



TABLOID MD

INSIDER'S INSIGHT

Area distribusi Tabloid MD :



FOR MEDICAL PROFESSIONALS ONLY

JUNI 2018

3 Sekilas Dermatitis Popok pada Anak



MD PRACTICE

8 Ketoasidosis Diabetikum pada Anak dengan Diabetes Mellitus Tipe 1



MD CASE EXPERIENCE

11 Idiopathic Pulmonary Fibrosis dan Pengobatannya



MD INSIGHT

14 Penapisan Kanker Kolorektal pada Praktik Klinik Sehari-Hari



MD PRACTICE

MD HEADLINES

Pendekatan DIAGNOSIS DAN TERAPI SINDROM OVERAL ASMA-PPOK

Sindrom *overlap* Asma-PPOK (ACOS) adalah entitas klinis yang sering ditemui namun sulit didefinisikan secara pasti. ACOS menyumbang sekitar 15-25% penyakit jalan napas obstruktif dan pasien mengalami prognosis lebih buruk dibandingkan dengan asma atau PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik) saja. Pasien dengan ACOS memiliki faktor risiko gabungan merokok dan atopi, umumnya lebih muda daripada pasien PPOK dan mengalami eksaserbasi akut dan tingkat keparahan penyakit yang lebih tinggi daripada PPOK tunggal. Pertimbangan farmakoterapi memerlukan pendekatan terpadu, pertama untuk mengidentifikasi fenotip klinis yang relevan, kemudian menentukan terapi terbaik yang tersedia.

Dalam praktik klinis, memisahkan asma dari PPOK sulit dilakukan karena adanya tumpang tindih ciri khas kedua penyakit tersebut. Pedoman yang ada untuk asma, seperti pedoman GINA dan untuk PPOK, seperti pedoman pengobatan GOLD tidak sepenuhnya menangkap heterogenitas asma dan PPOK, termasuk ACOS, dan juga tidak mempersiapkan dokter untuk mendapatkan

respons beragam terhadap farmakoterapi, terutama resistensi kortikosteroid.

Fenotipe Asma-PPOK campuran didefinisikan sebagai penyumbatan aliran udara yang tidak sepenuhnya reversibel disertai gejala atau tanda peningkatan reversibilitas obstruksi. Dalam panduan lain, pasien digambarkan sebagai 'pasien dengan PPOK dan komponen asma yang menonjol' atau asma yang menyulitkan PPOK. Para ahli telah mendefinisikan ACOS sebagai satu dari dua fenotipe klinis sebagai berikut:

- Asma dengan obstruksi aliran udara parsial reversibel - yaitu, berdasarkan perubahan FEV1 dengan bronkodilator - dengan atau tanpa emfisema atau penurunan kapasitas difusi karbon monoksida (DLco) menjadi <80% prediksi;
- PPOK dengan emfisema disertai dengan obstruksi aliran udara reversibel atau parsial reversibel, dengan atau tanpa alergi lingkungan atau mengurangi DLco.

Dengan demikian para ahli menganjurkan kriteria utama ACOS berikut: diagnosis asma dan PPOK pada satu pasien, riwayat atau bukti

atopi, peningkatan IgE total, usia 40 tahun atau lebih, merokok >10 tahun-pak, FEV1 pasca bronkodilator <80% prediksi dan FEV1/FVC <70%. Peningkatan $\geq 15\%$ pada FEV1 atau $\geq 12\%$ dan ≥ 200 ml pada pengobatan pas-cabronkodilator dengan salbutamol adalah kriteria minor.

Pedoman GINA tahun 2018 merekomendasikan pengobatan fenotipe asma-PPOK campuran dengan ICS dan bronchodilator kerja panjang (LABD) sebagai pilihan pertama untuk memperbaiki fungsi paru, gejala pernapasan dan untuk mengurangi eksaserbasi.

Dengan tingkat keparahan klinis yang lebih besar, mereka merekomendasikan untuk menambahkan antagonis reseptor muskarinik long acting (LAMA) terhadap terapi kombinasi ICS+LABD sebagai bagian dari terapi tripel. Dalam kasus yang lebih berat, teofilin atau roflumilast dapat ditambahkan. MD

Daftar Pustaka

- Ann. Intern. Med. 155(3), 179-191 (2011)
- Am. J. Respir. Crit. Care Med. 182(5), 598-604 (2010).
- Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2018.

DINGIN KOK DITIUP?

GEJE
[*gak jelas*]

#AdaAQUA

www.AdaAQUA.com

Dehidrasi ringan dapat menurunkan konsentrasi dan fokus.
* Penelitian menunjukkan dehidrasi ringan menyebabkan penurunan kognitif dan mood.
** Penelitian menunjukkan dehidrasi ringan menyebabkan penurunan kognitif dan mood.



DAFTAR ISI

1



Pendekatan Diagnosis dan Terapi Sindrom Overal Asma-PPOK

2



Editorial - MD Inbox

3



Sekilas Dermatitis Popok pada Anak

4



Memilih Spesialisasi

5



Menyibak Potensi Air untuk Mencegah Resistensi Insulin

6



Langkah Diagnosis dan Tata Laksana Asma Berat untuk Praktik Sehari-hari

7



Penanganan Akne Dengan Dermatokosmetik

8



Ketoasidosis Diabetikum pada Anak dengan Diabetes Mellitus Tipe 1

10



Hari Anti Narkoba Internasional

11



Idiopathic Pulmonary Fibrosis dan Pengobatannya

12



Mifepristone: Efektif dalam Penatalaksanaan Keguguran Dini

13



Penyakit Kulit Mematikan mendapat Obat Baru Pertama setelah 60 Tahun

14



Penapisan Kanker Kolorektal pada Praktik Klinik Sehari-Hari

15



2018

Calendar Events

16



Sumba Overland Tour

MD
EDITORIAL

Dear pembaca MD,

Edisi Juni 2018 ini kami menyampaikan tips dalam memilih spesialisasi mengingat pilihan karir terbuka luas setelah lulus dari fakultas kedokteran dan menjadi dokter umum atau melanjutkan studi menjadi dokter spesialis.

Jangan lupa luangkan waktu membaca tuntas *case management* yang membahas ketoasidosis diabetikum pada anak dengan DM tipe 1. Untuk membantu memperluas wawasan, MD juga mengulas penapisan kanker kolorektal dalam praktik sehari-hari. Artikel lain juga tak kalah menariknya ...

Untuk membantu MD dalam memenuhi kebutuhan sejawat akan informasi dunia medis, saran, kritik atau masukan pembaca akan selalu kami nantikan.

Salam MD!

Chairperson:
Irene Indriani G., MD

Business Manager:
Hardini Arivianti

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

Designers:
Joshua Didi
Irene Riyanto
C. Rodney

Contributors:
Darmadi Hariyanto, MD
Erinna Tjahjono, MD
Alvin Saputra, MD

Marketings/Advertising contact:
Lili Soppanata | 08151878569
Bambang Sapta N. | 08128770275
Wahyuni Agustina | 087770834595

Distribution:
Ardy Angga Irawan

Publisher:
CV INTI MEDIKA
Jl. Ciputat Raya No. 16
Pondok Pinang, Jak-Sel 12310

(021) 75911406
info@tabloidmd.com
www.tabloidmd.com

ISSN No. 2355-6560

Artikel berbahasa Inggris?

Salam kenal, Tabloid MD.

Kebetulan saya membaca TabloidMD dari versi digital, yaitu dari kiriman WA teman saya yang ada di Indonesia. Saat ini saya tidak tinggal di Indonesia, tetapi di negara tetangga. Ada dua hal yang ingin saya tanyakan :

1. Apakah boleh mencantumkan institusi saat saya bekerja saat ini, yang bukan di insitusi Indonesia , dan bukan institusi pelayanan kesehatan?
2. Apakah boleh mengirimkan artikel dalam bahasa Inggris ? Sebab saya ada beberapa artikel yang telah saya buat namun dalam bahasa Inggris.

Terima kasih banyak atas perhatiannya.

Salam,
Gilbert Alamsyah
Australia

Terima kasih Pak Gilbert,

Memang kami juga mengedarkan TabloidMD dalam format PDF, agar dapat dibaca siapa saja tidak terbatas edisi cetaknya.

Untuk pertanyaan pertama, institusi yang dicantumkan boleh saja dari mana saja, selama memang benar dan sah. Namun tanggung jawab terhadap pencantumannya menjadi tanggung jawab penulis. Redaksi tidak bertanggungjawab bila institusi tersebut di kemudian hari keberatan pencantumannya.

Untuk pertanyaan kedua, kami lebih mengharapkan tulisan dalam bahasa Indonesia. Mohon artikel dapat diterjemahkan dahulu untuk memudahkan pembaca lainnya.

Terima kasih banyak atas suratnya.
Redaksi Tabloid MD



Sekilas

DERMATITIS POPOK PADA ANAK

dr. Nofilia Citra Candra
Rumah Sakit Husada



Popok adalah bukti dari kemajuan teknologi yang menjadi salah satu unsur penting untuk memudahkan seorang ibu dalam merawat buah hatinya. Dermatitis popok (*nappy rash/diaper dermatitis/napkin dermatitis*) merupakan suatu kondisi dimana terjadinya proses inflamasi kulit pada area yang tertutup oleh popok.¹ Kejadian ini dapat mengenai segala jenis kelamin dan usia. Komposisi serta material popok dapat mempengaruhi kejadian terjadinya ruam.² Di lingkungan yang beriklim tropis, ditemukan kejadian dermatitis popok hingga 79,7% pada bayi yang menggunakan popok dalam aktivitas sehari-harinya.³

Penyebab terjadinya dermatitis popok bermacam-macam, antara lain karena hidrasi berlebihan yang menyebabkan fungsi pelindung kulit hancur, sehingga zat yang bersifat iritan dapat masuk ke kulit sehat dengan mudah. Zat sisa yang terus menempel di area popok berupa urine dan feses (di mana keduanya mengandung suatu enzim protease dan lipase) dapat meningkatkan pH kulit sehingga mudah terjadi inflamasi. Infeksi mikroorganisme yang tersering adalah jamur jenis *Candida albicans*, dimana infeksi dapat terjadi setelah adanya iritasi sejak 48 jam hingga 72 jam pertama. Faktor nutrisi juga berpengaruh,

yaitu kekurangan zat zinc dan biotin juga menjadi tersangka penyebab dermatitis popok. Selain itu iritasi dengan pembersih yang banyak mengandung unsur detergen (pakaian popok berulang-ulang dengan cara dibersihkan), penggunaan antibiotik spektrum luas (mencetuskan pertumbuhan *Candida albicans* berlebih), dan yang terakhir adalah kelainan pada traktus urinarius.¹

Gejala klinis dermatitis popok biasanya diawali dengan bayi yang lebih rewel, bahkan bayi dapat menangis bila area popok dibersihkan dengan tisu saja. Gambaran dermatitis popok dapat ber-

macam-macam, dari ringan hingga berat. Dimulai hanya dari sebuah kemerahan ringan hingga timbulnya infeksi jamur disertai papul, pustular, dan erosi kulit di area setempat.² Luas area juga dapat menjadi penentu ringan dan berat, dimana inflamasi ringan terjadi kurang dari 10% luas area, dan jika melebihi 10% luas area dianggap berat dan biasanya disebabkan infeksi jamur *Candida albicans*.⁴

Diagnosis dermatitis popok biasanya tidak diperlukan pemeriksaan laboratorium, cukup dengan menemukan ruam disertai riwayat pemakaian popok.

Perawatan dermatitis popok dapat

dilakukan di rumah yakni dengan mengganti popok lebih sering guna memastikan area popok tidak lembab, oleskan salep pelindung salah satunya adalah *zinc oxide*, dan yang terakhir adalah berikan waktu pada buah hati anda untuk bebas popok sementara waktu hingga inflamasi membaik ataupun hilang.

Jika tidak segera membaik perawatan medis perlu dipertimbangkan dengan diberikan salep anti jamur jika ruam masih bertahan lebih dari 3 hari. Oleskan salep kortikosteroid potensi lemah, jika sudah dipastikan bukan infeksi jamur. Dapat pula digunakan salep antibiotik jika ruam tidak membaik atau timbulnya impetigo bullosa. Bila inflamasi sudah memberat atau semakin meluas, pertimbangkan pemakaian antibiotik secara oral.^{1,4,5}

Cara mencegah dermatitis popok antara lain menggunakan popok yang disertai gel penyerap, bersihkan kedua tangan sebelum menyentuh area popok, pastikan area popok tetap kering, dan jika terdapat diare hendaknya langsung

dibersihkan. Gunakan tisu basah khusus bayi, hindarkan pembersih yang terlalu banyak mengandung deterjen, dan pastikan gizi buah hati terpenuhi dengan baik. Jika buah hati memiliki riwayat dermatitis atopik hendaknya diberikan krim pelindung terlebih dahulu sebelum menyentuh popok dan gunakan popok 1 kali pakai.^{1,2,3} MD

Daftar Pustaka :

1. Server Serdaroglu, MD, Tugba Kevser Ustabas, MD. Diaper Dermatitis (Napkin Dermatitis, Nappy Rash). Journal of The Turkish Academy of Dermatology. 2010; 4(4).
2. Marty O, Visscher, Steven B, Hoath. Diaper Dermatitis. Irritant Dermatitis. Spr. inger. Berlin.2006. P37-50.
3. Biranjia-Hurdoyal SD, Pandamikum L. A Study to Investigate the Prevalence of Nappy Rash among Babies Aged 0 to 36 Months Old in Tropical Country. Austin Journal of Dermatology. 2015 June 26;2(2).
4. Sandra Lawton. Guideline for the Management of Nappy Rash. Nottingham Children's Hospital. 2013 October.
5. Elfaituri SS. Diaper Rash: Frequency, Causes dan Type of Inflammation among Under Five Years Old Libyan Pediatric Patients. Clinical Dermatology Open Access Journal. 2016 November 28;1(1):000102.





MEMILIH SPESIALISASI

Martin Leman

Setelah lulus dari fakultas kedokteran dan menjadi dokter umum, pilihan karir selanjutnya terbuka luas. Di antaranya adalah menjadi praktisi dokter umum atau melanjutkan menjadi dokter spesialis. Pilihan karir sebagai dokter umum sangatlah banyak variasinya, baik sebagai klinisi maupun non klinisi. Di sisi lain, menjadi dokter spesialis akan membawa pada bidang yang lebih spesifik.

Memilih bidang spesialisasi bagi sebagian orang mungkin tampak mudah, namun bagi sebagian lain mungkin malah sangat membingungkan. Hal yang juga menjadi masalah adalah untuk menjadi dokter spesialis, seseorang harus menjalani masa pendidikan lagi – yang tidak sebentar dan tidak ringan-, dan setelahnya pun ia akan berkecimpung dalam bidang itu seterusnya....

Tulisan ini mencoba memberikan beberapa hal yang bisa menjadi bahan acuan pertimbangan dalam memilih bidang spesialisasi kedokteran. Tanpa bermaksud memandang lebih tinggi suatu bidang spesialisasi, tulisan ini mencoba menuntun proses pemilihan yang lebih sesuai dengan karakter dan keinginan diri seorang dokter umum....

1. Ketahui bidang spesialisasi yang ada

Sebagai langkah awal, buatlah daftar bidang spesialisasi apa saja yang ada saat ini. Jangan mengandalkan pengalaman saat pendidikan dokter umum saja, karena tidak semua bidang spesialisasi sudah diberikan di tingkat dokter umum. Bidang tersebut bukan tidak penting, tetapi mungkin memang masuk ke tingkat layanan lebih

lanjut atau masih terintegrasi dengan bidang lain di tingkat layanan primer. Beberapa contoh bidang yang tidak berdiri sendiri ketika menjalani pendidikan kedokteran umum, misalnya bidang kedokteran fisik dan rehabilitasi, mikrobiologi klinik, kedokteran kerja, radioterapi, dan sebagainya.

2. Pahami karakter diri dan kecocokan dengan bidang spesialisasi.

Seperti halnya karakter setiap orang berbeda, bidang spesialisasi juga memiliki karakter yang berbeda satu sama lain. Tidak ada salahnya mengikuti tes kepribadian untuk memahami kecocokan diri dengan lingkungan kerja yang diinginkan. Beberapa literatur menganjurkan tes Myers Brigg sebagai acuan untuk mengetahui kepribadian diri.

Paling tidak kita perlu mencoba memilah apakah termasuk yang senang analitik (misalnya bidang penyakit dalam dan kesehatan anak) atau lebih banyak melakukan tindakan medis (misalnya bidang bedah)? Apakah lebih senang berinteraksi dengan pasien secara lama (misalnya bidang kesehatan jiwa), atau malah tidak terlalu banyak berinteraksi dengan pasien (misalnya bidang patologi klinik)?

Apakah selalu menghadapi anak kecil (misalnya bidang kesehatan anak) atau lebih senang orang dewasa (misalnya bidang penyakit dalam)? Apakah lebih senang memahami sesuatu secara umum tetapi tidak mendalam (misalnya bedah umum), atau lebih senang hal khusus tetapi sangat mendalam (misalnya bidang THT)?

3. Ketahui bidang yang membuat sangat tertarik atau malah tidak senang

Selagi bertugas sebagai dokter umum, biasanya kita akan bertemu dengan berbagai macam kasus dan pasien. Coba perhatikan kasus apa yang membuat kita tertarik (dan ingin tahu lebih banyak). Sebaliknya perhatikan pula jenis kasus apa yang cenderung ingin kita hindari berurusan terlalu lama.

Perhatikan pula pola pasiennya, apakah kita nyaman menghadapinya? Sebagai contoh, di bidang kesehatan anak, sudah pasti tiap hari menghadapi anak rewel, mengamuk, menangis, dan tidak jarang pula disertai orang tua yang panik akan kondisi anaknya. Di sisi lain, bidang kedokteran bedah dan traumatologi akan menghadapi situasi gawat darurat yang kerap kali harus

segera cepat melakukan tindakan medis, dan tidak jarang menghadapi kondisi pasien sangat kritis.

4. Pahami pola kerja bidang tersebut.

Pola kerja di setiap bidang tentu tidak sama. Ada beberapa bidang yang mewajibkan kita 'stand by' dan 'on call' pada hari tertentu karena dapat terjadi kasus gawat darurat sewaktu-waktu (dan akhirnya harus ke RS), misalnya bidang bedah, kebidanan, dan traumatologi. Sebaliknya ada pula beberapa bidang yang bisa dibalang tidak ada istilah gawat darurat yang mewajibkan dokter sewaktu-waktu harus ke RS, misalnya bidang kedokteran fisik dan rehabilitasi, bidang gizi medik, bidang radiologi, dan sebagainya.

Perhatikan pula apakah bidang tersebut dalam keseharian pekerjaannya dapat bekerja sendiri (misalnya ahli penyakit dalam) atau harus dalam fasilitas RS (misalnya ahli anestesi) atau bahkan RS besar (misalnya ahli radioterapi). Pahami juga apakah dalam pekerjaan memerlukan berbagai alat khusus (misalnya ahli kandungan) atau relatif tidak ada peralatan yang khusus (misalnya ahli gizi).

5. Upayakan magang atau jalani sebagian

Tanpa terjun ke dalam bidang tersebut, biasanya kita tidak akan benar-benar paham dunia spesialisasi tersebut. Upayakanlah magang atau bekerja di bidang tersebut, agar dapat merasakan dunia tersebut lebih banyak. Tidak jarang terdapat peserta pendidikan dokter spesialis yang baru merasa 'salah jurusan' ketika sudah menjalani pendidikan selama 1-2 tahun. Umumnya mereka adalah peserta pendidikan yang

tidak sempat menjalani masa praktek sebagai dokter umum cukup lama, atau yang kurang terpapar dengan pengalaman klinis di bidang terkait.

Bagi dokter umum yang baru lulus, pengalaman internship dan praktek sebagai dokter jaga di rumah sakit umumnya memberikan cukup banyak pengalaman nyata yang membantu dalam memilih bidang spesialisasi.

6. Pilih sesuai keinginan sendiri tanpa paksaan.

Pilihan bidang spesialisasi merupakan pilihan karir yang akan dijalani selanjutnya, dan dapat dibalang tidak akan lepas selamanya. Jadi pilihlah sesuai *passion* diri sendiri, tanpa ada paksaan. Tidak sedikit dokter yang menjalani bidang spesialisasi karena 'meneruskan' karir orang tua menjadi tidak menikmati hidup karena bukan bidang pilihan diri sendiri. Profesi dokter spesialis akan terasa berat dan menjadi beban bila tidak merupakan *passion* atau keinginan diri sendiri. Sebaliknya dengan *passion* dan keinginan dalam diri sendiri, pengembangan diri dan karir tidak menjadi beban yang dirasa berat. Di sisi lain, dukungan keluarga juga perlu dikompromikan, karena tanpa hal ini semua akan terasa berat.

Pertimbangan juga sebaiknya tidak berdasarkan pertimbangan keinginan pendapatan finansial semata. Pilihan profesi medis yang didasari utamanya oleh pertimbangan memperoleh penghasilan finansial yang setinggi-tingginya akan membawa beban pekerjaan, kurangnya *passion* untuk berkarya sebaik-baiknya, dan menghilangkan norma mulia seorang dokter. **MD**

MENYIBAK POTENSI AIR UNTUK MENCEGAH RESISTENSI INSULIN

dr. Davrina Rianda

Sejak lama, edukasi kesehatan untuk kecukupan asupan air diselenggarakan demi menjaga status hidrasi masyarakat. Menariknya, beberapa tahun belakangan, penelitian mengenai pentingnya kecukupan air ini mengalami perluasan. Air dipandang tidak hanya sekadar untuk mencegah dehidrasi, tetapi juga memiliki potensi untuk mencegah dan menghambat evolusi penyakit kronis, salah satunya adalah Diabetes Mellitus (DM) dengan resistensi insulin sebagai bagian utama dari patofisiologi DM.

Fungsi air dalam mencegah resistensi insulin banyak dihubungkan dengan efek hidrasi pada vasopresin, suatu hormon yang dilepaskan dari hipofisis posterior pada kondisi hipovolemia, misalnya pada kondisi kurangnya hidrasi akibat rendahnya asupan air.¹ Vasopresin akan menjaga osmolalitas plasma dengan memicu reabsorpsi air di ginjal. Namun demikian, vasopresin juga memiliki efek lain di luar kaitannya dengan menjaga status hidrasi. Hormon ini menstimulasi glikogenolisis dan glukoneogenesis melalui reseptor vasopresin 1a (V1aR) di hati, serta memicu pelepasan insulin atau glukagon pada pankreas melalui reseptor vasopresin 1b (V1bR).^{2,3} Lebih lanjut lagi, vasopresin memediasi pelepasan hormon adrenokortikotropik (ACTH) dari hipofisis anterior dan mengaktifasi aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA). Menariknya, tidak seperti aksis HPA yang normalnya memiliki umpan balik negatif, peningkatan sekresi ACTH yang distimulasi oleh vasopresin melalui V1bR di hipofisis tidak memiliki umpan balik negatif.^{4,5} Akibatnya, terjadi *vicious cycle* yang menyebabkan hipersekresi dari kortisol dan memunculkan fenotip yang meningkatkan risiko munculnya DM.⁶ Pada salah satu studi dengan hewan coba,

didapatkan bahwa peningkatan vasopresin mengganggu toleransi glukosa.⁷

Dalam berbagai studi, pengukuran vasopresin dilakukan dengan mengukur kadar kopeptin, suatu bagian C-terminal dari protein prekursor vasopresin. Hal ini disebabkan oleh kopeptin lebih stabil secara *in vitro* dan dilepaskan dengan rasio 1:1 dengan vasopresin.^{8,9} Pada penelitian oleh Canivell dkk (2017), didapatkan adanya korelasi positif antara kopeptin dengan *Homeostatic Model Assessment of Insulin Resistance* (HOMA-IR) sebagai penanda resistensi insulin.¹⁰ Penelitian ini juga menilai apakah aktivitas 11 β -hiroksisteroid-dehidrogenase-tipe 2 (11 β -HSD2), suatu enzim yang diekspresikan di sel mineralokortikosteroid dengan stimulasi oleh vasopresin, menjembatani hubungan antara kopeptin plasma dengan resistensi insulin. Berdasarkan analisis multivariat, korelasi positif antara kopeptin dengan HOMA-IR didapatkan pada usia yang lebih tua atau pada aktivitas 11 β -HSD2 yang tinggi.

Studi lain yang mendapatkan hasil serupa untuk hubungan insulin dengan HOMA-IR adalah studi yang dilakukan Roussel dkk (2016).⁸ Pada studi kohort (n=5.110) tersebut, kadar kopeptin plasma pada kuartil teratas memiliki hubungan yang signifikan dengan sensitivitas insulin yang lebih rendah pada *baseline* dan *follow-up*. Studi ini juga menemukan adanya

peningkatan insidens hiperglikemia yang signifikan pada subyek dengan variasi gen *arginine vasopressin-neurophysin II* (AVP). Pada studi kohort lainnya (n = 3.702), didapatkan subyek yang mengalami *new-onset* DM setelah *follow up* selama 12,6 tahun memiliki median kadar kopeptin yang lebih tinggi 40% dibandingkan kontrol pada *baseline* (6,74 vs 4,9 pmol/L).¹¹ Risiko munculnya DM yang berkaitan dengan kadar kopeptin selanjutnya diteliti pada studi kohort (n = 3.226) pada laki-laki berusia 60 – 79 tahun.¹² Sebagai hasil, ditemukan risiko DM meningkat terutama pada laki-laki dengan kadar kopeptin plasma yang tinggi > 6,79 pmol/L (*adjusted HR* = 1,78, 95%CI 1,34 – 2,37).

Di tahun 2017, Enhorning dkk melakukan studi untuk melihat efek hidrasi pada kadar kopeptin, glukosa, insulin, dan glukagon plasma pada 37 subyek berusia 20 – 70 tahun.¹³ Studi ini dilakukan melalui pemberian asupan air yang tinggi (3 L/hari) selama 1 minggu intervensi dan diikuti dengan asupan air sesuai kebiasaan subyek selama 1 minggu kontrol. Pada studi ini, ditemukan efek penurunan glukagon puasa yang signifikan pasca-intervensi pada *water-responders*, yaitu subyek dengan kadar kopeptin yang tinggi dan urin yang lebih terkonsentrasi pada pre-intervensi. Sekresi glukagon yang tinggi yang umumnya muncul jauh sebelum adanya gangguan toleransi glukosa merupakan salah satu faktor risiko munculnya toleransi glukosa terganggu dan DM tipe 2.^{14,15} Namun demikian, pada studi ini tidak



studi tersebut menunjukkan bahwa meskipun kadar kopeptin yang meningkat adalah suatu mekanisme kompensasi fisiologis pada status hidrasi manusia, hal tersebut juga berhubungan dengan peningkatan risiko DM. Menurunkan kadar kopeptin plasma hingga < 5 pmol/L yang sebenarnya cukup dengan meningkatkan asupan air, sangat bermanfaat bagi kesehatan dalam jangka panjang. Dengan semakin berkembangnya studi yang menghubungkan hidrasi dengan pencegahan resistensi insulin, hal ini semakin memperkuat pula pentingnya melakukan edukasi kecukupan hidrasi demi menjaga kesehatan dalam aspek yang lebih luas. MD

terdapat perbedaan kadar glukosa darah dan insulin yang bermakna. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh periode studi selama 1 minggu terlalu pendek untuk melihat perubahan kondisi metabolik.

Berbagai temuan pada studi-

Daftar Pustaka :

- Guelinckx I, Vecchio M, Perrier ET, Lemetais G. Fluid intake and vasopressin: connecting the dots. *Ann Nutr Metab.* 2016; 68(suppl 2): 6-11.
- Bankir L, Bichet DG, Morgenthaler NG. Vasopressin: physiology, assessment and osmosensation. *J Intern Med.* Okt 2017; 282(4): 284-97.
- Abu-Basha EA, Yibchok-Anun S, Hsu WH. Glucose dependency of arginine vasopressin-induced insulin and glucagon release from the perfused rat pancreas. *Metabolism.* 2002;51:1184-90.
- Fujiwara Y, Hiroshima M, Sanbe A, Aoyagi T, Birumachi J, Yamauchi J, et al. Insulin hypersensitivity in mice lacking the V1b vasopressin receptor. *J Physiol* 2007;584(pt 1):235-244.
- Tanoue A, Ito S, Honda K, Oshikawa S, Kitagawa Y, Koshimizu TA, et al. The vasopressin V1b receptor critically regulates hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity under both stress and resting conditions. *J Clin Invest.* 2004;113:302-309.
- Melander O. Vasopressin, from regulator to disease predictor for diabetes and cardiometabolic risk. *Ann Nutr Metab.* 2016; 68(suppl 2): 24-28.
- Taveau C, Chollet C, Wseckel L, Desposito D, Bichet DG, Arthus MF, et al. Vasopressin and hydration play a major role in the development of glucose intolerance and hepatic steatosis in obese rats. *Diabetologia.* Mei 2015; 58(5): 1081-90.
- Morgenthaler NG, Struck J, Alonso C, Bergmann A. Assay for the measurement of copeptin, a stable peptide derived from the precursor of vasopressin. *Clin Chem.* 2006;52:112-9.
- Balanescu S, Kopp P, Gaskill MB, Morgenthaler NG, Schindler C, Rutishauser J. Correlation of plasma copeptin and vasopressin concentrations in hypo-, iso-, and hyperosmolar States. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96:1046-52.
- Canivell S, Mohaupt M, Ackermann D, Puijm M, Guessous I, Ehret G, et al. Copeptin and insulin resistance: effect modification by age and 11 β -HSD2 activity in a population-based study. *J Endocrinol Invest.* Des 2017. doi: 10.1007/s40618-017-0807-7.
- Enhorning S, Wang TJ, Nilsson PM, Almgren P, Hedblad B, Berglund G, et al. Plasma copeptin and the risk of diabetes mellitus. *Circulation.* 2010;121:2102-2108.
- Wannamethee SG, Weish P, Papacosta O, Lennon L, Whincup PH, Sattar N. Copeptin, insulin resistance, and risk of incidence diabetes in older men. *J Clin Endocrinol Metab.* Sep 2015; 100(9): 3332-9.
- Enhorning S, Tasevska I, Roussel R, Bouby N, Persson M, Burri P, et al. Effects of hydration on plasma copeptin, glycemia and gluco-regulatory hormones: a water intervention in humans. *Eur J Nutr.* Des 2017. <https://doi.org/10.1007/s00394-017-1595-8>
- Cryer PE. Minireview: Glucagon in the pathogenesis of hypoglycemia and hyperglycemia in diabetes. *Endocrinology.* 2012;153:1039-48
- Ahren B. Beta- and alpha-cell dysfunction in subjects developing impaired glucose tolerance: outcome of a 12-year prospective study in postmenopausal Caucasian women. *Diabetes.* 2009;58:726-31.



Langkah Diagnosis dan Tata laksana Asma Berat untuk Praktik Sehari-hari

dr. Stevent Sumantri, D.A.A, Sp.PD

Bagian Ilmu Penyakit Dalam
Fakultas Kedokteran Universitas Pelita Harapan
Rumah Sakit Umum Siloam Karawaci

Meskipun hanya 3%-10% penderita asma tergolong asma berat, kondisi ini berkontribusi sebesar 60% dari semua biaya dan komplikasi terkait. Beban yang disebabkan asma berat setara dengan kondisi-kondisi lain yang intensif sumber daya seperti diabetes tipe 2, penyakit paru obstruktif kronik, dan stroke iskemik. Asma berat penting untuk dikenali, namun demikian tidak mudah untuk didiagnosis dan ditangani dengan tepat.

Langkah-langkah Diagnosis Asma Berat

Diagnosis asma berat dimulai dengan mengkonfirmasi diagnosis asma. Hal ini tidak semudah kedengarannya, karena banyak pasien mendapatkan label asma berdasarkan gejala — tanpa pengujian objektif — dan kita dapat menghabiskan cukup banyak waktu untuk mencoba mengobati walaupun sebenarnya pasien memiliki diagnosis berbeda.

Pemeriksaan obyektif diperlukan sebelum kita melangkah untuk menentukan diagnosis asma berat. Tes obyektif termasuk uji bronko-provokasi, dengan obat seperti *methacholine*; atau tes bronkodilator, di mana kita melakukan spirometri sebelum dan sesudah pasien diberikan bronkodilator, untuk menguji respons saluran napas. Kita juga dapat memberi pasien sebuah *peak flow meter* dan menilai variabilitas dari waktu ke waktu.

Setelah pasien memiliki diagnosis yang tepat, dan sebelum mempertimbangkan asma berat, langkah selanjutnya adalah memastikan pasien memiliki kepatuhan pengobatan yang baik dan bahwa semua

penyakit komorbid telah diatasi. Kedua hal ini sangat sulit dilakukan. Kepatuhan berobat, terutama untuk orang tua, sangat penting. Teknik inhaler yang tepat juga merupakan masalah besar. Kita harus mengatur waktu dengan benar untuk memasukkan obat ke paru-paru dan mendapatkan penghantaran yang baik di seluruh sistem pernapasan. Selain itu, kita sering memberi pasien berbagai merek inhaler dari berbagai perusahaan dengan mekanisme berbeda, hal ini semakin memperumit ketepatan berobat. Kepatuhan yang baik dan teknik yang tepat sangat penting sebelum kita memutuskan bahwa pasien tidak merespon terhadap terapi yang diberikan.

Mengenali dan Mengendalikan Komorbid Asma

Asma merupakan kondisi yang banyak dijumpai dan ada banyak penyakit komorbid berjalan bersamaan pada satu pasien. Salah satu yang utama adalah rinosinusitis dan kondisi ini memperburuk kontrol asma. Masalah-masalah psikososial (misalnya stres, kelelahan, depresi,

kecemasan) juga dapat memperburuk pengendalian asma. Mengobati hanya dengan memberikan inhaler seringkali tidak memperbaiki kondisi pasien, tetapi ketika kita membantu dengan memperbaiki persepsi gejala dan mengelola masalah psikososial dengan benar, baru pasien memperoleh perbaikan gejala.

Penyakit komorbid lain yang perlu dipikirkan termasuk refluks gastroesofageal, disfungsi pita suara, obesitas, merokok dan penyakit terkait merokok, paparan lingkungan (alergen di rumah, di tempat kerja, atau di tempat-tempat lain yang sering dikunjungi), sindrom hiperventilasi, dan apnea saat tidur. Daftar ini panjang, dan semua dapat berdampak pada pengendalian asma dan cara pasien menentukan persepsi gejala asma mereka.

Pedoman ERS/ATS untuk Diagnosis Asma Berat

Diagnosis asma berat dapat dilakukan berdasarkan pedoman *European Respira-*

tory Society (ERS)/American Thoracic Society (ATS). Panduan-panduan ini mengarahkan kita untuk menegakkan diagnosis obyektif terlebih dahulu dan menilai kepatuhan berobat, teknik inhaler yang tepat, dan komorbiditas. Setelah semua dilakukan baru kita mempertimbangkan diagnosis asma berat jika pasien tidak merespon terhadap terapi yang diberikan.

Sebelum mendiagnosis pasien dengan asma berat, panduan klinik menyarankan agar pasien dikonsultasikan ke spesialis asma, biasanya berarti ahli alergi-imunologi atau pulmonologi. Spesialis asma akan mengevaluasi teknik kepatuhan pengobatan, memeriksa komorbiditas, dan membangun kembali diagnosis obyektif sebelum mempertimbangkan diagnosis asma berat.

Pedoman ERS/ATS mengatakan, “Asma Berat didefinisikan sebagai asma yang memerlukan pengobatan dengan kortikosteroid inhalasi dosis tinggi ditambah pengontrol kedua dan/atau kortikosteroid sistemik, guna mencegahnya menjadi ‘tidak terkontrol’ atau yang tetap ‘tidak terkontrol’ meskipun dengan terapi ini.” Panduan klinik tersebut melanjutkan bahwa diagnosis ini harus dikonfirmasi oleh spesialis asma dan pengobatan harus dilakukan oleh spesialis asma selama setidaknya 3 bulan sebelum diagnosis asma berat dapat dikonfirmasi.

Langkah Lanjutan Setelah Diagnosis Asma Berat

Setelah pasien dikirimkan ke spesialis asma, apa yang terjadi selanjutnya? Di sinilah

hal-hal menjadi sangat menarik karena ada banyak kemajuan di bidang ini selama 10 tahun terakhir atau lebih. Kita menjadi jauh lebih baik dalam menggunakan faktor-faktor klinis untuk menentukan fenotip asma — memahami apakah itu eosinofilik, neutrofilik, atau pausigranulositik — untuk memprediksi terapi mana yang cenderung direspons oleh pasien.

Setelah menentukan fenotip pasien, kita dapat mempertimbangkan jenis terapi asma lainnya. Ada terapi pengontrol dan antibodi yang ditargetkan pada imunomodulator inflamasi spesifik (misalnya, anti-imunoglobulin E, anti-interleukin-5). Bisa juga digunakan termoplasti bronkus pada pasien tertentu yang mungkin akan mendapatkan manfaat. Hal-hal lain yang juga dapat dicoba, seperti antibiotik makrolid, terapi antijamur, dan antagonis muskarinik kerja panjang (LAMAs). Semua ini akan memiliki peran untuk pasien dengan asma parah ketika terapi standar tidak mampu mengontrolnya.

Diagnosis dengan fenotiping, menggunakan obat-obatan suntik dan terapi tingkat lanjut memerlukan persiapan yang rumit dan banyak menghabiskan biaya. Oleh karenanya, penting bahwa pasien Anda pergi ke klinik khusus asma sehingga spesialis asma dapat mengevaluasi dan mengobati asma mereka yang berat. MD

Daftar pustaka ada pada redaksi





PENANGANAN AKNE DENGAN DERMATOKOSMETIK

Penanganan akne, baik dengan dermatokosmetik maupun manajemen lainnya menjadi salah satu materi penting dalam 'Antiaging and Cosmetic Dermatology Update' yang berlangsung pada tanggal 12-13 Mei 2018 lalu di Semarang. Salah satu topik pada salah satu sesi simposium ini adalah 'Dermocosmetic in Acne Patient: Help or Hoax?' yang dibahas tuntas oleh dr. Andreas Widiandyah, SpKK, FINDV, FAADV.

Patogenesis akne melibatkan 4 faktor yaitu produksi sebum, inflamasi, keratinisasi infundibular, dan kolonisasi *P. acnes*. Tata Laksana akne perlu menangani keempat faktor tersebut. Berdasarkan pedoman dari Perdoski, derajat akne dapat dibagi menjadi ringan, sedang, dan berat sehingga penanganan akne perlu disesuaikan dengan derajatnya. Posisi dermatokosmetik dalam penatalaksanaan akne awalnya sebagai adjuvan dan *maintenance*, serta cukup aman pada penggunaan jangka panjang. Pada penanganan akne, terapi adjuvan sangat penting yang terdiri dari konseling dan edukasi pasien, perawatan kulit, bila perlu *peeling*, laser dan *light therapy* serta kosmeseutikal. Untuk *maintenance* juga dilakukan dengan edukasi, perawatan kulit, *retinoid acid* 0,01-0,025% dan kosmeseutikal.

Dermatokosmetik pada akne berperan penting karena sebagian besar terapi topikal dapat berpeluang menyebabkan disfungsi barrier kulit

dan dapat mengurangi efek samping pemakaian obat akne. Jika dermatokosmetik ini digunakan dengan benar maka dapat berefek sinergis dengan terapi standard, sehingga terjadi perbaikan dan mengembalikan kulit menjadi natural.

Paket Lengkap Dermatokosmetik untuk Akne

Dermatokosmetik memiliki 'paket lengkap', yaitu pembersih, bahan pengontrol sebum, korneolitik, antimikrobia topikal, antiinflamasi topikal, pelembab, tabir surya, dan produk khusus.

Pemberian pembersih kulit ditujukan untuk membantu menghilangkan sel-sel kulit mati dan kelebihan minyak, keringat, kotoran dan kosmetik. Pembersih ideal untuk akne adalah nonkomedogenik, nonaknegenik, tidak iritatif dan nonalergenik. Pemilihan pembersih yang sesuai sangat penting karena biasanya penderita akne sering menggunakan pembersih agresif sehingga justru

menimbulkan efek paradoks berupa hipersekresi sebasea, eksaserbasi akne, dan akne detergicans.

Pengontrol sebum (*caboxymethylcysteine lysine*, derivat *carboxylic acids*, *nicotinamide*, *piroctone olamine*, *pyridoxine hydrochloride*, *serenoa repenas*, dan derivat sulfur) juga diperlukan guna membantu menyerap dan menghilangkan sebum sehingga tampilan kulit dapat terjaga.

Perkembangan terkini pada penanganan akne adalah teknologi *antibacterial adhesive* (ABA). Sistem barrier yang dimiliki teknologi ini dapat menghambat adhesi bakteri *P. acnes* dengan membentuk lapisan sehingga adhesi pada folikel dapat dicegah. Apabila lapisan ini tidak ada, maka *P. acnes* akan melekat ke korneosit dan berproliferasi sehingga bakteri berkolonisasi.

Data terkini menunjukkan proses inflamasi berperan penting pada patogenesis akne. Sebagian besar terapi farmakologik topikal/sistemik

pada akne mengandalkan aktivitas antiinflamasi. Penggunaan bahan kosmetik dengan aktivitas antiinflamasi (*nicotinamide*, *phyto-sphingosine*, *zinc*, derivat sulfur, dll) dapat meningkatkan perbaikan klinis akne dan mencegah skar pascaakne. Penelitian *in vitro nicotinamide* dapat menghambat sekresi sebosit yang bersifat 'dose dependent' membandingkan aplikasi *nicotinamide* 2% pada 50 orang Jepang dan aplikasi plasebo pada 50 orang lainnya. Pada kelompok yang menerima *nicotinamide* menunjukkan adanya penurunan sekresi sebum setelah 2-4 minggu diberikan.

Pelembab dengan bahan aktif *nicotinamide*, ABA, dan *zinc* dapat menurunkan aktivitas sebum pada kulit dengan akne. Pada penelitian multisenter Acne Board di Itali telah menguji penggunaan Papulex™ *oil free cream* sebagai monoterapi (diberikan 2 kali sehari selama 12 minggu) dan hasilnya terdapat

perbaikan klinis akne sebesar 33%. Penggunaan tabir surya juga dianjurkan karena radiasi sinar UV dapat menyebabkan hiperkeratosis infundibular. Umumnya proteksi ini dianjurkan pada pasien yang mendapatkan *retinoid* oral/topikal, dan antibiotik oral. Tabir surya dengan bebas minyak dan berbahan pengontrol sebum yang didesain untuk akne kini sudah tersedia.

The Power of 3

Papulex™ secara klinis terbukti efektif dalam menangani akne ringan hingga sedang dan dapat digunakan secara tunggal maupun kombinasi dengan obat akne lainnya. Papulex™ memiliki 'The Power of 3' yang memiliki aktivitas masing-masing, yaitu teknologi ABA, *nicotinamide*, dan *zinc PCA*. Teknologi pertama, ABA berperan dalam membantu menghambat proliferasi *P. acnes* (ABA 3% menghambat 82% *P. acnes* di korneosit). Kedua, *nicotinamide* (4%) merupakan molekul alami berasal dari vitamin B3 dan diduga memiliki mekanisme dalam menghambat pelepasan histamin oleh sel mast, menghambat sekresi mediator inflamasi, dan menekan transformasi limfosit ke bentuk aktif sehingga migrasi ke lokasi peradangan dapat dicegah. Yang ketiga, *zinc PCA* membantu mengurangi produksi sebum berlebihan dan studi pada pengguna produk dengan *zinc PCA* 1% menunjukkan penurunan produksi sebum secara signifikan setelah 28 hari dibandingkan dengan plasebo.

Pada pasien dengan hiperseboroi, juga menunjukkan kondisi tersebut terkontrol dengan baik. Sedangkan penelitian pada akne vulgaris, *nicotinamide* 4% memiliki efektivitas yang sama dengan *klindamisin* (1%) yang diukur dengan statistik penurunan serupa pada lesi dan keparahan akne.

Papulex™ memiliki beragam produk yaitu dalam bentuk gel, lotion, tabir surya (UV), *moissant soap free cleansing gel* (MCG), *oil free cream* (OFC), dan *hydrating cream* (HC) yang pemberiannya perlu disesuaikan dengan kondisi masing-masing pasien. MD





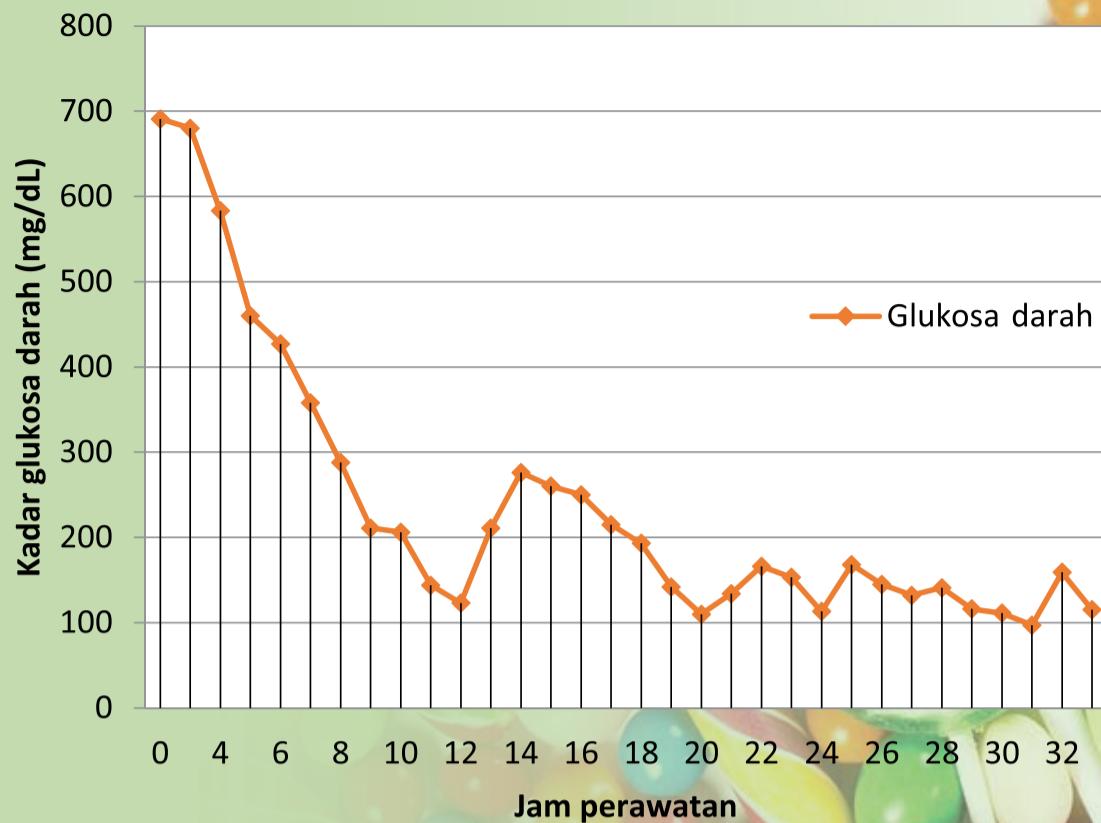
Seimbang dengan
The Power of 3
Kulit Bebas Jerawat!







Grafik 1. Evaluasi kadar glukosa darah



menjadi infeksi penyerta pada KAD. Infeksi dapat menjadi faktor pemberat merusak sel β pankreas akibat faktor pro-inflamasi.⁴ Oleh karena itu, kecurigaan pada krisis hiperglikemia dapat dibuktikan dengan pemeriksaan glukosa darah cepat. Kecurigaan sepsis pada pasien DKA perlu dipertimbangkan apabila kondisi pasien tidak membaik dalam waktu 6 jam dengan tata laksana yang sesuai. Antibiotik perlu diberikan bila terdapat infeksi penyerta pada pasien DKA.

Kasus ini merupakan episode pertama KAD tipe berat ($\text{pH} < 7.1$, kadar serum bikarbonat yang rendah, dan tekanan parsial arteri CO_2 yang rendah) pada usia yang lebih muda disertai gejala bronkopneumonia. Sesak napas dengan tipe pernapasan Kussmaul, yang merupakan gejala dari asidosis, dapat diinterpretasikan sebagai infeksi saluran nafas. Selain itu, infeksi juga didukung oleh gejala batuk, sesak serta gambaran bronkopneumonia pada foto toraks.

2. Terapi Awal

Rehidrasi merupakan langkah utama dalam tata laksana KAD pada anak. Dehidrasi berat diatasi dengan pemberian normal saline 10-20 cc/kgBB dalam waktu 1-2 jam awal.² Rehidrasi berfungsi untuk mengembalikan perfusi aliran darah ginjal dan menurunkan regulasi-balik hormonal.⁵ Gejala anuria pada kasus ini menunjukkan penurunan aliran darah pada ginjal. Cairan rumatan perlu dikalkulasi dalam jangka waktu 36-48 jam setelah resusitasi cairan awal. Cairan intravena tidak boleh diberikan berlebihan karena dapat menimbulkan edema serebri akibat hipertonic relatif.

3. Terapi Insulin

Drip insulin kontinu intravena

diberikan di jalur vena yang terpisah dan menggunakan *syringe pump* dengan dosis 0.1U/kgBB/jam.² Pemberian insulin menyebabkan redistribusi ion kalium dari ekstraseluler ke intraseluler. Oleh karena itu, perlu dilakukan penyesuaian kadar kalium klorida yang diberikan dalam cairan *maintenance*.² Drip insulin dihentikan apabila pasien telah sadar, kadar gula darah dalam rentang 120-180 mg/dL, dan teratasinya asidosis. Pada pasien, drip insulin dihentikan saat tanda asidosis sudah menghilang.² Insulin subkutan diberikan sesuai dengan monitoring kadar gula darah.

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang penting dalam menegakkan KAD pada DM-1 ialah gula darah, analisis gas darah dan keton darah untuk menunjukkan triad klasik KAD. Hasil pemeriksaan HbA1c 12.6% merefleksikan kondisi hiperglikemia sudah terjadi dalam jangka 2-3 bulan sebelumnya. Pemeriksaan C-peptide pada pasien < 0.1 ng/mL menunjukkan prognosis yang cukup buruk karena membuktikan diagnosis DM-1 pada anak serta minimnya fungsi produksi sel β pankreas.

Diet

Diet porsi kecil dengan frekuensi sering (*small frequent feeding*) merupakan metode pengaturan diet untuk pasien diabetes mellitus. Waktu makan dibagi menjadi enam kali, tiga kali makan besar dan tiga kali *snack*. Sarapan memiliki porsi 20%, makan siang 25%, makan malam 25% dan *snack* masing-masing 10% dari total kebutuhan kalori.²

Kesimpulan

Kasus ketoasidosis diabetikum

pada pasien anak sangat jarang ditemukan oleh dokter umum maupun dokter anak. Oleh karena itu, identifikasi awal tanda dan gejala KAD, terutama membedakan dengan infeksi yang umum pada

anak, perlu dikenali sejak dini. Protokol penatalaksanaan KAD perlu dipahami agar menurunkan komplikasi berat akibat asidosis metabolik berkepanjangan. Mortalitas pada KAD pada anak dapat dice-

gah apabila diagnosis dapat ditegakkan segera. Penanganan jangka panjang kasus seperti ini idealnya dilakukan dengan supervisi dokter ahli endokrinologi anak dan ahli gizi anak. MD

MERCK **iliadin** Obat Semprot Hidung

HIDUNG MULAI LEGA KURANG DARI 10 MENIT

Iliadin bantu ringankan hidung tersumbat agar tidur lelap di malam hari, untuk awal yang lebih segar esok hari.

iliadin Oxymetazoline HCl 0,05%
Obat semprot hidung dewasa
DEWASA
Netto 10ml

- ✓ Iliadin adalah obat semprot hidung yang telah ada di Indonesia lebih dari 40 tahun untuk mengurangi gejala hidung tersumbat.
- ✓ Iliadin mengurangi gejala hidung tersumbat dengan mula kerja <10 menit.^{1,2}
- ✓ Memberikan efek hingga 8 jam.^{2,3}

Baca aturan pakai
Jika sakit berlanjut hubungi dokter

Tip: isi mengandung Oxymetazoline HCl 0,5mg
Perhatikan peringatan dan bentuk indikasi. Tidak memiliki aroma yang mengganggu.
Tersedia juga varian untuk anak

Referensi:
1. Schuster S, and M. Schuster. 2005. Investigation of the Effect of Oxymetazoline on the Duration of Parosmia - controlled double-blind study in patients with acute rhinitis. *British Medical Journal* 331: 1115-1116.
2. Nishih S, Fujisawa M. Oxymetazoline to relieve rhinitis. *Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery*. 2008; 130(5): 7.
3. Balcin Package insert



HARI ANTI NARKOBA INTERNASIONAL

Tanggal 26 Juni setiap tahunnya diperingati sebagai Hari Anti Narkoba untuk Melawan Penyalahgunaan Obat dan Perdagangan Gelap (*International Day Against Drug Abuse and Illicit Trafficking*) sejak tahun 1987 yang telah diresmikan oleh Majelis Umum PBB guna meningkatkan kesadaran dan melawan perdagangan obat-obatan terlarang.

Menurut World Drug Report yang dirilis pada tahun 2017 oleh UNO tentang Narkoba dan Kejahatan, sekitar 5,3% individu dewasa global (seperempat miliar) telah menggunakan narkoba minimal sekali pada tahun 2015. Dari persentase ini, sekitar 0,6% dari warga dewasa global menderita gangguan, termasuk kecanduan dan ketergantungan narkoba.

Tema pada tahun 2018 ini adalah 'Listen First' yang merupakan inisiatif untuk mencegah penggunaan obat-obatan dan membuat investasi yang efektif untuk kesejahteraan anak-anak, remaja, keluarga, dan masyarakat. Tema ini menyoroti bahwa "Mendengarkan anak-anak dan remaja adalah langkah pertama untuk mendukung dan membantu mereka agar mereka tumbuh dengan aman dan sehat."

Menurut *United Nation Office on Drugs and Crime* (UNODC), sekitar

200 juta orang menggunakan obat-obatan terlarang, seperti kokain, ganja, halusinogen, dan opiat di seluruh dunia. Penyalahgunaan dan peredaran gelap obat-obatan terlarang (narkoba) tersebut merupakan kejahatan di masyarakat. Selain itu, timbul permasalahan yang lebih besar terhadap sosial, ekonomi, dan politik yang juga berpengaruh terhadap pembangunan negara.

Narkoba merupakan istilah yang digunakan untuk narkotika, psikotropika, dan bahan berbahaya lainnya. Istilah lainnya adalah Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA). Arti narkotika sendiri diungkap dalam Undang-Undang RI Nomor 22 Tahun 1997, yaitu narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan, baik sintesis maupun semi sintesis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa

nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan.

Data dan Pencegahan

Meskipun belum ada data pasti jumlah penyalah guna narkoba, namun diperkirakan dalam beberapa tahun terakhir jumlah kasusnya cenderung meningkat, bahkan diperkirakan sesuai dengan fenomena gunung es, jumlah kasus yang sebenarnya lebih besar dibandingkan dengan yang dilaporkan atau dikumpulkan.

Dalam lima tahun terakhir, berdasarkan penggolongan kategori narkotika terus mengalami peningkatan, sedangkan yang masuk dalam kategori zat adiktif jumlah kasusnya menurun. Hal ini berdasarkan kumpulan data tahun 2008-2012 (BNN dan Polri, 2013). Tahun 2009 kasus psikotropika berjumlah sekitar 8.779 kasus dan tahun 2010 menjadi 1.181 kasus.



nya misalnya pesantren, lembaga pemasyarakatan, dan lembaga swadaya masyarakat yang bergerak dalam bidang penanggulangan masalah penyalahgunaan narkoba.

Indonesia

Peringatan Hari Anti Narkotika Internasional (HANI) juga merupakan wujud kepedulian terhadap bahaya narkoba yang bertujuan untuk membangun solidaritas dan kesadaran tentang bahaya penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba. Dari data yang termuat pada portal BNN diperkirakan sekitar 4 juta atau 2,18% (10-58 tahun) penduduk Indonesia menjadi penyalah guna narkotika. Jumlah yang cukup besar ini menyebabkan Indonesia menjadi 'surga' bagi sindikat peredaran gelap narkotika.

Saat ini situasi penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba di Indonesia sudah berada pada level darurat. Hasil penilitaian Badan Narkotika Nasional (BNN) yang bekerjasama dengan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (tahun 2014), memperkirakan jumlah penyalahgunaan narkoba sebanyak 3,8 juta - 4,1 juta orang atau sekitar 2,10% hingga 2,25% dari total seluruh penduduk di Indonesia yang berisiko terpapar narkoba. Apabila seluruh komponen bangsa tidak melakukan upaya pencegahan dan pemberantasan komprehensif, diperkirakan jumlah tersebut akan meningkat menjadi 5 juta jiwa di tahun 2020. **HA**

Sumber: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-anti-narkoba.pdf>



JUNE 26

**INTERNATIONAL DAY
AGAINST DRUG ABUSE
AND ILLICIT TRAFFICKING**

Idiopathic Pulmonary Fibrosis dan Pengobatannya



Kini untuk penatalaksanaan Idiopathic Pulmonary Fibrosis (IPF) di Indonesia memiliki masa depan yang cukup baik, karena Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) telah menyetujui obat inovatif pirfenidone sebagai salah satu pilihan pengobatan. Penyakit IPF sendiri merupakan penyakit langka yang disebabkan oleh luka paru yang bersifat progresif pada paru-paru sehingga menyebabkan pasien kesulitan bernapas.

Disampaikan **Dr. dr. Sita Andarini, Sp.P (K)**, akses terhadap obat ini sangat penting karena manfaat yang ditawarkannya dapat meningkatkan kualitas hidup pasien IPF. Berdasarkan data dari beberapa studi *in-vitro*, pirfenidone (memiliki aktivitas antifibrotik) yang merupakan salah satu pilihan terapi IPF memiliki beberapa mekanisme kerja, antara lain melemahkan proliferasi fibroblas, menghambat sintesis dan aktivitas TGF- β (mediator poten pada fibrosis paru), menghambat sintesis TNF- α (mediator lainnya dan sitokin), dan menghambat produksi kolagen.

Obat ini sudah diuji pada lebih dari 1700 pasien IPF dalam lima uji klinis secara acak buta ganda, seperti studi ASCEND (Eropa, Asia, Australia, Amerika Serikat, Amerika Selatan), CAPACITY (Eropa, Amerika Utara, Australia), SP2 dan SP3 (Jepang). "Dari data yang terkumpul dari beragam studi menunjukkan, pirfenidone menjaga fungsi paru dengan memperlambat progresivitas IPF dengan penurunan risiko mortalitas dengan profil keamanan baik. Akses terhadap pirfenidone yang dapat dikatakan sebagai *orphan drug* sa-

ngat penting bagi pasien IPF yang memenuhi kriteria," lanjut Ketua Pokja Interstitial Lung Disease ini.

Pirfenidone dapat membantu mengurangi penurunan fungsi paru secara relatif sebesar 41% dan disetujui penggunaannya oleh BPOM melalui jalur evaluasi *fast track* (100 hari kerja) dan kini telah tersedia di Indonesia. Berbentuk tablet dan diminum secara kontinu 3 kali sehari. Sebaiknya diminum dalam kondisi perut kosong (1 jam sebelum makan atau 2 jam sesudah makan) dan tidak bisa diberikan secara bersamaan dengan obat-obatan atau makanan tertentu (karena berisiko menimbulkan interaksi obat) misalnya teofilin, dan jeruk bali. Sedangkan efek samping berupa *rash* dan hipersensitivitas terhadap sinar matahari.

Manfaat penting dari obat ini adalah mencegah eksaserbasi akut karena bila sudah terjadi eksaserbasi, kemungkinan eksaserbasi lagi juga tinggi dapat terjadi dalam 3 bulan. Tanda eksaserbasi antara lain sesak napas yang semakin berat dibandingkan dengan sesak sehari-hari, penurunan saturasi oksigen

dan tambahan gambaran radiologi atau CT scan paru. "Yang penting lagi, obat ini juga dapat mencegah penurunan cepatnya faal/fungsi paru. Dikatakan cepat, bila penurunan tersebut terjadi lebih dari 200 ml/tahun."

Mengenal IPF

Penyakit yang menyerang paru ini merupakan penyakit langka dan termasuk dalam *interstitial lung diseases* serta bersifat kronis ditandai dengan sesak napas yang mem-

berat dan penurunan faal paru secara progresif. Gejala dan tanda yang utama adalah sesak dan batuk yang khas, sehingga memengaruhi kualitas hidup penderitanya. *Median survival time* yang dimiliki penyakit ini sejak terdiagnosis adalah 2-3 tahun dan terutama terjadi pada usia lanjut terutama laki-laki walaupun didapat pula kasus pada perempuan. Oleh *European Medicines Agency* (EMA, 2011), *The US Food and Drug Administration* (FDA, 2014), dan *Japanese Pharmaceutical and Medical Devices Agency* (PDMA, 2008), IPF dikategorikan sebagai penyakit langka.

"Selain sifat progresivitasnya, penyakit ini juga diberatkan oleh kemungkinan terjadinya eksaserbasi sekitar 1-20% (dari 10 pasien diperkirakan 2 diantaranya mengalami eksaserbasi dalam 1 tahun) dan eksaserbasi ini merupakan penyebab kematian tersering dan membutuhkan biaya tinggi karena sering dirawat," lanjut dr. Sita.

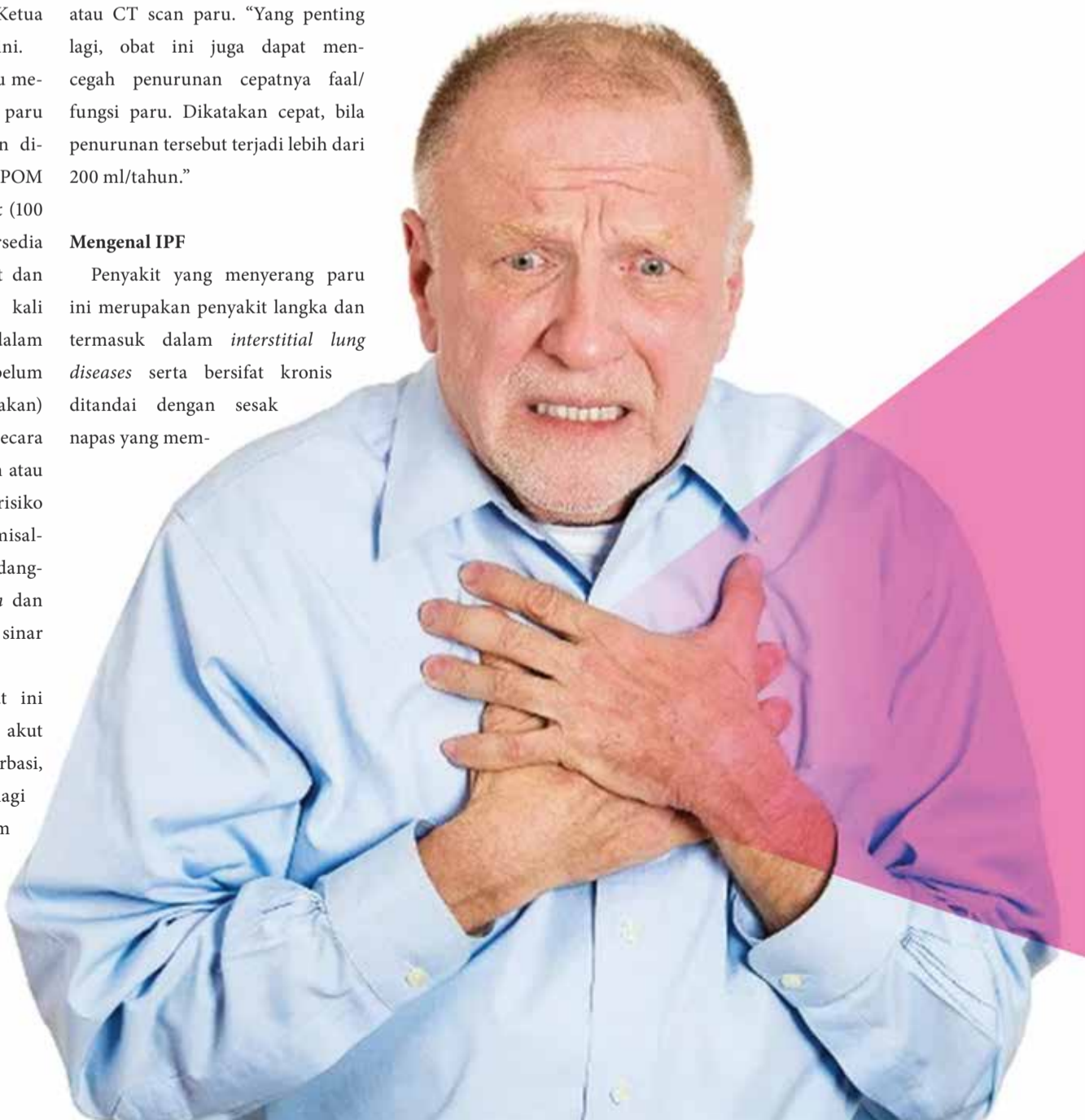
Akibat adanya jejas pada paru, dapat menyebabkan kerusakan dan jaringan parut yang berlebihan sehingga proses pertukaran udara pun terganggu sehingga oksigen ke seluruh tubuh juga terhambat. Kondisi ini bila terjadi terus menerus dan ireversibel maka kapasitas paru menjadi berkurang dan berbentuk *honeycomb*. Gejala utama IPF berupa batuk kering, sesak napas, usia lanjut dan jari tabuh dengan

gejala tambahannya cepat lelah, berat badan menurun dan pada auskultasi terdapat ronki basah kasar atau *bibasilar velcro-like crackles*.

Foto ronsen tidak dapat mendiagnosis IPF dengan tepat. Jadi harus dilakukan CT scan paru/toraks agar penegakan diagnosis lebih tepat. "Diagnosis secara dini sangat penting karena dikaitkan dengan *survival rate* pasien." Diagnosis pembanding juga perlu dicermati, seperti sklerosis sistemik, polimiositis, artritis reumatoid, sarkoidosis stadium akhir, keracunan obat, penyakit kongenital, dll.

Pentingnya Akses dan Diagnosis

Selanjutnya Ketua Persatuan Dokter Paru Indonesia (PDPI) **Dr. dr. Agus Dwi Susanto, SpP(K)** menjelaskan perkiraan prevalensi IPF di Indonesia terdapat 5.577 kasus (6,26-7,73/1.000.000 orang) pada tahun 2017. Kasus ini perlu dicermati mengingat masih rendahnya pengetahuan masyarakat, begitu pula dengan penegakan diagnosis dan akses pengobatan. "Kami sebagai dokter paru yang sering menemukan kasus ini hingga tahun lalu masih mengalami kesulitan untuk pengobatan dan masih menggunakan terapi yang belum optimal. Jadi diharapkan dengan diobati sedini mungkin, progresivitas fibrotik pada paru IPF dapat dihambat dan kualitas hidup pasien pun dapat ditingkatkan," jelasnya. **HA**



Mifepristone: Efektif dalam Penatalaksanaan Keguguran Dini

Wanita yang diobati dengan mifepristone diikuti oleh misoprostol setelah mengalami aborsi spontan di trimester pertama, memiliki tingkat ekspulsi komplit lebih tinggi dan aspirasi uterus lebih rendah dibandingkan dengan misoprostol saja, demikian hasil dari sebuah uji coba klinis acak.

Hasil studi yang dilakukan oleh Courtney A. Schreiber MD dkk, dari University of Pennsylvania, menunjukkan ekspulsi komplit setelah satu dosis misoprostol dilaporkan pada 83,8% wanita yang mendapat terapi mifepristone dibandingkan dengan 67,1% wanita yang diobati dengan misoprostol saja (RR 1,25, 95% CI 1,09-1,43). Selain itu, aspirasi uterus dilakukan pada sebagian kecil wanita

dalam kelompok pra-perawatan mifepristone dibandingkan dengan misoprostol saja (8,8% berbanding 23,5%; RR 0,37, 95% CI 0,21-0,68).

Para peneliti menunjukkan bahwa manajemen medis pada keguguran dini, yang dapat disebabkan oleh kehamilan anembrionik dan kematian embrio atau janin, aborsi yang tak terelakkan, atau aborsi yang tidak lengkap, tidak hanya direkomendasikan oleh ACOG dan WHO, tetapi juga lebih disukai pasien dibandingkan manajemen invasif.

Namun, ada beberapa kelemahan pada manajemen medis, yaitu dosis standar yang diberikan secara vaginal memiliki efektivitas rendah di antara wanita dengan ostium cervix tertutup, dimana 15%-40% wanita membutuhkan dosis kedua. Sebuah studi 2016 menunjukkan bahwa tingkat kegagalan ini mengurangi kegunaan strategi ini dalam praktik klinis.

Peneliti mengevaluasi sekitar 300 wanita dengan

kehamilan anembrionik atau di mana kematian embrio/janin telah dikonfirmasi. Kehamilan intrauterin non-viabel ini berkisar antara 5-12 minggu. Para subjek secara acak menerima 200 mg mifepristone secara oral, diikuti oleh 800 µg misoprostol melalui vagina, atau hanya 800 µg misoprostol saja. Hasil utama didefinisikan sebagai ekspulsi komplit kantung gestasional dengan satu dosis misoprostol saat evaluasi tindak lanjut pertama dan tidak ada intervensi tambahan dalam 30 hari pengobatan.

Selain keberhasilan pengobatan, peneliti juga mencatat bahwa pada hari ke-30, tingkat kumulatif ekspulsi kantung gestasional dengan dua dosis misoprostol adalah 91,2% dibandingkan dengan 75,8% pada kelompok misoprostol saja (RR 1,20, 95% CI 1,08- 1,33).

Dari sisi efek samping, tidak ada perbedaan signifikan antar kelompok dalam skor rata-rata untuk intensitas perdarahan atau rasa sakit. Ada lima efek samping serius yang dilaporkan pada kelompok mifepristone dan tiga pada kelompok misoprostol tunggal. Sementara proporsi pasien dengan perdarahan yang mengakibatkan transfusi darah lebih tinggi pada kelompok mifepristone dibandingkan misoprostol tunggal (masing-masing 2,0% berbanding 0,7%), namun tidak ada perbedaan signifikan secara statistik diantara keduanya.

Editorial oleh Carolyn L. Westhoff, MD, dari Universitas Columbia di New York City, menggambarkan hasil ini untuk mendukung penggunaan rejimen sekuensial sebagai standar perawatan. Hasil ini memberikan bukti kuat bahwa rejimen sekuensial dengan mifepristone diikuti oleh misoprostol aman dan lebih unggul daripada misoprostol tunggal dalam mencapai keberhasilan pengobatan cepat dan menghindari prosedur aspirasi. **DSS**



"To solve a difficult problem in medicine, don't study it directly, but rather pursue a curiosity about nature and the rest will follow. Do basic research."

Roger Kornberg, PhD

via Stanford School of Medicine & Becker's Hospital Review

"Make a habit of two things, to help; or at least to do no harm."

Hippocrates

"Cure sometimes, treat often, comfort always."

Hippocrates

"None of us can know what we are capable of until we are tested."

Elizabeth Blackwell

"It is not easy to be a pioneer - but oh, it is fascinating!"

Elizabeth Blackwell



PENYAKIT KULIT MEMATIKAN BARU PERTAMA KALI MENDAPAT OBAT SETELAH 60 TAHUN



Badan Pengawas Obat dan Makanan Amerika Serikat (FDA) menyetujui rituximab (Rituxan) untuk pengobatan orang dewasa dengan pemfigus vulgaris (PV) sedang hingga berat, demikian rilis dari perusahaan farmasi Genentech.

Pemfigus vulgaris sendiri merupakan kondisi kulit yang berpotensi mematikan jika tidak ditangani dengan baik. Kondisi ini ditandai dengan peluruhan menyakitkan yang progresif baik pada kulit dan selaput lendir. Kondisi yang langka dan berpotensi mengancam nyawa ini meliputi hingga 80% dari kasus pemfigus, sekelompok gangguan autoimun yang mempengaruhi 30.000 hingga 40.000 orang setiap tahunnya di seluruh dunia. Penyakit ini terutama mempengaruhi individu usia lanjut, mereka lebih rentan mengalami komplikasi terkait kondisi ini misalnya infeksi dan kanker kulit.

Penelitian yang mendukung persetujuan dari FDA, dilakukan dari 2010 hingga 2012, dengan merandomisasi 90 pasien untuk pengobatan rituximab ditambah dengan prednison jangka pendek (n = 46) dibandingkan dengan prednison tunggal (n = 44). Setelah observasi selama 24 bulan, 89% pasien yang diobati dengan kombinasi berada dalam remisi lengkap dan tidak lagi mendapatkan terapi, dibandingkan dengan 34% dari mereka yang hanya diberikan prednison tunggal (perbedaan absolut 55%, 95% CI 38,4% -71,7%; P <0,0001).

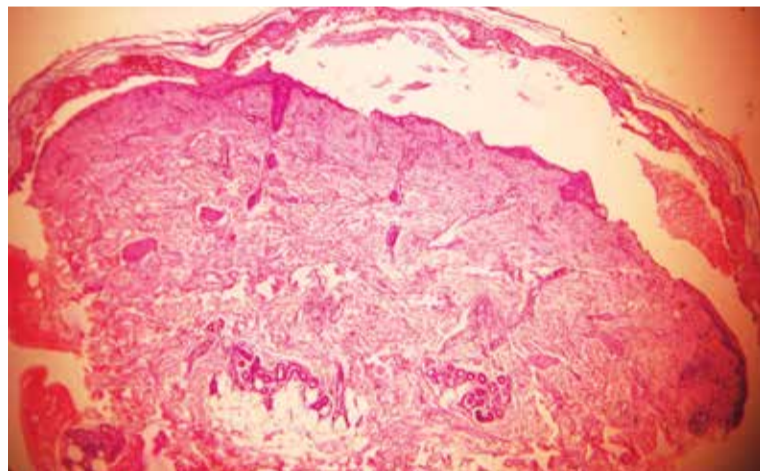
Efek samping derajat 3 dan 4 lebih

mungkin terjadi pada kelompok prednison tunggal (53 kejadian pada 29 pasien dibandingkan 27 kejadian pada 16 pasien). Efek samping yang paling umum terjadi adalah diabetes dan gangguan endokrin (masing-masing 21% versus 22% untuk prednison dan rituximab/

prednison), miopati (19% versus 11%), dan gangguan tulang (9% versus 19%). Tidak ada kematian yang terjadi selama penelitian.

Rituxan® (rituximab) adalah terapi biologis pertama yang disetujui oleh FDA untuk PV dan kemajuan besar pertama dalam pengobatan penyakit

ini dalam lebih dari 60 tahun. Dengan keputusan FDA hari ini, Rituxan® sekarang disetujui untuk mengobati empat penyakit autoimun diantaranya adalah artritis reumatoid, granulomatosis Wegener dan poliangiitis mikroskopik selain tentunya PV. **DSS**



UNDER CONTROL

Efektif dalam menurunkan tekanan darah pada pasien yang tidak terkontrol dengan monoterapi^{1,2}

5 / 80 mg

5 / 160 mg

10 / 160 mg

Dua, 2 Blister @ 14 tablet salut lapis

<p>KOMPOSISI</p> <p>Amlodipine Besylate / Valsartan 5/80 mg, 5/160 mg, atau 10/160 mg</p>	<p>INDIKASI</p> <p>Pengobatan hipertensi esensial pada pasien yang tekanannya tidak terkontrol dengan monoterapi</p>	<p>DOSIS</p> <p>Dosis yang dianjurkan adalah satu tablet salut film per hari.</p>
--	---	--

1. Exforge®, 2014. Prescribing Information.
 2. Setiowati, A, et al. Clinical Effectiveness, Safety, and Tolerability of Amlodipine/Valsartan in Hypertensive Patients: the Indonesian Subset of the EXDTE Study. Acta Medica Indonesiana 2015; (47): 223-233

Penapisan Kanker Kolorektal pada Praktik Klinik Sehari-Hari

dr. Euphemia Seto, Sp.PD
dr. Charlie Steven

Bagian Ilmu Penyakit Dalam
Fakultas Kedokteran Universitas Pelita Harapan

Kanker kolorektal merupakan jenis kanker yang terjadi pada sel kolon, dan hampir semua jenisnya muncul dalam bentuk adenokarsinoma. Adenokarsinoma tersebut terjadi pada sel kolon yang melapisi glandula (kelenjar) yang berperan dalam menghasilkan mukus pada kolon. Sebagian besar kanker kolorektal seringkali berawal dari polip yang merupakan pertumbuhan berlebihan dari sel yang melapisi bagian dalam kolon.

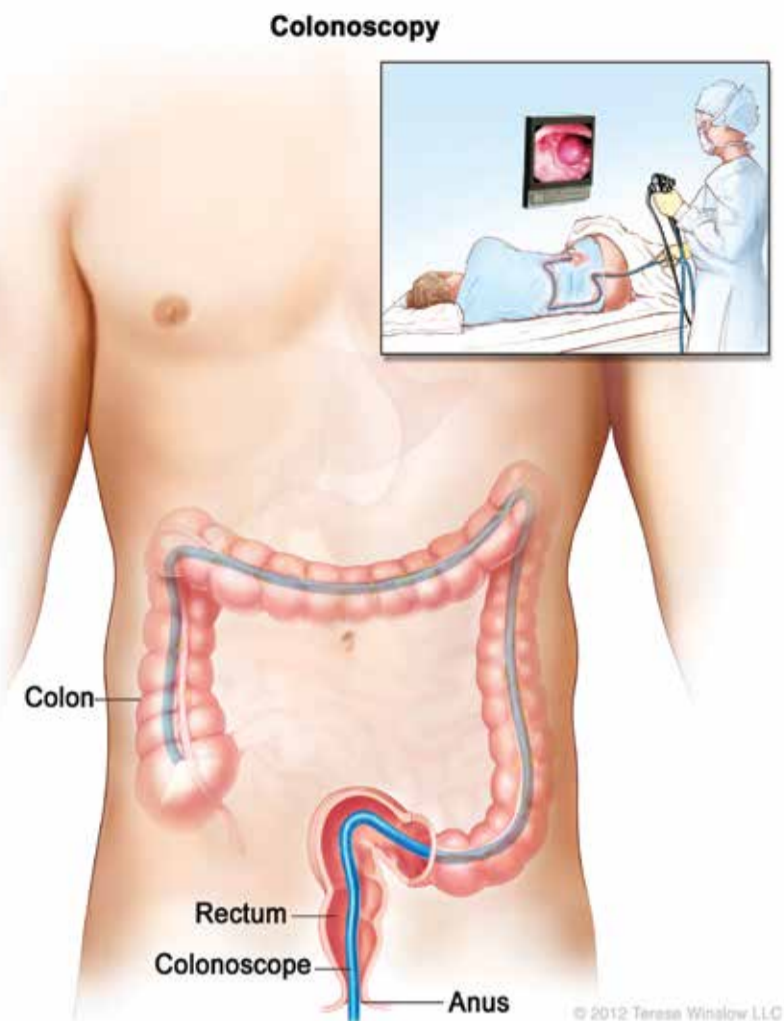
Kasus kanker kolorektal dewasa ini banyak ditemukan di Indonesia. Tak jarang pasien datang ke klinik atau rumah sakit dalam stadium kanker kolorektal yang sudah lanjut. Lalu apa yang dapat kita lakukan dalam praktik klinik sehari-hari? Tentu sudah saatnya kita lebih teliti lagi dalam melakukan penapisan (*screening*) kanker kolorektal dalam praktik klinik kita sehari-hari, terutama dalam pelayanan primer. Penapisan kanker kolorektal dapat kita lakukan dalam bentuk pemeriksaan feses dan pemeriksaan endoskopi (kolonoskopi) atau *Computed Tomography (CT)* - Kolonografi untuk melihat adanya tanda-tanda keganasan berupa sel kanker atau polip, baik pada kolon maupun rektum.

Pasien yang memiliki risiko tinggi mengalami kanker kolorektal

merupakan target pasien yang harus kita perhatikan untuk dilakukan penapisan. Risiko tinggi yang dimaksud di sini, seperti pasien yang memiliki riwayat kanker sebelumnya, riwayat keluarga dengan kanker atau kanker kolorektal, penyakit radang usus, penyakit polip usus atau penyakit genetik lainnya yang berkaitan. Pasien yang memiliki risiko hendaknya dilakukan penapisan yang lebih sering dibandingkan individu lainnya. Pasien yang memiliki riwayat seorang keluarga inti (*first-degree relative*) yang mengalami kanker kolorektal atau adenoma usus stadium lanjut yang terdiagnosis sebelum usia 60 tahun atau dua orang keluarga inti yang terdiagnosis pada usia berapa pun hendaknya dilakukan penapisan pada usia 40 tahun atau 10 tahun lebih awal dari

diagnosis kanker kolorektal pertama di keluarga.

Pasien dengan riwayat penyakit radang usus, seperti *Crohn disease*, kolitis ulseratif atau penyakit-penyakit lainnya yang berkaitan hendaknya kita lakukan penapisan dengan kolonoskopi yang sudah dimulai sejak 8 hingga 10 tahun setelah munculnya gejala-gejala yang berkaitan dengan gastrointestinal atau *red flag sign* dan hendaknya diulang setiap 1 - 3 tahun. Tanda dan gejala yang dimaksud di sini yang harus diperhatikan, seperti anemia, perdarahan rektal (melenas atau hematoskezia), feses dengan heme positif, penurunan berat badan bermakna, demam, usia lebih dari 50 tahun, gejala nokturnal, diare persisten atau konstipasi berat, riwayat penyakit kanker atau radang usus dalam keluarga,



massa yang teraba saat pemeriksaan fisis abdomen atau rektal atau penggunaan antibiotik dalam jangka waktu tertentu.


Pasien yang memiliki seorang keluarga inti yang mengalami kanker kolorektal hereditas hendaknya dilakukan penapisan lebih awal. Hal ini juga kita terapkan pada pasien yang memiliki riwayat salah seorang keluarga inti yang pernah mengalami penyakit polip usus di mana dalam kedua kasus ini hendaknya penapisan dilakukan dengan kolonoskopi sedini mungkin sejak usia 10 tahun atau setidaknya

pada usia pertengahan 20 (misalkan sekitar usia 25 tahun) dan dilakukan penapisan secara rutin setiap 1-2 tahun sekali.

Penapisan perlu kita pertimbangkan juga pada pasien tanpa faktor risiko. Beberapa *guidelines* memberikan patokan penapisan kanker kolorektal pada seluruh individu sejak usia 50 tahun. *Guideline* penapisan kanker kolorektal terbaru yang dipublikasikan oleh *American Cancer Society* 2018 menyarankan dilakukannya penapisan pada usia 45 hingga 75 tahun. Pertimbangan dilakukannya penapisan pada usia 76 hingga 85 tahun, dilakukan sesuai keadaan klinis dan riwayat penyakit sebelumnya. Penapisan sebaiknya tidak perlu dilakukan apabila pasien sudah berusia di atas 85 tahun. Tunggu apa lagi? Ayo segera kita lakukan penapisan kanker kolorektal sedini mungkin pada pasien kita untuk deteksi dini kanker kolorektal guna menurunkan morbiditas maupun mortalitas lebih lanjut. *Stay healthy! MD*


Ilustrasi Penapisan Kanker Kolorektal

(Dikutip dari American Cancer Society: 2018 Colorectal Cancer Screening Guideline).




2018 Colorectal Cancer Screening Guideline

for men and women at average risk




Ages 45 – 75

Get screened. Several types of tests can be used. Talk to your doctor about which option is best for you.



Ages 76 – 85

Talk to your doctor about whether you should continue screening. When deciding, take into account your own preferences, overall health, and past screening history.



Age 85 +

People should no longer get colorectal cancer screening.

TESTING OPTIONS

- Stool-based tests** look for signs of cancer in a person's stool.
- Visual exams** such as colonoscopy or CT colonography, look at the inside of the colon and rectum for polyps or cancer.
- No matter which test you choose, the most important thing is to get tested.

Visit cancer.org/colonguidelines to learn more.

All positive results on non-colonoscopy screening tests should be followed up with a timely colonoscopy to complete the screening process. Talk to your doctor about screening, and contact your insurance provider about insurance coverage for screening.

©2018, American Cancer Society, Inc. All rights reserved. The American Cancer Society is a qualified 501(c)(3) tax-exempt organization and donations are tax-deductible to the full extent of the law. 0803.90

Daftar Pustaka :

1. American Family Physician. 2018 Januari; 15;97(2):111-116.
2. NCCN. 2017. hal. 15-22.
3. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology. NCCN. 2015.
4. Colorectal Cancer Facts & Figures 2017-2019. Atlanta: American Cancer Society; 2017.
5. American Cancer Society (ACS) Colorectal Cancer Screening. ACS. 2018.
6. Screening for Colorectal Cancer: Optimizing Quality (Primary Care Version). Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC. 2017 April.
7. *World J Gastroenterol*. 2018 January 7; 24(1): 124-138.



NATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

AGUSTUS – NOVEMBER 2018

17th National Brain and Heart Symposium
The Heart and The Brain : an Intimate and Underestimated Relation
 3-5 Agustus 2018
 Patra Hotel & Convention, Semarang
 P : Nurul 0812 3839 7313
 E : ikkicab.smg@gmail.com

Simposium Endokrinologi Klinik Bandung ke-XV
 11-12 Agustus 2018
 Hotel Papandayan, Bandung
 P : 022 426 4028; 022 426 4015
 E : endokrinologiklinikbandung@gmail.com

Jakarta International GI Endoscopy Symposium & Live Demonstration 2018
 31 August-1 September 2018
 Borobudur Hotel, Jakarta
 P : 021 314 8680; 021 2961 4303
 E : jiges.ld@gmail.com

WECOC 2018
 5-7 Oktober 2018
 Hotel Sheraton Gandaria City, Jakarta Selatan
 P : 021 568 4093 ext. 1554; 3505
 E : wecoc_cardiology@yahoo.com

Indonesia International Hospital Expo 2018
The 14th IHA Congress, The 12th Annual Seminar Patient Safety & The 31st Hospital Expo 2018
 17-20 Oktober 2018
 Jakarta Covention Center, Jakarta
 P : 021 58907366-67-68
 E : hospital.expo@gmail.com

23th REGIONAL CONFERENCE OF DERMATOLOGY (Asia - Australian)
 8-11 August 2018
 Grand City Convex, Surabaya - Indonesia
 www.rcd2018.com;
 info@rcd2018.com

5th Annual Symposium on Anesthesia Complications
 25-26 Agustus 2018
 Hotel Ambarukmo, Yogyakarta
 P : 0274 587 333 ext. 288; 0812 268 7209
 E : soacjogja@gmail.com

DEVICE 2018:
"A holistic approach to dermatovenereology in everyday clinical practice"
 15 September 2018
 Auditorium IMERI, FKUI - Jakarta
 Register : pld-ui.com/device

KONAS PERINASIA KE-13
 13-17 Oktober 2018
 Hotel Grand Inna Muara, Padang
 P : 021 392 8721; 0812 8286 8612
 E : registrasi@perinasia13padang.com; titin.4b4@gmail.com

PIN - PAPDI 2018
 2-4 November 2018, Medan
 P : Sekretariat (021) 319 28025 / (021) 319 28026
 E : pbbpadi@indo.net.id

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

INTERNATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

AGUSTUS – DESEMBER 2018

23th REGIONAL CONFERENCE OF DERMATOLOGY (Asia - Australian)
 August 8-11, 2018
 Grand City Convex Surabaya - Indonesia
 www.rcd2018.com
 info@rcd2018.com

4th International Conference on Dental and Clinical Dentistry
 September 10-11, 2018
 Copenhagen, Denmark
 E : clinicaldentistry@dentistryconferences.com

Asia-Pacific Dermatology and Cosmetology Conference
 August 16-17, 2018
 Tokyo, Japan
 Email : dermatodermatologymeetings@conferenceint.com

22nd World Congress on Neonatology & Perinatology
 September 19-20, 2018
 Hong Kong
 E : neonatalcare@protonmail.com

3rd International Conference on Hypertension and Healthcare
 August 24-25, 2018
 Tokyo, Japan
 P : +1-650-889-4686
 E : elsageorgexyz@gmail.com

International Congress on Vaccines & Immunology
 September 19-20, 2018
 Amsterdam, Netherlands
 E : vaccines.research@yandex.com; vaccinessummit@gmail.com

17th European Congress of Internal Medicine
 August 30 – September 1, 2018
 Wiesbaden, Germany
 P : +49 611 204809-0
 E : info@wikonect.de
 www.wikonect.de
 www.ecim2018.eu

9th Euro Breast Cancer Summit
 October 18-19, 2018
 Amsterdam, Netherlands
 E : eurobreastcancer@healthcarevents.com

Jakarta International GI Endoscopy Symposium & Live Demonstration 2018
 August 31 – September 1, 2018
 Borobudur Hotel, Jakarta
 P : 021 314 8680; 021 2961 4303
 E : jiges.ld@gmail.com

World Congress on Osteoporosis Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases
 November 14 -15, 2018
 Tokyo, JAPAN
 E : osteoarthritis.conferenceseries.com

20th International Conference on Pediatrics & Primary Care
 September 03-04, 2018
 Hilton Zurich Airport | Zurich, Switzerland
 E : gracie.jones033@gmail.com

13th International Conference on Arthritis and Arthroplasty
 December 06-07, 2018
 Rome, Italy
 E : orthopedics@annualconferences.org





ATOPICLAIR™
 TAKE THE WORRY OUT OF ATOPIC DERMATITIS.

WITH 78% REDUCTION IN ITCHING¹, ATOPICLAIR™ DOESN'T LET ATOPIC DERMATITIS GET IN THE WAY OF FUN.

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

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

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

TAKE THE WORRY OUT OF ATOPIC DERMATITIS.

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




ID:ATO/12/2017/007



Untuk informasi lebih lanjut hubungi:
TRANSFARMA MEXICA INDAH
 Suite 802, 8th Fl., Wisma Pondok Indah 2,
 Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V-7A
 Pondok Indah, Jakarta Selatan 12310,
 Telp. 021-7697323



Sumba Overland Tour

Martin Leman

Sumba ...sebuah pulau di Provinsi Nusa Tenggara Timur, yang berbatasan dengan Australia di sisi Selatan. Meski belum banyak yang tahu tentang objek wisata di pulau ini, ternyata Sumba memiliki banyak wisata alam yang luar biasa menarik. Berangkat dari Jakarta, kami menuju Bandara Tambolaka di Kabupaten Sumba Barat Daya, setelah sebelumnya transit di Denpasar, Bali. Perjalanan dilanjutkan langsung menuju objek pertama, yaitu Danau Weekuri ...

Danau Weekuri

Ini sebenarnya sebuah laguna, yang dikelilingi deretan batu karang. Lokasinya di tepi pantai Kecamatan Kodi Utara, Kab. Sumba Barat Daya. Danau berbentuk lonjong, dengan lebar sekitar 50 meter dan panjang 150 meter ke arah daratan. Ketika pasang, sisi terdalam dapat mencapai kedalaman 5 meter, sedangkan ketika surut, sisi terdangkal hanya sekitar 30 cm, dan akan tampak dasarnya yang berupa pasir putih mengkilap. Air danau yang sangat jernih membuat danau tampak sangat menarik. Di sebagian sisi danau, telah dibuat anjungan kayu sehingga pengunjung dapat mengitari danau. Di tepi sisi terdalam danau terdapat menara berketinggian kira-kira 10 meter, dan digunakan untuk melompat terjun ke danau. Sungguh sensasi yang luar biasa ketika terjun dari menara ini! Weekuri berasal dari bahasa Sumba, yakni wee artinya air dan kuri artinya parutan atau percikan. Weekuri artinya air hasil parutan karang yang menerobos ke daratan, kemudian membentuk danau.



Danau Weekuri

Air Terjun Waimarang

Air terjun ini terletak di Kab. Sumba Timur, di tengah hutan di wilayah Melolo, Kecamatan Umalulu. Untuk mencapainya harus berjalan selama 10-15 menit menyusuri jalan setapak menuruni lembah di tengah hutan. Air terjun ini sangat menarik karena meski ketinggian air terjun hanya sekitar 3 meter, namun air jatuh ke 'kolam alami' yang sejuk di bawah rindangnya pepohonan, dan tampak airnya berwarna hijau toska. Kedalaman kolam alami yang lebih dari 3 meter (bahkan di bagian terdalam mungkin lebih dari 5 meter) dan tebing tinggi yang mengitarinya menjadikannya lokasi yang tak terlupakan untuk melakukan *cliff-jumping* di sini. Selain 'kolam alami' ini, terdapat pula beberapa bagian dari aliran sungai yang relatif lebih dangkal dan juga menjadi lokasi menikmati aliran sungai yang sejuk.



Air Terjun Waimarang

Pantai Mandorak

Tak jauh dari Danau Weekuri, lokasi menarik berikutnya adalah Pantai Mandorak. Pantai ini menghadap ke Samudra Hindia, dan merupakan lokasi yang sangat menarik untuk menyaksikan matahari terbenam sambil menyaksikan nelayan dengan perahu kecil mulai melaut. Pantai yang seakan tersembunyi ini lebarnya hanya sekitar 50 meter, dan seperti diapit dua buah karang yang saling menunjuk.

Pantai Mandorak



Desa Adat Ratenggaro

Desa Adat Ratenggaro

Desa adat ini masih tampak sekali pengaruh kebudayaan era megalitikum. Kuburan batu yang besar dan berbentuk kubus terletak perkampungan ini, konon mencapai 300an kuburan. Rumah adat memiliki bentuk unik, yaitu memiliki menara yang menjulang hingga 15 meter, dengan atap berbahan jerami. Rumah terdiri dari 4 tingkat, dengan bagian paling bawah merupakan kandang hewan peliharaan (babi dan anjing), lalu di atasnya tempat mereka tinggal dan menyimpan barang-barang. Meski aliran listrik belum masuk ke wilayah ini, namun beberapa rumah dilengkapi dengan panel surya kecil, sehingga dapat menikmati listrik meski tidak besar kemampuannya.



Pantai Mbawana



Tanjung Mareha

Pantai Mbawana dan Tanjung Mareha

Ini merupakan pantai yang luar biasa cantik, dengan tebing karang yang berlubang besar karena hembusan angin yang terus menerus. Pantai yang luas, dengan pasir berwarna coklat muda yang halus dan bersih dapat dicapai setelah berjalan menuruni jalan setapak beberapa ratus meter dari lokasi parkir kendaraan. Tidak jauh dari Pantai Mbawana, terdapat Tanjung Mareha. Ini merupakan lokasi yang sangat baik untuk memandang panjangnya Pantai Mbawana dari atas.



Bukit Wairinding

Bukit Wairinding

Bukit ini terletak di Kabupaten Sumba Timur, sekitar 25 KM dari kota Waingapu. Kumpulan bukitnya tampak bergelombang-gelombang, dengan savana hijau ketika musim hujan dan kuning keemasan ketika kemarau. Sejauh mata memandang akan tampak bukit-bukit savana dengan keheningan yang pastinya akan membuat diri merasa kecil sekali di dunia ini.

Masih banyak lokasi wisata alam di Sumba yang tak kalah menariknya. Sayangnya tak akan cukup semua diulas di sini. Masih ada Pantai Walakiri yang menawarkan pemandangan matahari terbenam nan magis; Bukit Persaudaraan di kota Waingapu yang menjadi lokasi menyaksikan keindahan gugusan bintang di langit yang bersih; Bukit Tanarara yang menyajikan pemandangan ratusan bukit yang menakjubkan; Air terjun Lapopu yang cantik dan menakjubkan.... Buat penggemar wisata alam.... Sumba jelas merupakan salah satu pulau yang perlu dijelajahi...**MD**

