yang dicuri dapat dibatalkan, namun rekam medis mengandung data dan informasi yang lebih kaya mengenai seseorang, mulai dari riwayat keluarga, informasi keuangan, dan tentunya riwayat medis. Di bawah ini ada empat hal yang harus diketahui tentang keamanan teknologi kesehatan.

Kesempatan untuk pencurian bertumbuh. Ancaman keamanan yang dikaitkan dengan TI kesehatan saat ini sedang bertumbuh. Hal ini ditunjang oleh penggunaan perangkat *mobile* untuk mengakses atau memancarkan data secara tidak aman. Kenyataan ini ditambah dengan kurangnya perhatian dari organisasi-organisasi kesehatan untuk mengatasi permasalahan. Survei pada pertemuan HIMSS menunjukkan hanya 3% dana dari keseluruhan anggaran IT digunakan untuk masalah keamanan data.

Pegawai anda adalah musuh yang paling berbahaya. Survei yang sama menunjukkan bahwa kekhawatiran utama adalah bahwa pegawai-pegawai sendirilah yang menggunakan informasi pasien untuk hal-hal yang berbahaya. Meskipun akses karyawan terhadap data pasien merupakan pelanggaran terhadap undang-undang, namun implementasi akses data sampai saat ini tetap tidak dapat membatasi kewenangan masing-masing personel yang terlibat dalam pelayanan pasien.

Para pelanggar harus dibuat mengaku. Hukum yang memperkuat perilaku menjaga rahasia harus ditegakkan, seperti di Amerika Serikat, di mana individu atau badan yang membocorkan rahasia pasien diumumkan secara terbuka. Daftar yang selalu diperbaharui tersebut dapat dicari dan dilihat secara *online*, sehingga mampu memberikan efek jera bagi para pelanggar.

Identitas asuransi kesehatan adalah hal yang berharga. Dengan diberlakukannya Sistem Jaminan Kesehatan Nasional dan semakin meningkatnya biaya layanan kesehatan, maka kemungkinan seseorang mencuri dan menggunakan identitas orang lain untuk mendapatkan pengobatan semakin besar. Selain itu pencurian juga dapat terjadi pada skala yang lebih besar dan melibatkan pusat data nasional, sehingga peranan pemerintah untuk menjaga keamanan data ini sangat penting.

Seiring keinginan membuat rekam medik elektronik, nampaknya masalah bagaimana menjaga keamanan data yang sifatnya rahasia perlu menjadi pemikiran tersendiri. **DS**

DORNER®
Beraprost Sodium 20 µg Tablet

astellas
Leading Light for Life



PILIHAN TERAPI EFEKTIF UNTUK PENYAKIT ARTERI PERIFER DENGAN KOMPLIKASI

- DORNER®** MENINGKATKAN ALIRAN DARAH KE JARINGAN DENGAN SIFAT VASODILATASI, ANTIPLATELET, DAN PELINDUNG SEL ENDOTELIAL¹
- DORNER®** TERBUKTI MEMPERBAIKI GEJALA RASA DINGIN, KAKU DAN NYERI DI BETIS DENGAN KOMPLIKASI²
- DORNER®** TERBUKTI MENURUNKAN RESIKO KEJADIAN VASKULAR SISTEMIK SEBESAR 39%³
- DORNER®** TERBUKTI TIDAK MEMPENGARUHI DENYUT JANTUNG DIBANDINGKAN CILOSTAZOL⁴

1. Shintaro, N *Gendai Iryo* 1992;24:109-17

2. Arai T. *Pharma Medica*, 27(5):97-108, 2009

3. Origasa H, Ikeda Y, Shimada K, Shigematsu H. Oral beraprost sodium as a prostaglandin I2 analogue for vascular events in patients with peripheral arterial disease: meta-analysis of two placebo-controlled randomized trials. *Jpn J Pharmacoevidiol.* 2004;9:45-51.

4. Ohtake T, Sato M, et al. Randomized Pilot Trial Between Prostaglandin I2 Analog and Anti-Platelet Drugs on Peripheral Arterial Disease in Hemodialysis Patients. *Ther Apher Dial*, 2013.

Informasi lebih lanjut dapat menghubungi :
PT. Astellas Pharma Indonesia
11th Floor Keiai building
Jl. Jend. Sudirman Kav. 3, Jakarta 10220
Telp : +62-21-5724344 Fax : +62-21-5724345

NATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

DECEMBER 2014 - MEI 2015

Update Tatalaksana Gawat Darurat pada Bayi dan Anak PIKAB-ke 11, FKUP- RS Hasan Sadikin, Bandung
13-14 Desember 2014
Hotel Trans Luxury, Bandung
☎ : 081320333858
✉ : dikarshs@yahoo.com

The 6th Symposium of Anesthesia and Co-Existing Disease: "Can We Improve Outcome in High Risk Patient?"
28-31 Januari 2015
The Trans Luxury Hotel Bandung, Dept. Anestesi dan Terapi Intensif
FK Univ. Padjadjaran, RSU Hasan Sadikin
Jl. Pasteur No.38-Bandung
☎ : 022-2038285
✉ : coex2015@gmail.com

CP : COEX 2015 Sekretariat
☎ : 081223647414
Website: www.coex2015.wordpress.com

Simposium, Pelatihan dan Pameran Dermatologi Kosmetik-Enhancing Understanding on Skin Pigmentation Disorders
27 Feb - 1 Maret 2015
RSPAD Gatot Subroto - Ritz Carlton PP Jakarta

Pertemuan Ilmiah Tahunan FETOMATERNAL 16
6-11 Maret 2015
Novotel Hotel Manado
Sekretariat PIT Fetomaternal 16
Jl. Kimia No. 5 Jakarta Pusat 10320
☎ : 021-392 8721 / 0818 0872 3515
✉ : sekretariat@

pitfetomaternal16manado.com
Website: www.pitfetomaternal16manado.com

New Era of Anti Aging Medicine in Indonesia
Udayana University in Collaboration with Maranatha Christian University Medical School, Indonesian Center for Anti-Aging Medicine (INCAAM), Stem Cell and Cancer Institute (SCI).
13-15 Maret 2015
Inna Grand Bali Beach Hotel, Bali
✉ : csaam_fkunud@yahoo.com
PT. TRAVELAND CONVEX INDONESIA
☎ : (022) 426 4028,
✉ : mice@travelandconvex.com

The 2nd Jakarta Neurology Exhibition Workshop & Symposium
24-29 Maret 2015
Hotel Borobudur, Jakarta
☎ : Elfi : 021.98031103 / 0812.85908448
Website: www.jak-news.com

National Scientific Meeting Cosmetic Dermatology: New Concept And Challenge
4 April 2015
Hotel Hermes Banda Aceh

Pertemuan Ilmiah Tahunan VIII - Himpunan Obstetri dan Ginekologi Indonesia
6- 8 April 2015
Hotel Golden Tulip, Banjarmasin

7th PICU NICU Update Nutrition Support in Pediatric

and Neonatal Care
21-26 April 2015
Royal Ambarrukmo, Yogyakarta
☎ : 0811882080
✉ : sekretariat@geoconvex.com

Skin Infection & Its Complication (Dokter Spesialis dan Dokter Umum)
PERDOSKI
25 - 26 April 2015
Hotel Novotel, Tangerang

Pengembangan Profesi Bedah Berkelanjutan XII In conjunction with ASEAN Federation Summit Meeting II
Persatuan Dokter Spesialis Bedah Indonesia
10-15 Mei 2015
Hotel Haris, Malang
✉ : p2b2pabi2015@gmail.com
☎ : 0341-335454

INTERNATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

DECEMBER 2014 - NOV 2015

4th Asia-Oceanian Conference of Physical & Rehabilitation Medicine 2014 (AOCPRM 2014)
11-13 Desember 2014
Bangkok, Thailand
Website: www.aocprm2014.com

2015 AGA Clinical Congress of Gastroenterology and Hepatology
22-24 Januari 2015
Miami Beach, Florida, USA
✉ : member@gastro.org
Website: www.gastro.org/clinicalcongress

Canadian Digestive Diseases Week
27 Februari - 2 Maret 2015
Canada

World Congress of Nephrology 2015 International Society of Nephrology (ISN)
13-17 Maret 2015
Cape Town, South Africa

4th Global Congress for Consensus in Pediatrics and Child Health
19-22 Maret 2015
Marrakesh, Maroko
Website: www.cipediatics.org

2nd World Congress on Controversies in Pediatrics (COPEDIA)

16-19 April 2015
Budapest, Hungaria
Website: www.congressmed.com/copedia/

Asia Pacific Society of Cardiology (APSC) Congress 2015
30 April - 5 Mei 2015
Abu Dhabi

American Congress of Obstetric and Gynecology 2015
2-6 Mei 2015
San Fransisco, USA

48th Annual Meeting of ESPGHAN European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition
6-9 Mei 2015
Amsterdam, Netherlands
Website: http://www.espghan2015.org

Pengembangan Profesi Bedah Berkelanjutan XII In conjunction with ASEAN Federation Summit Meeting II
Persatuan Dokter Spesialis Bedah Indonesia
10-15 Mei 2015
Hotel Haris, Malang
✉ : p2b2pabi2015@gmail.com
☎ : 0341-335454

33rd Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases
12-16 Mei 2015
Leipzig, Germany
Website: www.espid2015.kenes.com

5th International Congress on Neuropathic Pain
14-17 Mei 2015
France

Digestive Disease Week (DDW) American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), American Gastroenterological Association (AGA), American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), and Society for Surgery of the Alimentary Tract
16-19 Mei 2015
Washington, DC, USA
✉ : jmerryman@gastro.org
Website: www.ddw.org

11th European Pediatric Neurology Society Congress (EPNS 2015)
26-30 Mei 2015
Vienna, Austria
Website: www.epns2015.org

11th Asian Pacific Congress of Hypertension (APCH)
4-7 Juni 2015
Nusa Dua Convention Center-

Nusa Dua Bali
✉ : apch2015@inash.or.id
Website: www.apch2015.org

26th Annual Meeting of the European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC 2015)
10-13 Juni 2015
Vilnius, Lithuania
Web: http://www.kenes.com/espnic
✉ : espnic@kenes.com

European Academy of Paediatrics-Congress and Mastercourse 2015
17-20 September 2015
Oslo, Norwegia
Website: www.eapcongress.com

Gastro 2015 AGW/WGO International Congress Gastroenterological Society of Australia and World Gastroenterology Organisation
28 September - 2 Oktober 2015
Brisbane, Queensland, Australia
✉ : info@worldgastroenterology.org
Website: www.gastro2015.com

14th European Congress of Internal Medicine
13-16 Oktober 2015
Moscow, Russia



21st World Congress of Gynecology and Obstetrics
4-9 Oktober 2015
Canada

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

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

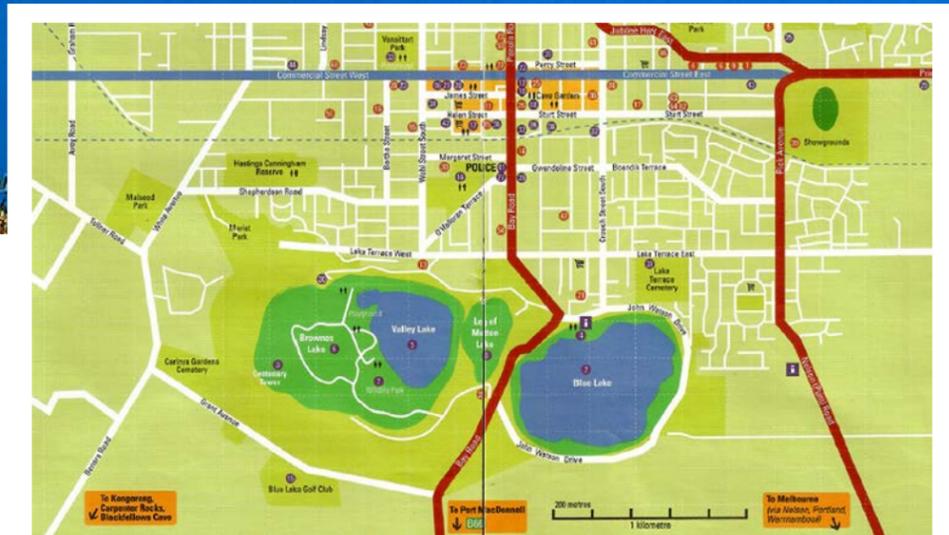


Hardini Arivanti

MOUNT GAMBIER, ADELAIDE

BLUE LAKE

YANG MENYIMPAN MISTERI



Terik sinar matahari yang mencapai sekitar 42° C di akhir bulan Desember seolah tak terasa saat kedua mata terpaku pada keindahan danau Blue Lake. Lidah pun spontan mengucapkan rasa syukur atas ciptaan Yang Maha Kuasa melihat birunya warna Blue Lake yang terletak di Mount Gambier. Rasa takjub yang begitu besar seketika membuang rasa lelah dan penat setelah menempuh perjalanan dengan mobil selama lima jam dari Adelaide ke kota Mount Gambier. Mount Gambier adalah sebuah kota yang terletak di sebelah tenggara Adelaide dan memiliki populasi sekitar 25.000 orang dan berjarak hampir 450 kilometer.

Blue Lake terletak pada tiga buah kawah volkano yang sudah padam dan memancarkan air sebinging kristal yang telah tersaring di bagian bawah lapisan batu kapur, yang membentang di kota tersebut.

Setiap tahunnya, terutama di bulan November, Blue Lake mulai berubah warna dari warna biru winter steel menjadi biru brilliant turquoise. Pada bulan Maret, warnanya akan kembali menjadi warna blue steel. Perubahan warna tersebut masih tetap menjadi misteri tersendiri. Bahkan bila Anda menanyakannya kepada penduduk lokal, mereka pun akan menjawab tidak tahu.

Di sana, wisatawan yang datang untuk menikmati keindahan panorama Blue Lake, tak akan kesulitan untuk mengetahui asal usul danau cantik tersebut. Sebab, di pinggir danau, terpampang gambar-gambar yang menjelaskan proses terjadinya danau tersebut.

Blue Lake memiliki luas sekitar 500 meter dengan kedalaman sekitar 70 meter, dan kapasitas air sebanyak 36.000 juta meter (ML). Selain dapat dinikmati keindahannya, Blue Lake juga menjadi salah satu sumber air kota yang mampu memompakan sekitar 3.500 ML air setiap tahun yang ditampung pada tangki-tangki air. Akibat gravitasi, air dari danau akan mengalir kota dan daerah sekitarnya. Dengan fungsi tersebut, diberlakukan peraturan larangan berenang atau menyelam di danau tersebut.

Keunikan Blue Lake

Blue Lake di kota Mount Gambier ini sangat unik. Mungkin di negara atau kota lain

juga memiliki danau dengan air berwarna biru, namun hanya warna Blue Lake yang mengalami perubahan secara dramatis setiap tahunnya.

Mengapa airnya berwarna biru? Pasti pertanyaan ini akan terlintas di benak sambil tak puas-puasnya memandangi Blue Lake. Sebenarnya air danau tak selamanya berwarna biru. Bila musim panas tiba (summer), sinar matahari yang dipantulkan oleh danau memiliki variasi warna yang didominasi warna biru. Sedangkan pada musim dingin (winter), sinar tersebut berkurang dan air danau yang bila dilihat secara detil akan sedikit berwarna hijau.

Salah satu teori yang mungkin dapat menjelaskan, warna biru tersebut merupakan hasil proses floresensi melarutnya benda-benda organik yang terbentuk di bagian lapisan atas danau. Teori lain berpendapat, warna biru disebabkan oleh proses absorpsi semua radiasi oleh batu kristal di permukaan danau. Air, gas, dan beragam partikel (diameter < 0,0000005 m) memancarkan cahaya ke segala arah akibat fluktuasi densitasnya. Warna biru lebih kuat terpancar dibandingkan warna lainnya.

Di sekitar Blue Lake juga terdapat danau lain, yakni Valley Lake yang airnya berwarna kehijauan. Kedua danau tersebut selalu dipenuhi penduduk sekitar maupun wisatawan yang ingin menikmati hangatnya sinar matahari sambil membaca buku, atau sekadar menikmati ulah lucu bebek-bebek yang mencari makan dan berenang. Bagi anak-anak juga disediakan tempat bermain di area playground di tepian Valley Lake.

Valley Lake

Setelah puas menikmati pemandangan danau, tempat lain yang dapat dikunjungi adalah 'cagar alam' mini. Di sana, bila Anda beruntung dapat melihat --bahkan menggendong-- koala dan kanguru. Namun sayangnya, kedua hewan khas Australia tersebut tidak tahan dengan teriknya matahari saat itu yang mencapai lebih dari 40°C, sehingga keduanya hanya akan berlindung di balik pepohonan yang cukup rindang sehingga sulit ditemukan.

Menikmati Lengahnya Kota Mount Gambier

Mungkin kota ini jarang menjadi tujuan

wisata. Saya memutuskan untuk ke kota ini karena memenuhi undangan salah satu teman untuk merayakan malam tahun baru (menjelang tahun 2013) bersama keluarganya. Selama saya di kota ini, sepertinya tidak pernah bertemu dengan turis mancanegara lainnya karena mungkin kota ini bukan sebagai tujuan wisata yang terkenal. Tetapi sebagai gantinya, saya menemui keramah-tamahan yang luar biasa dari penduduk setempat. Mereka terbiasa bertegur sapa hanya untuk mengucapkan selamat pagi (misalnya) walau tidak mengenal satu sama lain. Tentu kebiasaan ini tidak bisa kita temui di Jakarta.

Penduduk disini kebanyakan hidup dari hasil peternakan, dan menjadikan Mount Gambier sebagai salah satu kota penyedia susu dan daging sapi terbesar di Australia. Selain itu hasil ikan pun juga cukup melimpah dari danau-danau yang ada di kota ini.

Teman-teman baru yang saya kenal disana, seringkali bercerita melihat kanguru liar terlihat di halaman belakang rumahnya atau bahkan bila beruntung melihat kanguru menyeberang jalan secara tiba-tiba. Namun keinginan saya bertemu dengan hewan liar ini, tidak juga terwujud walau sudah menunggu di tepi hutan sekali pun. Hawanya terlalu panas sehingga hewan-hewan ini lebih baik berteduh dibandingkan berkeliaran.

Ada hal yang unik yang saya temukan, yaitu Wishing Well, sebuah sumur seperti layaknya di sebuah cerita dongeng Snow White. Menurut cerita, 'sumur' ini dapat mengabulkan permintaan, namun sebelum mengucapkan permintaan, kita harus melempar koin ke dalamnya. Layak juga dicoba, tetapi terkabul atau tidaknya, tergantung dari keyakinan masing-masing. Nantinya koin-koin yang terkumpul akan dikumpulkan oleh pemerintah setempat dan diberikan kepada orang-orang yang tidak mampu. MD



Salah satu sudut kota Mount Gambier



Gedung Town Hall



Wishing Well



Valley Lake