



# TABLOID MD

INSIDER'S INSIGHT

Area distribusi tabloid MD:



FOR MEDICAL PROFESSIONALS ONLY

MARET 2017

3



Truth Telling about Cancer Diagnosis: To Tell or Not To Tell

MD INSIGHT

5



Peluncuran Gerakan AMIR: Ayo Minum Air!

MD EVENT

6



Mengenal Skoliosis pada Anak dan Penanganannya

MD PRACTICE

11



What is Dissociative Identity Disorder (DID)? Previously Multiple Personality Disorder

MD REVIEW

## MD HEADLINES

# Kemajuan dalam Terapi Kombinasi bagi Penderita Kanker Payudara Stadium Lanjut dan Metastatik



Gambar: Pita merah jambu lambang kewaspadaan kanker payudara di Louisville, AS. Sumber: Jason Meredith, Breast Cancer Awareness, 2006.

**K**anker payudara adalah salah satu keganasan tersering pada wanita dan merupakan penyebab kedua terbanyak kematian oleh karena kanker di seluruh dunia. Diperkirakan di seluruh dunia terdapat lebih dari dua juta kasus baru dan lima ratus ribu kematian pertahunnya. Kesintasan jangka panjang dipengaruhi oleh stadium penyakit saat terdiagnosis. Saat ini banyak pasien yang terdiagnosis dengan metastasis hanya memiliki harapan hidup 24% dalam 5 tahun tanpa ada harapan kesembuhan. Kanker payudara dengan reseptor hormonal positif (HR+) merupakan bagian terbanyak, baik untuk stadium dini maupun lanjut, di mana lebih dari 70% tumor mengekspresikan reseptor hormonal.

Selama 10 tahun belakangan ini, inhibitor aromatase (AI) seperti anastrozole (Arimidex®), letrozole (Femara®) dan exemestane (Aromasin®) telah menggantikan tamoxifen sebagai terapi adjuvan kanker payudara pada pasien pasca menopause. Pada kelompok ini sintesis estrogen terjadi pada jaringan perifer dan AI generasi ketiga seperti di atas telah berhasil menunjukkan efektivitas yang tinggi selain menekan level estrogen dalam peredaran darah.

Meskipun tidak ada studi yang menunjukkan salah satu AI lebih superior, meta-analisis besar (8504 pasien) telah menunjukkan bahwa AI lebih superior dibandingkan tamoxifen dalam memberikan kesintasan lebih baik (HR 0,89; 95% CI 0,80-0,99).<sup>1</sup>

Generasi terbaru terapi endokrin (ET) ditargetkan terhadap reseptor estrogen (ER), fulvestrant adalah golongan *selective estrogen receptor degrader* (SERD) yang menghambat dimerisasi dan pengikatan DNA, obat ini menghambat asupan nuklear dan meningkatkan perputaran dan degradasi ER, sehingga mengakibatkan terjadinya gangguan sinyal estrogen. Fulvestrant (250mg) memberikan hasil efektivitas yang sama dengan anastrozole dalam keadaan kegagalan terapi tamoxifen. Beberapa data baru menunjukkan terapi fulvestrant dosis tinggi (500mg) memberikan hasil yang lebih baik dalam hal kontrol dan kesintasan dibandingkan anastrozole. Studi Falcon yang dilakukan oleh Robertson dkk, melibatkan 462 pasien dengan kanker payudara stadium lanjut atau metastatik, menunjukkan bahwa kelompok yang diberikan fulvestrant 500mg memberikan *progression-free survival*

yang lebih baik dibandingkan anastrozole 1mg (HR 0.797, 95% CI 0.637-0.999). Median *progression free survival* di kelompok fulvestrant 500mg 16,6 bulan dibandingkan 13,8 bulan pada kelompok anastrozole 1mg.<sup>2</sup>

Saat ini panduan terbaru ASCO 2016 untuk kanker payudara metastatik telah menyarankan diberikannya terapi kombinasi sebagai bagian dari terapi awal. Berikut adalah rekomendasi terapi awal untuk kanker payudara metastatik sesuai panduan tersebut: wanita pasca menopause harus diberikan terapi dengan AI; terapi kombinasi AI nonsteroid dan fulvestrant 500 mg dengan *loading dose* harus diberikan kepada pasien-pasien yang belum menggunakan terapi endokrin; wanita premenopause harus diberikan terapi supresi ovarium atau ablasi kombinasi terapi endokrin oleh karena obat-obatan yang ada saat ini baru dipelajari pada populasi pasca menopause. MD

### Referensi

- <sup>1</sup> J Natl Cancer Inst (2006) 98 (18): 1285-1291
- <sup>2</sup> Lancet (2017) 388 (10063): 2997-3005
- <sup>3</sup> J of Clin Onco (2016) 34 (25): 3069-3103

**DINGIN KOK DITIUP?**

**GEJE**  
[ gak jelas ]

**#AdaAQUA**

www.AdaAQUA.com

Dehidrasi ringan dapat menurunkan konsentrasi dan fokus.  
\* Penelitian menunjukkan bahwa tingkat dehidrasi ringan dapat menurunkan konsentrasi dan fokus.  
\* Penelitian ini dilakukan oleh para ahli di bidang kesehatan di Universitas Queensland, Australia pada tahun 2010.



## DAFTAR ISI



**1**  
Kemajuan dalam Terapi Kombinasi bagi Penderita Kanker Payudara Stadium Lanjut dan Metastatik



**2**  
Editorial - MD Inbox



**3**  
*Truth Telling about Cancer Diagnosis: To Tell or Not To Tell*



**4**  
Obesitas pada Anak dan Efeknya pada Ginjal



**5**  
Peluncuran Gerakan AMIR: Ayo Minum Amir



**6**  
Mengenali Skoliosis pada Anak dan Penanganannya



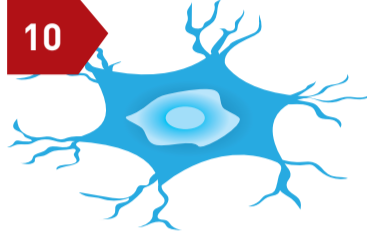
**7**  
Diagnosis Dini Meningitis Tuberkulosis pada Anak: Cegah Morbiditas, Turunkan Mortalitas



**8**  
Profilaksis Antibiotik Sebagai Pencegahan Infeksi Luka Operasi



**9**  
Menyusui dan Ibu Bekerja

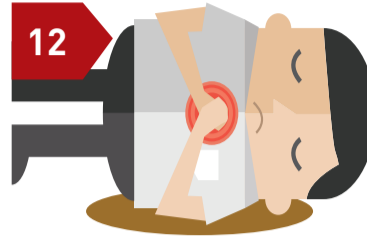


**10**  
Teknik Intervensi Ablasi Saraf Genicular

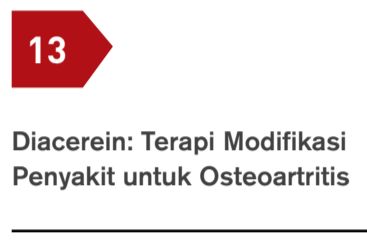
**11**  
Pola Sarapan Anak di Indonesia



**11**  
*What is Dissociative Identity Disorder (DID)? Previously Multiple Personality Disorder*



**12**  
Menimbang Bahaya dan Manfaat *Skip Challenge*



**13**  
Diacerein: Terapi Modifikasi Penyakit untuk Osteoarthritis



**14**  
Bergunakah Terapi Inhalasi untuk Pasien Non-Asma?



**15**  
Kalender *Event*



**16**  
Perjalanan Menembus Lorong Waktu di Kathmandu

Dalam edisi Maret 2017 ini, TabloidMD hadir dengan penampilan baru yang tentunya beserta isi yang tidak kalah menarik seperti edisi-edisi sebelumnya.

Salah satunya adalah mengenai strategi untuk berkomunikasi antara dokter dan pasien saat mengetahui diagnosis pasien. Bahasan lainnya adalah skip challenge dari segi medis karena tindakan ini sempat menjadi viral di media sosial beberapa waktu lalu.

Masih banyak artikel lainnya yang tidak kalah menarik, seperti meningitis tuberkulosis, gerakan AMIR, dissociative identity disorder (DID), terapi inhalasi pada pasien non-asma, dan sebagainya.



## MD INBOX

## Berlangganan Tabloid MD

Dear TabloidMD,  
Saya ingin berlangganan TabloidMD, bagaimana ya caranya?  
Terima kasih

Salam,  
dr. Cynthia Wardhani  
Jakarta

Dear dr. Cynthia,  
Untuk dapat berlangganan, mengirimkan email ke redaksi: [info@tabloidmd.com](mailto:info@tabloidmd.com). Nanti bagian langganan kami akan menindaklanjuti.

Redaksi

## Kalender Ilmiah

Dear Redaksi TabloidMD,  
Artikel traveling di TabloidMD sangat menarik. Berhubung saya suka traveling baik dalam dan luar negeri, saya ingin mengirimkan tulisan mengenai tempat-tempat menarik yang saya kunjungi. Apakah fotonya harus dalam jumlah tertentu? Mohon info alamat email redaksi. Terima kasih

dr. Angga Raditya T  
Bandung

Dear dr. Angga,  
silakan kirimkan artikel beserta fotonya ke [info@tabloidmd.com](mailto:info@tabloidmd.com). Untuk jumlah foto, mungkin bisa mengirimkan beberapa agar dapat menjadi alternatif saat artikel tersebut di lay out. Kami tunggu, dok.

Redaksi

**Chairperson:**  
Irene Indriani G., MD

**Business Manager:**  
Hardini Arivianti

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

**Designers:**  
Joshua Didi  
Clemens R.

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

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

**Publisher:**  
CV INTI MEDIKA  
Jl. Ciputat Raya No. 16, Pondok  
Pinang, Jakarta Selatan 12310  
Tel: (021)703 98705, 75911406  
email: [info@tabloidmd.com](mailto:info@tabloidmd.com)  
ISSN No. 2355-6560

# Truth Telling about Cancer Diagnosis: *To Tell or Not To Tell*

dr. Agustinus Darmadi Hariyanto

Komunikasi dokter pasien telah mengalami perubahan secara signifikan dalam beberapa dekade terakhir di sebagian besar negara di seluruh dunia. Sebelum era bioetika kontemporer, pengambil keputusan kunci dalam praktik medis adalah dokter. Tugas utama mereka adalah menyelamatkan hidup dan menghindari kematian. Informasi mengenai penyakit dan pengobatan seringkali tidak dibagi dengan pasien, dan mereka jarang dilibatkan dalam pengambilan keputusan. Terkadang dokter menyembunyikan diagnosis pasien, beberapa bahkan meninggal tanpa mengetahui apa penyakit mereka.<sup>1</sup>

Pengungkapan secara jujur mengenai diagnosis dan prognosis buruk dianggap penting dalam mempersiapkan akhir kehidupan, namun penyembunyian kebenaran masih umum dijumpai pada kenyataannya di berbagai budaya. Seperti yang terjadi dalam banyak budaya di Asia; penyakit adalah urusan keluarga secara bersama, tidak hanya individu yang bersangkutan. Dengan demikian, prinsip otonomi tidak menanggung berat yang sama seperti halnya di banyak budaya Barat, dan keluarga menjadi lokus dari proses pengambilan keputusan.

Sebuah penelitian di Jepang menemukan

bahwa 46% populasi merasa itu adalah tugas keluarga untuk memberikan “peran protektif guna melindungi pasien dari diagnosis yang menyakitkan.” Sama halnya dengan yang terjadi di Etiopia dan Arab Saudi; informasi mengenai penyakit pasien adalah milik keluarga, yang kemudian menggunakan informasi tersebut sebagai suatu hal yang perlu diperhatikan dari pasien. Alhasil, dokter menghargai “otonomi keluarga sebagai unit.”<sup>2</sup>

Pada kebanyakan kasus, pengungkapan diagnosis kanker dapat memicu situasi krisis yang kompleks yang melibatkan semua aspek fungsi individu: biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Butow et al melaporkan bahwa 76% pasien merasa tiba-tiba dihadapkan pada pengalaman yang sangat traumatis. Syok, takut dan depresi adalah reaksi emosional yang umum dijumpai saat seseorang mendapat diagnosis kanker. Selain itu, usia, status sosial-ekonomi, latar belakang budaya, kemampuan coping dan mekanisme pertahanan, kepribadian premorbid dan riwayat hidup seseorang turut berperan dalam penerimaan diagnosis kanker.

Lebih lanjut, pengungkapan diagnosis kanker tidak hanya membuat seseorang berhadapan dengan kondisi

medis kronis, tetapi juga stigma sosial dari penyakit dan prasangka yang terkait dengan rasa takut akan kematian.

Beberapa studi telah menunjukkan manfaat dari pengungkapan diagnosis kanker. Beberapa manfaat tersebut meliputi: mengurangi stres dan kecemasan, manajemen nyeri/sakit yang lebih baik, kepatuhan terhadap pengobatan dan penyesuaian yang lebih efektif terkait dengan penyakit, meningkatnya harapan dan kerja sama serta penurunan morbiditas psikologis.<sup>3</sup>

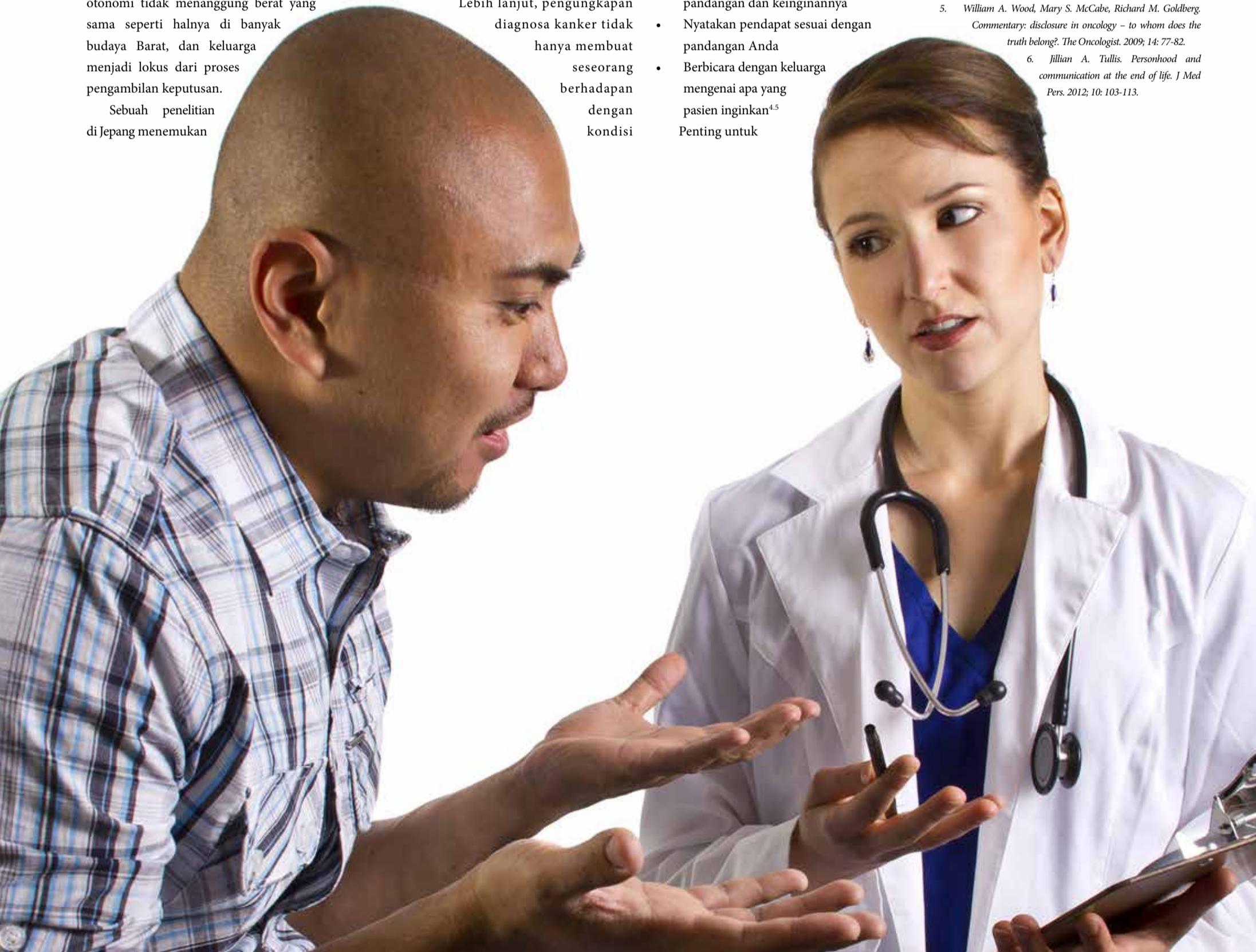
Tantangan untuk memberitahukan kebenaran seringkali kita jumpai sebagai klinisi. Tidak jarang kita diminta untuk merahasiakan diagnosis pasien. Untuk menjaga kemitraan pengobatan dengan pasien dan keluarga, serta untuk menghormati tradisi dan praktik lainnya, ada beberapa strategi yang disarankan untuk mengatasi hal tersebut, antara lain:

- Bersikap fleksibel dan sewajarnya
  - Coba untuk memahami sudut pandang keluarga
  - Berempati terhadap kesulitan keluarga
  - Berbicara dengan pasien mengenai pandangan dan keinginannya
  - Nyatakan pendapat sesuai dengan pandangan Anda
  - Berbicara dengan keluarga mengenai apa yang pasien inginkan<sup>4,5</sup>
- Penting untuk

diketahui bahwa ketika seseorang hidup lebih lama, terlebih jika hidup lebih lama dengan penyakit yang serius atau terminal, menjadi semakin penting untuk kita mempertimbangkan apa artinya menjadi seseorang dan bagaimana menghargai serta menghormati kualitas-kualitas yang membuat kita menjadi seorang manusia. Kegagalan untuk mendengarkan dan mengenali kualitas diri, martabat, dan pilihan perawatan seorang pasien terminal, yang mana merupakan hal yang penting untuk kualitas hidup yang baik di akhir kehidupan merupakan kegagalan kita sebagai seorang klinisi.<sup>6</sup> MD

#### Daftar pustaka

1. Farzaneh Zahedi. *The challenge of truth telling across cultures: a case study.* *J Med Ethics Hist Med.* 2011; 4:11.
2. Clarissa de Penhery O’Kelly, Catherine Urch, Edwina A. Brown. *The impact of culture and religion on truth telling at the end of life.* *Nephrol Dial Transplant.* 2011; 26:3838-3842.
3. Csaba L. Dégi. *Non-disclosure of cancer diagnosis: an examination of personal, medical, and psychosocial factors.* *Support Care Cancer.* 2009 Jan; 17: 1101-1107.
4. James Hallenbeck, Robert Arnold. *A request for nondisclosure: don’t tell mother.* *Journal of Clinical Oncology.* 2007 Nov; 25:31:5030-5034.
5. William A. Wood, Mary S. McCabe, Richard M. Goldberg. *Commentary: disclosure in oncology – to whom does the truth belong?* *The Oncologist.* 2009; 14: 77-82.
6. Jillian A. Tullis. *Personhood and communication at the end of life.* *J Med Pers.* 2012; 10: 103-113.





# Obesitas Pada Anak dan Efeknya Pada Ginjal



**DR. dr. Sudung O. Pardede, Sp.A(K)**  
Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM, Jakarta

Obesitas merupakan masalah kompleks pada anak dan telah menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia terlebih pada negara maju dan berkembang,<sup>1</sup> termasuk di Indonesia yang mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Berdasarkan laporan WHO, pada tahun 2010 didapatkan sekitar 43 juta anak dengan *overweight* dan obesitas. Di berbagai negara dilaporkan peningkatan prevalensi obesitas pada anak. Di Amerika Serikat, obesitas meningkat dari 5% pada tahun 1960an menjadi 19% pada tahun 1990an.<sup>2</sup> Di Turki, obesitas pada anak sebesar 26,3%,<sup>3</sup> dan di Afrika Selatan obesitas pada anak 13-17 tahun sebesar 20,4%<sup>4</sup>

Di Singapura obesitas meningkat dari 9% menjadi 19%. Di Indonesia, berdasarkan data Riskesdas, pada tahun 2010, kejadian obesitas pada anak 13-15 tahun sebesar 2,5%, dan pada tahun 2013, obesitas sebesar 10,8%.<sup>5</sup>

Obesitas pada anak berisiko tinggi menjadi obesitas pada masa dewasa. Meningkatnya prevalensi obesitas menyebabkan meningkatnya prevalensi penyakit terkait obesitas seperti diabetes melitus, *obstructive sleep apneu*, penyakit kardiovaskular, dan hipertensi.<sup>6</sup> Epidemik obesitas meningkat secara paralel dengan insiden penyakit ginjal kronis dan hipertensi.<sup>7</sup> Pada penelitian didapatkan hubungan antara obesitas dengan nefrosklerosis, dan obesitas mempunyai risiko 2-3 kali lebih rentan mengalami glomerulonefritis dan gangguan ginjal lainnya.<sup>8</sup>

Obesitas berperan pada gangguan ginjal, baik secara langsung maupun tidak langsung. Obesitas dapat menyebabkan komplikasi pada ginjal melalui berbagai mekanisme seperti resistensi insulin atau hiperinsulinemia, gangguan metabolisme glukosa, inflamasi, hiperlipidemia, hiperleptinemia, hipertensi, mikroalbuminuria, sindrom metabolik, hiperaktivitas sistem renal renin-angiotensin-aldosteron, hiperaktivitas sistem saraf simpatis, atau mekanisme lain. Di antara semua faktor tersebut, faktor

yang paling berperan antara obesitas dan gangguan ginjal adalah berkurangnya sensitivitas insulin.<sup>7-10</sup>

Kelainan ginjal akibat obesitas dapat dibedakan menjadi dua, yaitu kelainan morfologis dan fungsional. Gangguan ginjal secara morfologi terjadi dengan atau tanpa glomerulosklerosis fokal segmental. Penelitian pada hewan coba menunjukkan terjadinya perubahan morfologis pada ginjal, berupa ekspansi kapsula Bowman, proliferasi sel glomerulus, penebalan membran basalis glomerulus dan tubulus ginjal, peningkatan matriks mesangium glomerulus, dan peningkatan ukuran ginjal. Kelainan fungsional berupa hiperfiltrasi glomerulus, peningkatan aliran darah ginjal, hipertensi, peningkatan kadar renin dalam plasma, hiperinsulinemia, peningkatan albumin serum, proteinuria.<sup>11</sup>

Obesitas pada anak mempunyai konsekuensi jangka panjang, oleh karena itu deteksi dan penanganan terhadap obesitas perlu dilakukan secara dini dan komprehensif pada semua jenjang pendidikan dan melibatkan semua pihak terkait seperti keluarga, guru, lembaga pendidikan, masyarakat dan pusat pelayanan kesehatan.<sup>12</sup> Konsekuensi jangka panjang akibat obesitas pada anak dipengaruhi oleh faktor genetik, epigenetik, perilaku, dan lingkungan; dan faktor lingkungan dan perilaku dapat dimodifikasi sejak masa kanak-kanak sehingga menjadi fokus intervensi klinis.<sup>9</sup> Meskipun tujuan utama penanganan obesitas adalah preventif, namun sekarang sudah mulai bergeser ke identifikasi dan pengobatan komplikasi obesitas.<sup>12</sup>

Obesitas merupakan faktor risiko yang kuat dan dapat diubah untuk mencegah terjadi dan berkembangnya gangguan ginjal. Dengan tata laksana obesitas, maka gangguan ginjal dapat dicegah. Usaha untuk mencegah dan mengobati obesitas secara dini mempunyai peran penting pada insiden, progresivitas, pengeluaran finansial, dan komorbiditi penyakit ginjal.<sup>10</sup>

Perubahan gaya hidup untuk menurunkan berat badan akan menurunkan insiden diabetes dan hipertensi, yang dapat dilakukan dengan perubahan sosial yang mendasar.<sup>10</sup> Mencegah obesitas dimulai sejak dini yaitu sejak masa kehamilan (penambahan berat badan ibu harus dipantau), pemberian air susu ibu, faktor psikososial (makan bersama keluarga, mengatur pola makan sehat sejak dini), modifikasi pola diet (membatasi konsumsi minuman yang mengandung banyak gula, perbanyak buah dan sayuran, mengurangi makan di restoran, membatasi porsi makanan), dan aktivitas fisik seperti berolah raga setiap hari, meminimalkan jam menonton televisi atau gadget lainnya.<sup>9,10</sup>

Upaya lain yang dapat membantu menanggulangi obesitas adalah asupan air minum (*non-sugar-sweetened beverages*). Dalam kepustakaan disebutkan bahwa minum air putih dapat menurunkan berat badan. Hal ini disebabkan asupan kalori total berkurang karena konsumsi makan dan minuman berkalori berkurang, dan meningkatnya oksidasi lemak melalui peran insulin karena minum air non kalori tidak menstimulasi insulin.<sup>13</sup> Bagaimana minum air putih meningkatkan oksidasi lemak? Oksidasi lemak akan maksimal jika kadar insulin rendah. Sebagaimana diketahui, insulin menghambat enzim (*hormone-sensitive lipase, acylcarnitine transferase, pyruvate carboxylase*) yang memecah trigliserida menjadi *free fatty acid*, menghambat transpor *free fatty acid* ke dalam mitokondria dan oksidasi melalui *tricarboxylic acid/ Krebs cycle*. Penelitian menunjukkan bahwa oksidasi lemak 40% lebih banyak setelah air minum dibanding dengan minuman berkalori, dan menurun setelah asupan makanan karena insulin

meningkat. Selain itu, makan plus air minum tidak berkalori dibandingkan dengan makan plus minuman berkalori menyebabkan kadar insulin darah dan oksidasi lemak lebih cepat 2 jam ke keadaan sebelum makan pada yang minum air tidak berkalori dibandingkan dengan minuman berkalori.<sup>14</sup>

Pada penelitian *randomized, controlled cluster trial* terhadap 2950 siswa pada 32 sekolah menengah di Dortmund dan Essen, Jerman pada Agustus 2006 sampai Juli 2007, dilakukan intervensi dengan konsumsi air pada 1641 siswa dan 1309 siswa lainnya sebagai kontrol. Hasilnya, setelah intervensi, risiko *overweight* turun 31% dibanding dengan kontrol. Penelitian ini menyimpulkan air minum efektif mencegah *overweight* pada anak.<sup>15</sup> Penelitian lain dilakukan di North Carolina, USA pada bulan Mei 2008 – Januari 2010 terhadap 318 subjek berumur 18-65 tahun yang mengalami *overweight* dan obesitas. Sebanyak 105 orang sebagai kontrol dan kepada 213 subjek lainnya dilakukan intervensi yaitu 108 mendapat air minum dan 105 minuman nonkalori. Disimpulkan bahwa penggantian minuman berkalori dengan minuman nonkalori menyebabkan berat badan turun sebesar 2%-2,5%.<sup>16</sup>

Sebagai kesimpulan, obesitas dapat menyebabkan kelainan ginjal, baik kelainan struktural maupun fungsional. Pananggulangan obesitas dapat mencegah dan mengurangi kelainan ginjal akibat obesitas. Konsumsi air minum tidak berkalori berperan dalam tata laksana obesitas. MD



## Daftar pustaka

- Ogden CL, Carroll MD, Lawman HG, Fryar CD, Kruszon-Moran D, Kit BK, et al. Trends in obesity prevalence among children and adolescents in the United States, 1988-1994 through 2013-2014. *JAMA* 2016;315:2292-9.
- Sorof J, Daniel S. Obesity hypertension in children. A problems of epidemic proportions. *Hypertension*. 2002;40:441-7
- Onsuz FM, Demir F. Prevalence of hypertension and its association with obesity among school children aged 6-15 years living in Sakarya Province in Turkey. *Turkish J Med Sci*.2015;45:907-12
- Nkeh-Chungag BN, Sekokotal AM, Suwani Rusike C, Namugowa A, Iputro JE. Prevalence of hypertension and prehypertension in 13-17 years old adolescents living in Mthatha South Africa: A cross sectional study. *Cent Eur J Public Health*.2015;23:59-64
- Kemeterian Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Jakarta, 2013.
- Lee H, Pantazis A, Cheng P, Dennisuk L, Clarke PJ, Lee JM. The association between adolescent obesity and disability incidence in young adulthood. *J Adolesc Health*.2016;59:472-8.
- Ding W, Cheung WW, Mak RH. Impact of obesity on kidney function and blood pressure in children. *World J Nephrol*. 2015; 4: 223-9.
- Ejerblad E, Forel CM, Lindblad P, Fryzek J, McLaughlin JK, Nyren O. Obesity and risk for chronic renal failure. *J Am Soc Nephrol*. 2006.
- Graf L, Naliescu C, Kaskel PJ, Kaskel FJ. Nutrition and metabolism. Dalam: Avner ED, Harmon WE, Niaudet P, Yoshikawa N, penyunting. *Pediatric Nephrology*. Edisi ke-6, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag;2009.h.307-23.
- Savino A, Pelliccia P, Chiarelli F, Mohn A. Obesity-related renal injury in childhood. *Horm Res Paediatr*. 2010;73:303-11.
- Papafragkaki D, Tollis G. Obesity and renal disease : a possible role of leptin. *Hormones*. 2005;4:90-5.
- Kemeterian Kesehatan RI. Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Kegemukan dan Obesitas pada Anak Sekolah. 2012.
- Stookey JD. Drinking water and weight management. *Nutrition Today*; 2010;45(6S) :S7-S12
- Stookey JD, Koenig J. Advance in water intake assessment. *Eur J Nutr*. 2015; 54 Suppl (2):S9-S10
- Muckelbauer R, Libuda L, Clausen K, et al. Promotion and provision of drinking water in school for over weight prevention: randomized, controlled cluster trial. *Pediatrics*. 2009;123.e661.DOI10.1542/peds.2008-2186.
- Tate DF, Turner-McGrievy G, Lyons E, Stevens J, Erickson K, Polzien K, et al. Replacing caloric beverages with water or diet beverages for weight loss in adults: main results of the Choose Healthy Options Consciously Everyday (CHOICE) randomized clinical trial. *Am J Clin*.2012;95:555-63.



## Peluncuran Gerakan AMIR: Ayo Minum Air

Peringatan Hari Ginjal Sedunia (*World Kidney Day/WKD*) tanggal 9 Maret 2017 di Indonesia dirayakan dengan meluncurkan gerakan AMIR atau Ayo Minum Air yang dimotori oleh IHWG- FKUI (Indonesian Hydration Working Group) dan Kementerian Kesehatan RI, serta didukung oleh PT. Tirta Investama. Gerakan ini bertujuan untuk mengedukasi masyarakat mengenai pentingnya perilaku hidup sehat, yang mencakup asupan gizi seimbang seperti hidrasi sehat dan melakukan aktivitas fisik untuk mencegah obesitas, serta berkaitan dengan penyakit ginjal. Gerakan AMIR dilaksanakan untuk mendukung inisiatif Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Peluncuran gerakan AMIR ini dilakukan di SDN 12 Rawamangun yang dihadiri oleh Prof. Dr. dr. Nila Djuwita F. Moeloek, SpM(K) yang dalam kata sambutannya menyampaikan pesan Joko Widodo (Presiden RI) yang berharap dalam kurun waktu 40 tahun ke depan – pada tahun 2045 – Indonesia akan menjadi Indonesia Emas dengan anak-anak yang tumbuh sebagai anak

berkualitas, sehat dan cerdas. “Harapan tersebut dapat dimulai dengan rajin berolah raga, makan sayuran dan buah secara teratur. Namun ingat sebaiknya tidak berlebihan karena dapat berisiko mengalami obesitas yang nantinya dikaitkan dengan penyakit-penyakit, seperti diabetes dan ginjal. Kebiasaan sehat ini, yang salah satunya adalah minum air, harus diterapkan sejak kecil,” lanjut Menteri Kesehatan ini yang juga menganjurkan pada anak-anak untuk minum air 6 gelas per hari.

Sesuai data Kementerian Kesehatan RI mengenai penyakit katastropik, penyakit penderita penyakit ginjal di Indonesia menempati urutan kedua setelah penyakit jantung dalam hal jumlah penderita, dengan pertumbuhan hampir 100 persen dari tahun 2014-2015. Hal ini berdampak terhadap biaya kesehatan yang ditanggung oleh pemerintah melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk penderita gagal ginjal kronik juga sangat tinggi, mencapai 2,58 triliun Rupiah di tahun 2015.

Selanjutnya Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Dr. dr. Ratna Sitompul, SpM(K) mengatakan, “Sasaran utama gerakan

AMIR ini adalah anak-anak usia PAUD dan Sekolah Dasar dengan harapan dapat memulai kebiasaan minum air putih, dan mengurangi kebiasaan minum manis sejak usia dini. Selain itu juga diharapkan anak-anak ini dapat menjadi ‘pengingat’ bagi anggota keluarga lainnya mengenai kebiasaan minum air.”

Salah satu pemicu terjadinya obesitas adalah pola konsumsi makanan dan minuman manis yang mungkin sulit dihindari karena relatif mudahnya ketersediaan dan akses mendapatkan produk-produk tersebut di sekitar rumah dan sekolah. Pola hidrasi yang tidak baik terkait dengan konsumsi gula dalam minuman yang nantinya berkaitan dengan obesitas.

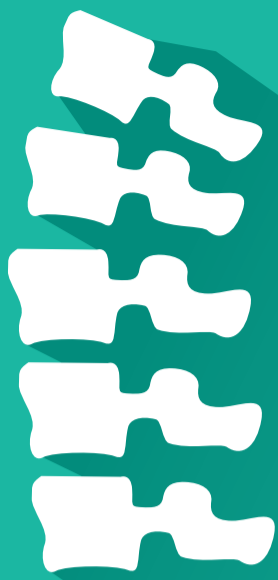
Selaku Manajer Riset dan Pengabdian Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang juga menjabat sebagai Ketua IHWG-FKUI, Dr. dr. Budi Wiweko, SpOG(K) menjelaskan, nama AMIR ini kami pilih karena AMIR adalah salah satu karakter atau

nama anak yang sangat mudah diingat oleh anak-anak

Indonesia. Selain itu, karakter ini tokoh dalam buku komik hidrasi yang berjudul ‘Pentingnya Air Minum bagi Tubuh’. Untuk implementasi program, IHWG telah melakukan sosialisasi dan pelatihan metode *microteaching* kepada 61 guru PAUD untuk mengajarkan pentingnya minum air dengan media buku komik tersebut untuk 495 murid di 22 lembaga PAUD di Maluku.

Di tahun 2012 telah dilakukan riset dan menemukan status hidrasi masyarakat Indonesia adalah 30-35% yang masuk ke dalam kondisi *mild dehydration*. Mengenai asupan hidrasi, dr. Budi memaparkan, “Asupan hidrasi untuk dewasa normal adalah 8 gelas per hari, sedangkan untuk ibu hamil asupan air menjadi 8 gelas ditambah 2 gelas (10 gelas per hari), dan untuk ibu menyusui menjadi 8 gelas ditambah 3 gelas (11 gelas per hari).” HA





# Mengenali Skoliosis pada Anak dan Penanganannya

dr. Ferius Soewito, Sp.KFR

Flexfree Musculoskeletal Rehabilitation Clinic

Postur tubuh yang baik dibentuk oleh tulang belakang dan strukturnya serta distabilkan oleh otot dan ligamen. Tulang belakang pada manusia tersusun atas tulang-tulang vertebra yang bertumpuk dan terdapat bantalan bernama diskus di antara tulang-tulang vertebra tersebut. Tulang belakang yang sehat dapat dilihat dari samping membentuk suatu kurva yang tujuannya untuk mengurangi hentakan (*impact*) pada tulang belakang akibat pergerakan dan gravitasi. Kelainan pada kurva-kurva tersebut dapat membuat masalah medis, fungsional, maupun estetis.

Skoliosis adalah kelainan tulang belakang ditandai dengan melengkungnya garis tulang belakang ke arah samping, didapatkan pada 3-30% populasi dunia, namun hanya 0,25% yang pergi berobat. Berdasarkan penyebab, skoliosis dibagi menjadi dua kelompok. Kelompok pertama adalah skoliosis yang disebabkan oleh kelainan medis lain seperti *cerebral palsy*, penyakit saraf dan otot seperti *motor neuron disease*. Sedangkan kelompok kedua adalah skoliosis tanpa sebab yang jelas (*idiopatik*). Skoliosis jenis kedua tersebut merupakan skoliosis yang paling sering ditemukan. Penyebab skoliosis idiopatik sampai saat ini belum jelas. Beberapa penelitian berasumsi adanya gen tertentu yang menyebabkan kesimetrisan pertumbuhan lempeng tulang terganggu.

Berdasarkan usia terjadinya, skoliosis dapat ditemukan pada usia 0-3 tahun (*infantile*), usia 3-9 tahun (*juvenile*), dan pada usia 9-18 tahun (*adolescent*). Berikut akan lebih dibahas skoliosis pada *adolescent* yang kemungkinan progresivitasnya lebih tinggi. Skoliosis *adolescent* terjadi pada saat anak puber dan pertumbuhan tinggi badannya sangat pesat. Pada fase tersebut kemungkinan perburukan skoliosis cukup besar namun kemungkinan untuk dapat dikoreksinya juga besar.

Gangguan yang terjadi akibat skoliosis seringkali berupa gangguan estetika sehingga dapat mengurangi tingkat kepercayaan diri, selain itu, pasien juga dapat mengeluh nyeri

pinggang yang disebabkan karena ketegangan otot-otot di pinggang dan punggung maupun karena gangguan pada sarafnya. Gangguan pada saraf juga dapat menyebabkan kelemahan atau gangguan sensorik. Skoliosis berat yang terjadi daerah dada dapat menyebabkan gangguan pengembangan paru sementara skoliosis yang terjadi di daerah pinggang (*lumbal*) dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan kaki karena ketidaksimetrisan pertumbuhan tulang.

Skoliosis dapat terdeteksi dari gejala seperti nyeri pinggang yang berulang pada anak, namun lebih sering tanpa gejala apa-apa sehingga biasanya terdeteksi oleh orangtua yang melihat postur tubuh anaknya yang tampak miring atau terputar, bahu kanan dan kiri yang tidak simetris, terdapat tonjolan pada punggung (*hump*) dan panggul yang tidak simetris. Apabila ditemukan gejala seperti di atas segeralah ke dokter untuk dilakukan pemeriksaan.



Gambar 1. Pasien dengan skoliosis. (sumber: <http://www.britscoliosisoc.org.uk/patient-information/scoliosis-overview>)

Dokter akan memeriksa kesegaran tulang belakang dan putarannya. Selain itu, dokter juga akan memeriksa kesimetrisan panjang kaki. Pemeriksaan definitif untuk skoliosis adalah pemeriksaan rontgen. Pemeriksaan rontgen yang minimal harus dilakukan adalah pemeriksaan yang mencakup seluruh tulang belakang (dari tulang servikal sampai sakral). Dengan pemeriksaan rontgen dapat dilihat lokasi skoliosis dengan lebih akurat, derajatnya dan apakah ada kelainan lain (*kifosis*, *pergeseran tulang belakang*, *fraktur*, dan lain-lain). Dokter akan mengukur derajat kurva yang dinamakan sudut Cobbs dari pemeriksaan rontgen.

Dari foto rontgen dokter juga dapat menilai tingkat maturasi tulang seorang anak. Tingkat maturasi akan menentukan kemungkinan si anak masih bertumbuh atau tidak.



Gambar 2: Pemeriksaan rotasi tulang belakang akibat skoliosis (Sumber: <https://scoliosis3dc.com/evaluating-scoliosis-scoliometer/>)



Gambar 3: Pemeriksaan kesegaran tulang belakang (Sumber: <http://www.aboutkidshealth.ca/En/ResourceCentres/Scoliosis-Parents/UnderstandingDiagnosis/Pages/The-Physical-Exam.aspx>)

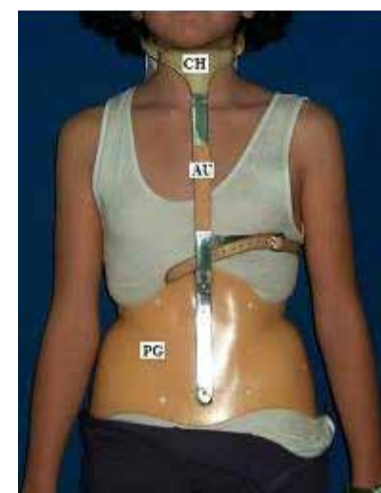
Saat ini terdapat 2 golongan tata laksana skoliosis pada anak yaitu nonoperatif dan operatif. Tatalaksana nonoperatif mencakup terapi latihan dan penggunaan *bracing*. Tindakan nonoperatif biasanya dipertimbangkan untuk dilakukan pada skoliosis yang tidak berat (sudut Cobbs di bawah 40-50 derajat), tanpa komplikasi atau yang tidak progresif. Berdasarkan sudut kurvanya, tatalaksana nonoperatif dapat dilakukan dengan latihan terapeutik saja maupun dengan kombinasi latihan terapeutik dan *brace*.



Gambar 4: Dynamic Brace (Spinecor\*) (sumber: <http://www.spinecor.com/Home.aspx>)

Latihan terapeutik yang dilakukan harus individual dan bergantung pada kondisi kurva maupun apakah terdapat komplikasi atau tidak. Beberapa jenis olahraga seperti yoga dan pilates bisa membantu. Namun pelaksanaannya tetap harus personal dan dengan monitor yang ketat. Terapi dengan latihan saja dapat diberikan pada skoliosis dengan sudut Cobbs di bawah 20 derajat.

*Brace* diberikan bila sudut Cobbs 20-50 derajat. *Brace* adalah alat yang dipasangkan pada tubuh, untuk menyangga atau menopang tulang belakang sehingga membatasi kemiringan pada saat tulang belakang bertumbuh. Dengan pemakaian *brace*, latihan tetap harus dilakukan di dalam dan luar *brace*.



Gambar 5: Hard Brace (Sumber: <http://www.warrenchiro.com/scoliosis-braces-navigating-the-differing-types>)

Saat ini, *brace* untuk skoliosis tidak hanya *hard brace*. *Dynamic brace* (*Spinecor*\*) juga digunakan dan dari penelitian memiliki efektivitas yang cukup baik. *Dynamic brace* menggabungkan konsep latihan terapeutik dan

*bracing*. Pasien diajarkan gerakan korektif dan gerakan korektif tersebut diarahkan oleh *brace*. Beberapa kelebihan *dynamic brace* adalah *brace* tidak terlalu terlihat dari luar karena sifatnya *soft* (tidak mengandung plate atau besi). Selain itu *brace* juga dapat dipakai pada saat tidur. Hal tersebut penting karena pada saat tidur hormon pertumbuhan akan diproduksi dalam jumlah yang lebih banyak. Selain itu, karena otot tulang belakang dilatih dalam postur yang terbaik, diharapkan setelah *brace* dilepas, otot tulang belakang yang akan menjaga agar skoliosis tidak kembali lagi. Namun hal tersebut masih perlu dibuktikan dalam penelitian jangka panjang. Pemakaian *dynamic brace* bisa saja



tidak membutuhkan latihan lagi karena sudah merupakan kombinasi dengan latihan namun pada beberapa kasus, latihan di luar pemakaian *brace* bisa saja diperlukan.

Tindakan operatif diperlukan bila sudut Cobbs sudah lebih dari 40-50 derajat, terdapat gangguan lain (gangguan saraf seperti kesemutan, mati rasa, atau kelemahan tungkai), atau bila kurva memburuk dengan cepat.

Meski demikian, tidak jarang pasien skoliosis sudah ditemukan pada kurva yang lebih besar. Hal tersebut disebabkan pasien tidak mengeluhkan gejala apa-apa. Oleh karena itu, orangtua sebagai orang terdekat anaknya berperan sangat penting dalam deteksi skoliosis. MD



## UNITE TO → END TB

Diagnosis Dini Meningitis Tuberkulosis pada Anak:

# Cegah Morbiditas, Turunkan Mortalitas

dr. Susanti Himawan

Tuberkulosis masuk ke dalam daftar 10 penyebab kematian utama anak di dunia.<sup>1</sup>Epidemik tuberkulosis (TB) ternyata lebih tinggi dibandingkan perkiraan sebelumnya menurut laporan global tuberkulosis WHO 2016, namun angka kematian dan insiden TB terus menurun secara global. Indonesia termasuk dalam daftar enam negara dengan angka kasus TB baru sebesar 60%, selain India, Cina, Nigeria, Pakistan, dan Afrika Selatan.<sup>2</sup>

Meningitis tuberkulosis (MTB), bentuk infeksi yang paling destruktif dari tuberkulosis dan bentuk TB sistem saraf pusat yang tersering<sup>3</sup>, masih terus berhubungan erat dengan morbiditas dan mortalitas yang signifikan, dan merupakan penyebab utama kematian pada pasien tuberkulosis dengan angka mortalitas antara 6-65% (rata-rata 35%) sekalipun kemoterapi TB sudah diberikan.<sup>4,5</sup>Risiko mortalitas tertinggi terdapat pada pasien dengan komorbid, keterlibatan neurologis berat saat admisi, progresivitas yang cepat, dan umur yang terlalu tua atau terlalu muda.<sup>3</sup>Insiden puncak terutama pada anak di bawah 4 tahun, namun jumlah penderita MTB pada dewasa meningkat seiring dengan meningkatnya penderita HIV.<sup>6</sup>

Reaksi paradoksikal, gejala klinis eksaserbasi (seperti panas, perubahan status mental) setelah pengobatan dengan antituberkulosis dimulai, muncul pada sepertiga pasien MTB dan tidak hanya terbatas pada pasien dengan komorbid HIV saja. Faktor predileksi munculnya reaksi paradoksikal tersebut diantaranya perempuan, konkomitan HIV, dan durasi sakit yang lebih pendek.<sup>7</sup>

Diagnosis MTB cukup sulit karena manifestasi klinis yang nonspesifik, dapat berupa gejala akut, subakut, atau kronis. Kepekaan dan suspisi dalam mendiagnosis saat diperlukan, sebab dengan diagnosis dini dan penanganan tepat akan sangat menurunkan angka mortalitas secara signifikan.<sup>3</sup>

Pemeriksaan cairan serebrospinal sangat penting untuk diagnosis

awal MTB. Hasil analisis cairan serebrospinal akan menunjukkan peningkatan protein dan penurunan kadar glukosa dengan mononuclear pleositosis. Protein cairan serebrospinal pada mayoritas pasien berkisar 100-500 mg/dl, namun pada pasien dengan obstruksi subarahnoid akan meningkat secara ekstrem sampai berkisar 2-6 gram/dl, biasanya berhubungan dengan xantokromia dan prognosis buruk. Kadar glukosa cairan serebrospinal akan menurun hingga di bawah 45mg/dl pada 80% kasus. Hitung sel pada analisis cairan serebrospinal berkisar 100-500 sel/mikroL.<sup>8</sup>

Selain analisis cairan serebrospinal, tes amplifikasi asam nukleat (NAAT) sebaiknya dilakukan jika memungkinkan, terlebih pada kasus suspek MTB dengan hasil tes BTA negatif. *World Health Organization* (WHO) merekomendasikan pemeriksaan assay Xpert MTB/RIF sebagai tes awal pada diagnosis MTB. Dalam sebuah studi meta analisis yang melibatkan 18 studi menunjukkan sensitivitas dan spesifisitas assay Xpert MTB/RIF cairan serebrospinal (dibandingkan dengan kultur) 81% dan 98%. NAAT memiliki spesifisitas tinggi (100%) dengan sensitivitas sedang (59%). Hal ini dapat memberikan kesimpulan bahwa NAAT dapat digunakan sebagai tes konfirmasi MTB ketika digunakan bersamaan dengan analisis cairan serebrospinal. Namun NAAT tidak dapat digunakan untuk menyingkirkan diagnosis MTB.<sup>8</sup>

Komplikasi MTB lebih banyak berkembang secara signifikan pada anak (36%) dibandingkan dewasa dan hidrosefalus komunikans merupakan komplikasi MTB tersering (26%).<sup>6</sup>Iskemik infark merupakan salah satu komplikasi tersering. Mayoritas infark terlihat pada ganglia basal dan kapsula interna. Hal ini bisa disebabkan oleh komplikasi vaskular dan oklusi dari perforasi kecil pada pembuluh darah. Sekuele jangka panjang dari infark tersebut yaitu atrofi fokal. Saraf kranial terlibat pada 17-70% kasus. Saraf kedua, ketiga,

keempat, dan ketujuh merupakan yang paling sering terlibat.<sup>9</sup>Selain itu MTB dapat menimbulkan komplikasi metabolik, hiponatremia merupakan yang paling sering ditemukan pada lebih dari 50% kasus.<sup>6</sup>

Mengingat masih cukup banyak penderita MTB dan efeknya terhadap morbiditas dan mortalitas maka kepekaan dan suspisi dalam mendiagnosis sangat diperlukan, sebab dengan diagnosis dini dan

penanganan tepat akan sangat menurunkan angka mortalitas secara signifikan.<sup>3</sup> MD

#### Daftar Pustaka

1. Soumya Swaminathan, Banu Rekha. *Pediatric Tuberculosis: Global Overview and Challenges. Clin Infect Dis (2010) 50 (Supplement\_3): S184-S194. 15 May 2010.*
2. *Global Tuberculosis Report 2016. WHO.*
3. Grace E. Marx, Edward D. Chan. *Tuberculous Meningitis: Diagnosis and Treatment Overview. Tuberculosis Research and Treatment Volume 2011*
4. Peter R. Donald, M.D. *Chemotherapy for*

*Tuberculous Meningitis. The New England Journal of Medicine. January 14, 2016.*

5. Egidia G. Miftode, Olivia S. Dorneanu, Daniela A. Leca, dkk. *Tuberculous Meningitis in Children and Adults: A 10-Year Retrospective Comparative Analysis. PLoS ONE 10(7): e0133477.*

6. M. E. Török. *Tuberculous meningitis: advances in diagnosis and treatment. British Medical Bulletin, 2015*

7. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

8. Nabukeera Barungi Nicolette, dkk. *Presentation and Outcome of tuberculous meningitis among children: experiences from a tertiary children's hospital. African Health sciences Vol 14 No. 1, 2014.*

9. *Philippine Pediatric Society, Inc. Tuberculosis in Infancy and Childhood. 4th ed. 2016*

SEBCLAIR™ CREAM  
HELP PATIENTS WITH THEIR

## TRANSFORMATION



Sebclair™ cream is a novel nonsteroidal treatment for your patients with seborrheic dermatitis.

1. Sebclair™ is a nonsteroidal treatment with efficacy comparable to desonide cream 0.05%<sup>1</sup>
2. Sebclair™ has demonstrated anti-inflammatory and antifungal properties<sup>1,2,3</sup>
3. Sebclair™ appears to be an effective and well tolerated cream for the treatment of mild to moderate SD of the face and scalp<sup>4,5</sup>

#### References:

1. Elewski Boni. An investigator-blind, randomized, 4-week, parallel-group, multicenter pilot study to compare the safety and efficacy of a nonsteroidal cream (Promiseb Topical Cream) and desonide cream 0.05% in the twice-daily treatment of mild to moderate seborrheic dermatitis of the face. *Clinics in Dermatology* (2009) 27, 548-553.
2. Kirick Leon. An open-label, single-center pilot study to determine the antifungal activity of a new nonsteroidal cream (Promiseb Topical Cream) after 7 days of use in healthy volunteers. *Clinics in Dermatology* (2009) 27, 544-547.
3. Nalamothu V, et al. Evaluation of a nonsteroidal topical cream in a guinea pig model of Malassezia furfur infection. *Clinics in Dermatology* (2009) 27, 541-543.
4. Veraldi S, Menter A, Innocenti M. Treatment of mild to moderate seborrheic dermatitis with MAS064D (Sebclair), a novel topical medical device: results of a pilot, randomized, double-blind, controlled trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2008) 22, 290-6.
5. Elmer David, et al. A double-blind, placebo-controlled pilot study to estimate the efficacy and tolerability of a nonsteroidal cream for the treatment of cradle cap (seborrheic dermatitis). *Journal of Drugs in Dermatology.* (2013) 12(4), 448-452.



Suite 802, 8th Fl, Wisma Pondok Indah 2,  
Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V-7A  
Pondok Indah, Jakarta Selatan 12310  
Telp. 021-7697323

ID/SEB/102016/004



# Profilaksis Antibiotik Sebagai Pencegahan Infeksi Luka Operasi

dr. Andreas Hadinata

Infeksi Luka Operasi (ILO) atau *Surgical Site Infection* (SSI) merupakan komplikasi yang dapat terjadi pada segala jenis tindakan pembedahan. Terdapat banyak faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya ILO, mulai dari faktor endogen yang berhubungan langsung dengan pasien sampai faktor eksogen yang dikaitkan dengan berbagai hal yang ikut serta dalam prosedur pembedahan. Faktor endogen yang dimaksud yaitu: usia lanjut, status nutrisi buruk, merokok, BMI yang tinggi, diabetes, status imunologi yang buruk, dan infeksi yang terjadi sebelum pembedahan. Sedangkan faktor eksogen yang dimaksud yaitu: kurangnya tindakan aseptis sebelum pembedahan, teknik bedah yang kurang tepat, durasi operasi yang lama, derajat luka operasi yang berat, serta kurangnya kualitas sterilisasi ruang bedah, instrumen pembedahan, dan operator bedah.<sup>1-3</sup> Dengan menghilangkan faktor-faktor risiko terjadinya ILO di atas, maka ILO sebagai salah satu infeksi nosokomial seharusnya dapat dicegah. Namun sayangnya statistik berkata lain.

Grafik di bawah memperlihatkan insiden kumulatif ILO menurut tahun dan prosedur pembedahan di negara-negara Eropa. Hal yang menarik pada grafik tersebut adalah masih terdapat banyak warna biru muda yang mewakili ILO yang baru terdiagnosa setelah pasien dipulangkan dari rumah sakit. Hal ini tentunya membuat kita berpikir bahwa walaupun telah dilakukan

pencegahan terhadap ILO yang disertai dengan monitoring ketat terhadap pasien di rumah sakit, ILO masih saja dapat luput dari pengawasan para petugas medis. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk menghindari luputnya ILO dari pengawasan ialah dengan memberikan profilaksis antibiotik sebelum pembedahan. Maka dari itu, dalam artikel ini akan dibahas lebih lanjut mengenai hal tersebut guna memperbaharui informasi pembaca dalam upaya menghindari luputnya ILO dari pengawasan.

Walaupun secara umum petugas medis sudah memahami tujuan dari profilaksis antibiotik yaitu untuk mencegah terjadinya infeksi, namun pada praktiknya profilaksis antibiotik yang dilakukan di lapangan masih banyak yang kurang tepat. Masih terdapat profilaksis antibiotik yang dilakukan terlalu lama sebelum tindakan pembedahan, atau bahkan malah dilakukan tepat sebelum insisi pembedahan. Pada praktik di rumah sakit juga sering kita temui profilaksis antibiotik yang dilanjutkan sampai berhari-hari setelah tindakan pembedahan. Walaupun hal tersebut bermaksud untuk mencegah terjadinya ILO, namun pada bukti-bukti ilmiah yang ada saat ini, hal tersebut sudah tidak lagi dianjurkan. Selain pada praktik kita temui waktu dan durasi profilaksis antibiotik yang beragam, jenis antibiotik yang diberikan sebelum tindakan pembedahan pun beragam pula. Hal tersebut mungkin

dikarenakan pola kuman yang berbeda-beda pada setiap fasilitas kesehatan. Namun, sebagai klinisi tentunya kita memerlukan panduan yang baku untuk menentukan waktu, durasi, dan jenis profilaksis antibiotik yang tepat.

Menurut *Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery* tahun 2013, profilaksis antibiotik untuk mencegah terjadinya ILO seharusnya dilakukan 60 menit sebelum insisi pembedahan. Khusus profilaksis antibiotik menggunakan golongan fluoroquinolon dan vancomycin, dianjurkan untuk dilakukan 120 menit sebelum insisi pembedahan. Untuk durasi penggunaan antibiotik, hanya dianjurkan untuk dilanjutkan sampai 24 jam pascaoperasi. Hal ini dikarenakan profilaksis antibiotik yang dilakukan hingga lebih dari 24 jam pascaoperasi tidak terbukti mengurangi insiden terjadinya ILO. Pada *guideline* ini juga dicantumkan

berbagai jenis antibiotik yang direkomendasikan sebagai pilihan profilaksis antibiotik sebelum tindakan pembedahan beserta interval waktu untuk melakukan pengulangan andosis intra operasi (tabel 1). Dimana pengulangan dosis intra operasi perlu dilakukan jika durasi operasi melebihi dua kali waktu paruh antibiotik yang digunakan atau jika terjadi perdarahan masif selama prosedur pembedahan berlangsung.<sup>4</sup>

Jika melihat tabel di atas, mungkin kita akan bingung untuk memilih antibiotik mana yang akan kita pilih sebagai profilaksis sebelum tindakan pembedahan. Untuk memudahkan hal tersebut kita dapat menggunakan jenis antibiotik yang sesuai untuk masing-masing prosedur pembedahan yang berbeda. Pada *guideline* ini juga disertakan rekomendasi pilihan antibiotik yang dapat digunakan pada masing-masing prosedur pembedahan yang berbeda tersebut.

Hal yang menarik di sini ialah cefazolin merupakan antibiotik yang direkomendasikan sebagai profilaksis pada hampir semua jenis prosedur pembedahan. Hal tersebut dikarenakan efikasi cefazolin yang sudah terbukti pada berbagai studi yang ada, durasi kerja yang sesuai dengan tindakan pembedahan, spektrum antibiotik yang sesuai dengan patogen yang sering ditemui pada tindakan pembedahan, profil keamanan yang baik, dan harganya yang murah.<sup>4</sup> MD

## Daftar Pustaka

1. *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. WHO. 2016:27-37.
2. *Procedure associated module SSI*. CDC. 2017:8-11.
3. Rello J, Kollef M, Diaz E, Rodriguez A. *Infectious diseases in critical care*. Second edition. Berlin: Springer; 2007:512.
4. *Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery*. *Am J Health-Syst Pharm*. 2013; 70:195-283.

Figure 3.1.1. Cumulative incidence for SSI by year and type of procedure: European Union/European Economic Area countries, 2008-2011



Data source: ECDC, HAI-Net SSI patient-based data 2008-2011 (<http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/Pages/data-access.aspx#sthash:HYR9okdpuf>, accessed 21 May 2016). SSI: surgical site infection; CABG: coronary artery bypass graft; CHOL: cholecystectomy; COLO: colon; CSEC: caesarean section; HPRO: hip prosthesis; KPRO: knee prosthesis; LAM: laminectomy.

Table 1. Recommended Doses and Redosing Intervals for Commonly Used Antimicrobials for Surgical Prophylaxis

Antimicrobial	Recommended Dose		Half-life in Adults With Normal Renal Function, hr <sup>a</sup>	Recommended Redosing Interval (From Initiation of Preoperative Dose), hr <sup>b</sup>
	Adult <sup>a</sup>	Pediatric <sup>a</sup>		
Ampicillin-sulbactam	3 g (ampicillin 2 g/sulbactam 1 g)	50 mg/kg of the ampicillin component	0.8-1.3	2
Ampicillin	2 g	50 mg/kg	1-1.8	2
Aztreonam	2 g	20 mg/kg	1.3-2.4	4
Cefazolin	2 g, 3 g for pts weighing ≥120 kg	30 mg/kg	1.2-2.2	4
Cefazone	1.5 g	50 mg/kg	1-2	4
Cefotaxime	1 g <sup>c</sup>	50 mg/kg	0.9-1.7	3
Cefotaxim	2 g	40 mg/kg	0.7-1.1	2
Cefotetan	2 g	40 mg/kg	2.8-4.8	6
Ceftriaxone	2 g <sup>c</sup>	50-75 mg/kg	5.4-10.9	NA
Ciprofloxacin <sup>d</sup>	400 mg	10 mg/kg	3-7	NA
Clindamycin	900 mg	10 mg/kg	2-4	6
Ertapenem	1 g	15 mg/kg	3-5	NA
Fidaxomicin	400 mg	6 mg/kg	30	NA
Gentamicin <sup>e</sup>	5 mg/kg based on dosing weight (single dose)	2.5 mg/kg based on dosing weight	2-3	NA
Linezolid <sup>f</sup>	500 mg	10 mg/kg	6-8	NA
Meronidazole	500 mg	15 mg/kg	6-8	NA

<sup>a</sup> Neonates weighing <1200 g should receive a single 7.5-mg/kg dose

## ROICAM 5

### THE ROLE OF INTERNIST IN CANCER MANAGEMENT

*Giving Hope Through Togetherness (GHTT)*

April, 6 - 9<sup>th</sup> 2017

Dharmas National Cancer Hospital  
Cipto Mangunkusumo National Hospital  
Borobudur Hotel, Jakarta

#### MINI WORKSHOP

**For Doctors :**

1. Chemotherapy for Internist
2. Blood Transfusions
3. Opioid in Cancer Pain
4. Febrile Neutropenia
5. How to Use Anticoagulant in Cancer Patient

**For Doctors & Nurses :**

1. Nutrition in Cancer Patient
2. Cancer Pain Management

#### MEET THE EXPERT

1. Problematic Approach in Head & Neck Cancer
2. Update on Metastatic Prostat Cancer

#### SPEAKER

**KEYNOTE SPEAKER :**

**Prof. Dr. Rolf A Staehel**  
Executive Board of ESMO  
Former President of ESMO  
(European Society Medical Oncology)

**INTERNATIONAL FACULTY :**

**Prof. Otis W Bawley, MD FACP**  
Chief Medical Officer and  
Executive Vice President of ACS  
(American Cancer Society)

**Richard H De Boer, MBBS FRACP**  
International Faculty from  
Australia

#### PLENARY SESSIONS

1. Multidisciplinary Team in Cancer Management
2. New Treatment in Cancer: Immunotherapy
3. Immunotherapy in NSCLC: Where Do We Stand?
4. Patient Safety & Ethics
5. HIV/AIDS & Other Viral Infection in Cancer

#### SYMPOSIUM

1. Update of Lymphoma
2. Update of MPN (Myeloproliferative Neoplasm)
3. Update in Management of Colorectal Cancer
4. Chemotherapy or Targeted Therapy: How do We Choose?
5. Clinical Benefit of TKI
6. Chemotherapy Induced Neutropenia
7. MBC HER- 2 Positive
8. Genetic Profiling and Precision Therapy in Breast Cancer
9. Continuum of Care in Metastatic Colorectal Cancer
10. Indolent Lymphoma
11. Cost Utilization of Breast Cancer Treatment
12. Targeted Therapy in Lung Cancer: What's New?
13. Update of Hodgkin Disease
14. Thrombosis in Cancer
15. Comprehensive Management in Arterial Thrombosis
16. Update of Ovarian Cancer
17. Update of Cancer Pain
18. Immunomodulatory in Cancer (CAM)
19. Preventive and Supportive Management in Cancer

#### Forum Conjunction with :

American Cancer Society  
Yayasan Kanker Indonesia  
Dharmas National Cancer Center

#### GHTT CAMPAIGN

Awareness & Togetherness Walk

How to Register? Just Klik [www.roicam.com](http://www.roicam.com)

Symposium Rate (IDR)	Early Bird (1 Feb - 31 Mar 2017)	Late Bird (1 Feb - 3 Apr 2017)	On Site
1. Student / Nurse	1.000.000	1.500.000	1.750.000
2. Resident/GP	1.200.000	1.700.000	1.950.000
3. Specialist	1.500.000	2.000.000	2.500.000

**Workshop Rate\* (IDR)** 1.200.000 1.500.000 1.750.000

\* For Symposium Participant only

**Bank Transfer**

If you want to pay by bank, you can transfer via following account:

Bank Name: Mandiri  
Branch: RS Kanker Dharmas  
Account Name: PERHOMPEDIN Cabang Jakarta  
Account Number: 117 000 858687 7

www.roicam.com  
(online registration)

perhompedin

perhompedin.jakarta@gmail.com

085714582808 Indri  
08118423456 dr. Aini  
081339432222 dr. Rama

roicam2017





## Menyusui dan Ibu Bekerja:

# Bagaimana Mengoptimalkan Pasokan ASI?

dr. Meutia Ayuputeri, MRes ; dr. Ghaisani Fadiana, SpA

**B**agi ibu menyusui, kembali bekerja berarti mereka harus mempersiapkan mekanisme agar dapat memerah ASI untuk bayi yang ditinggalkan. Dalam periode awal kembali bekerja inilah, seringkali ibu bekerja berhenti memberikan ASI pada bayinya karena suatu dan lain hal. Penyebab paling sering penghentian pemberian ASI setelah bekerja adalah persepsi ibu bahwa pasokan ASI-nya sedikit atau berkurang.

ASI merupakan makanan pertama dan utama bayi baru lahir sampai usia enam bulan. Dalam ASI terkandung nutrisi yang diperlukan bayi seperti lemak, protein, karbohidrat dalam bentuk laktosa. Komponen penting ASI yang tak kalah penting adalah laktoferin, immunoglobulin alfa (IgA), serta lisozim yang berperan dalam pembentukan sistem kekebalan tubuh bayi. Pemberian ASI eksklusif menurunkan angka kematian balita. Dilihat dari segi kependudukan, ASI eksklusif dapat meningkatkan mutu sumber daya manusia serta mendukung pengembangan ekonomi berkelanjutan.

Kunci keberhasilan berlanjutnya proses menyusui setelah ibu kembali bekerja adalah terjaganya pasokan ASI yang cukup bagi bayi. Produksi ASI dimulai pada minggu-minggu terakhir kehamilan. Setelah kelahiran, refleks hisap bayi mengaktifkan mekanoreseptor pada puting ibu yang merangsang organ endokrin hipotalamus di otak untuk menstimulasi hipofisis anterior untuk melepaskan hormon oksitosin ke dalam peredaran darah. Hormon oksitosin akan mendorong pengeluaran ASI dari sel-sel alveoli kelenjar payudara menuju duktus laktiferus dan puting. Pada saat yang bersamaan, refleks hisap bayi juga merangsang pengeluaran hormon prolaktin dari

hipofisis posterior untuk menstimulasi sel alveoli kelenjar payudara memproduksi ASI. Karena alasan inilah, inisiasi menyusui dini serta rawat gabung ibu dan bayi selama periode postpartum sangat penting untuk membangun produksi ASI yang berkesinambungan untuk bayi.

Untuk menjaga pasokan ASI yang cukup setelah ibu kembali bekerja, ibu perlu mengosongkan payudara dengan cara memerah ASI-nya selama jangka waktu ia berpisah dengan bayinya serta tetap menyusui langsung setelah dapat kembali bersama bayinya. Setiap ibu menyusui memiliki kapasitas produksi dan penyimpanan ASI yang berbeda-beda. Namun, refleks hisap bayi dan pengosongan payudara akan menjaga pasokan ASI yang cukup sesuai kebutuhan masing-masing bayi. Jangka waktu dan metode pengosongan payudara dapat disesuaikan dengan kondisi fisik dan lingkungan kerja ibu.

Rekomendasi WHO menyebutkan bahwa pengosongan payudara dapat dilakukan setiap tiga sampai empat jam sekali selama ibu berpisah dengan bayi. Metode perah secara manual menggunakan jari tangan merupakan metode yang direkomendasikan karena pengosongan payudara yang lebih tuntas. Namun demikian metode ini membutuhkan kedua tangan dan menyita waktu dan energi yang cukup banyak. Karena hal inilah banyak ibu bekerja yang memilih mesin pompa ASI untuk memerah di tempat kerja. ASI Perah di tempat kerja dapat disimpan dalam wadah yang sesuai di lemari pendingin, untuk dapat dihangatkan dan dikonsumsi bayi keesokan harinya.

Saat ibu sudah dapat kembali bersama dengan bayinya, sangat penting

agar bayi dapat menyusui langsung agar ibu tetap mendapat rangsangan refleks hisap bayi. Menyusu langsung juga dapat memberikan input pada sistem endokrin ibu untuk menyesuaikan jumlah ASI yang dibutuhkan bayi. Untuk memastikan pasokan ASI yang cukup, perlekatan mulut bayi pada puting yang benar berperan penting untuk refleks hisap terbaik dan melindungi puting ibu dari luka serta lecet.

Bayi harus ditawarkan kedua payudara secara bergantian. Penting juga bayi ibu untuk memerah ASI setelah bayi selesai menyusui pada kedua payudara untuk memastikan pengosongan payudara dan produksi ASI yang berkesinambungan. Hasil perahan ASI ini dapat disimpan untuk konsumsi bayi di lain waktu.

Motivasi ibu untuk tetap menyusui sambil bekerja memegang peranan penting bagi kesinambungan menyusui. Beberapa obat-obatan dan suplemen golongan galaktagog seperti domperidone, metoclopramide, dan fenugreek dapat meningkatkan pasokan ASI. Namun demikian, *Academy of Breastfeeding Medicine* merekomendasikan penggunaan

bahan-bahan galaktagog seperti ini hanya digunakan apabila faktor-faktor yang dapat

dimodifikasi seperti motivasi ibu, perlekatan mulut bayi pada puting, dan teknik pengosongan payudara seperti yang telah disebut pada sudah dikoreksi. Menurut *Cochrane Review*, terapi non-farmakologis seperti terapi relaksasi, pijat payudara, serta kompres hangat dan akupunktur dapat meningkatkan pasokan ASI.

Dokter anak maupun dokter umum yang berpraktik di layanan Kesehatan Ibu dan Anak wajib mendukung ibu menyusui yang akan kembali bekerja untuk dapat melanjutkan menyusui bayinya. Target yang dicapai adalah pemberian ASI eksklusif sampai bayi berusia enam bulan serta memberikan ASI dengan makanan pendamping sampai bayi berusia dua tahun. Hal ini mendapat dukungan penuh dari pemerintah melalui Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009. Lebih lanjut lagi, Peraturan Bersama 3 Menteri (Menteri Pemberdayaan Wanita dan Perlindungan Anak, Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi serta Menteri Kesehatan) – No. 48/ MEN.PP/ XII/2008, PER.27/MEN/XII/2008 dan 1177/ MENKES/PB/XII/2008 Tentang Pemberian Air Susu Ibu Selama Waktu Kerja di Tempat Kerja menjamin setiap ibu yang bekerja agar diberikan keleluasaan selama jam kerja untuk memerah dan menyimpan ASI Perah untuk diberikan kepada bayi nantinya. MD

#### Daftar Pustaka

1. Amir LH. Managing common breastfeeding problems in the community. *BMJ* 2014;348:g2954
2. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Feb 27;(2):CD006170.
3. Monika, FB. *Buku pintar ASI dan menyusui*. 2014. Jakarta: Mizan
4. WHO. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/infant\\_feeding/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/infant_feeding/en/)





# Teknik Intervensi Ablasi Saraf Genicular

Secara keseluruhan, sekitar 15% nyeri kronis disebabkan oleh nyeri lutut kronis dan penyebab terseringnya adalah osteoarthritis. Penanganannya cukup rumit, kadangkala pemberian obat-obatan, seperti OAINS kurang efektif dan belum lagi menimbang risiko efek sampingnya. Pilihan operasi kadang menjadi pilihan terapi pada kasus berat seperti penggantian sendi. Kini alternatif penanganan nyeri lutut kronis yang dinilai cukup efektif adalah *genicular nerve block* dan *genicular nerve ablation* dengan menggunakan radiofrekuensi (*radiofrequency ablation* /RFA). Dibandingkan dengan knee replacement, tindakan ini memiliki beberapa keunggulan seperti dalam tabel 1.

“Yang dilakukan pada *genicular nerve block* adalah ‘memaalkan’ saraf secara semi-permanen selama kurang lebih 3-24 bulan dengan radiofrekuensi (RF) mengalirkan gelombang 500 KHz,” jelas dr.

Mahdian Nur Nasution, SpBS. Ablasi pada saraf ini diharapkan dapat membantu menghambat impuls nyeri.

Secara anatomi, ada tiga saraf yang mempersarafi lutut dan saraf tersebut diabli sehingga dapat mengurangi rasa nyeri hingga 50-80%. Yang menjadi target tindakan abliasi saraf genicular ini adalah cabang medialis superior, medialis inferior, dan lateralis superior.

Ablasi/manipulasi saraf genicularis dapat dilakukan dua tahap. Pertama, pemberian anestesi lokal dan bersifat diagnostik untuk menentukan keefektifan abliasi untuk meredakan nyeri. Jika dalam 24 jam setelah penyuntikan anestesi lokal tersebut terjadi penurunan nyeri hingga >50%, barulah dilakukan tahap kedua, yaitu abliasi saraf genicular. Tahap kedua juga didahului dengan anestesi lokal kemudian lokasi saraf dipanaskan dengan RF.

Teknologi RF ini mulai dikenal

Genicular nerve neurotomy	Traditional joint replacement
Biaya lebih murah	Jauh lebih mahal
Dapat dilakukan di ruang praktik dokter	Di rumah sakit
Tidak perlu rawat inap	Memerlukan rawat inap
Anestesi lokal	Anestesi general/regional
Risiko infeksi minimal	Risiko pascabedah/nosokomial
Tidak memerlukan tambahan obat pengencer darah	Memerlukan tambahan antikoagulan
Tidak memerlukan proses penyembuhan yang lama	Proses penyembuhan lama dan perlu rehabilitasi
Biasanya bisa langsung bekerja	Memerlukan 2-4 bulan untuk kembali bekerja

Tabel 1. Perbandingan Teknik

sekitar lima tahun belakangan ini dan digunakan sebagai teknik abliasi pada saraf-saraf penghantar nyeri. “Tindakan ini cocok terutama untuk pasien-pasien yang sudah tidak bisa lagi diobati secara efektif, seperti hidroterapi, penggunaan penyangga lutut, berenang, sepeda statis, namun tetap nyeri.” Indikasi tindakan ini adalah untuk pasien-pasien dengan nyeri lutut kronis (akibat OA), kegagalan pasca penggantian sendi, tidak ‘fit’ untuk bedah

(adanya penyakit penyerta seperti diabetes, jantung), dan pasien yang menghindari tindakan bedah.

Selama ini, pasien melakukan terapi panjang dan lama tanpa hasil yang diharapkan. Tidak jarang juga pasien menjalani prosedur penyuntikan sendi berulang menggunakan golongan steroid dan penambahan cairan sendi. Penyuntikan perlu dilakukan tepat di rongga lutut dan kadang dikatakan angka keberhasilannya bergantung

pada keterampilan dokter. Sedangkan *genicular nerve block* dan *ablation* ini memiliki angka keberhasilan yang cukup baik terutama dengan bantuan USG dan fluoroskopi. Penggunaan USG umumnya lebih disukai karena tidak berisiko radiasi.

Mengenai kemungkinan komplikasi, dr. Mahdian menjelaskan karena tindakan ini bersifat lokal, maka kemungkinan komplikasi yang timbul juga bersifat lokal, misalnya parestesi. **HA**

## Pola Sarapan Anak di Indonesia

Manfaat sarapan tidak hanya terbatas pada kesehatan fisik, namun juga berdampak terhadap perkembangan psikologis dan pembentukan karakter, terutama pada anak. Sarapan sebenarnya sudah tercantum dalam Pedoman Gizi Seimbang sebagai pesan nomor 6, selain pesan lainnya yang juga tercantum, antara lain bacalah label gizi, makanlah aneka ragam pangan dan sebagainya.

Arti sarapan (*breakfast*) sendiri adalah berbuka puasa setelah malam hari tidak makan seperti yang dipaparkan oleh Prof. Dr. Ir. Ali Khomsan, MS dengan mengutip studi yang dilakukan oleh Timlin dkk (2007). “Waktu sarapan adalah minimal dua jam setelah bangun tidur dan tidak lebih dari jam 10 pagi dengan jumlah kalori 25% dari total

kebutuhan energi harian,” lanjutnya pada peluncuran kampanye ‘Ayo Bangun Indonesia’ beberapa waktu lalu di Jakarta.

Kecukupan gizi makro (25%) dan mikro terpenuhi dengan baik dengan kebiasaan sarapan. Hal ini ditunjukkan studi Rampersaud dkk (2005) dengan membandingkan antara kelompok yang melakukan sarapan dan yang tidak. Hasilnya menunjukkan secara umum kelompok yang terbiasa dengan sarapan cenderung memiliki asupan energi dan zat gizi makro yang lebih besar dibandingkan dengan kelompok yang tidak biasa sarapan. Sarapan bermanfaat dapat membantu meningkatkan stamina, disiplin dan kerjasama yang lebih baik (Brown dkk, 2008), dan sarapan dapat meningkatkan fungsi kognitif yang berkaitan dengan memori, nilai tes, dan kehadiran di sekolah

(Rampersaud dkk, 2005).

Data Riskesdas 2010, sekitar 44,6% anak Indonesia mengonsumsi sarapan dengan kualitas gizi rendah. “Kebanyakan anak sarapan karbohidrat plus minuman. Bahkan yang tinggal di daerah pinggiran masih banyak yang mengonsumsi sarapan ala ‘KKN’ (kerupuk-kecap-nasi) atau ‘B3’ (bala-bala-bihun) yang merupakan contoh sarapan dengan kualitas rendah,” lanjut Prof. Ali. Di Indonesia juga telah dilakukan beberapa studi, misalnya di sekolah dasar (Jakarta) menunjukkan 46,3% anak yang sarapan pagi (Faridi dkk, 2002), sedangkan di sekolah dasar (Surabaya) menunjukkan angka lebih tinggi 63,5% (Arijanto dkk, 2008). Sedangkan studi yang dilakukan di sekolah menengah pertama (Depok), menunjukkan 58,5% (Nofitasari dkk, 2007), dan 61,6% di Bogor

(Irawati dkk, 2006), serta 41,0% di Jogjakarta (Ulvie dkk, 2011). “Secara keseluruhan kebiasaan sarapan hanya mencakup sekitar 50-60%, walau studi-studi tersebut dilakukan parsial atau dengan sampel yang tidak terlalu banyak, namun dapat mencerminkan bahwa kebiasaan sarapan masih harus ditanamkan untuk anak Indonesia.”

Kebiasaan sarapan di Indonesia (Riskesdas 2010) juga dipaparkan oleh Prof. Ali yaitu 26,1% hanya mengonsumsi minuman air putih, susu atau teh; 44,6% usia sekolah dasar sarapan kualitas rendah atau <15% kebutuhan harian atau tidak sarapan, dan >30% anak yang mencukupi asupan energi. Beberapa kendala untuk membiasakan sarapan pada anak antara lain kesulitan membangunkan anak dari tidurnya (59%), sulit meminta anak menghabiskan sarapan (10%), dan khawatir terlambat pergi

ke sekolah (6%). Sebagai penutup, Prof. Ali mengingatkan, untuk membangun kebiasaan sarapan pagi pada anak, sebaiknya sarapan tidak perlu dibedakan antara hari kerja/sekolah dengan hari libur.

### Dampak Tidak Sarapan

Penelitian Kleinman dkk pada 56 anak usia <12 tahun yang merasa lapar di Pittsburgh (Amerika Serikat) cenderung menyalahkan orang lain atas kesalahan yang diperbuat, bermasalah dengan guru, tidak mau mentaati peraturan, dan mengambil sesuatu milik orang lain. Dampak tidak sarapan dari berbagai studi menyebabkan penurunan daya konsentrasi, peningkatan indeks massa tubuh (IMT), menurunnya stamina dan menggagalkan penanaman kebiasaan gizi seimbang dan pencapaian prestasi optimal anak. **HA**



# What is Dissociative Identity Disorder (DID)?

dr. Alvin Saputra

Beberapa cerita fiksi dan film yang bertemakan *Dissociative Identity Disorder* (DID) memang menarik bagi banyak orang, tidak terkecuali bagi kalangan medis. Tetapi apakah tenaga kesehatan mengetahui apa sebenarnya DID? Apakah pasien dengan DID sesuai dengan yang digambarkan oleh cerita-cerita tersebut?

## Apa itu DID?

DID merupakan bagian dari gangguan disosiatif. Gangguan disosiatif memiliki ciri gangguan dan/atau diskontinuitas integrasi normal dari kesadaran (*consciousness*), memori, identitas, emosi, persepsi, representasi tubuh, kontrol motorik, dan perilaku.<sup>1</sup> DID memiliki karakteristik adanya dua atau lebih identitas atau kepribadian yang berbeda. Identitas atau kepribadian tersebut berbeda satu dengan yang lain dan masing-masing memiliki pola sendiri dalam

melihat, berpikir, dan berelasi dengan lingkungan dan diri sendiri. Identitas atau kepribadian lain ini dalam bahasa Inggris biasa disebut *alters*, *self-states*, atau *alter identities* dan sebagainya.<sup>2</sup>

Prevalensi DID ditemukan sebesar 1-3% dalam studi pada populasi umum dan sebesar 1-5% pada populasi klinis di Amerika Utara, Eropa, dan Turki.<sup>3</sup> DID jarang dilaporkan di Asia dan prevalensinya jauh lebih rendah dari negara-negara Barat yaitu sebesar 0-0,5% di India, Bangladesh, dan China.<sup>4</sup> Gangguan ini lebih umum ditemukan pada perempuan dan studi klinis melaporkan rasio perempuan dan laki-laki antara 5:1 dan 9:1.<sup>2</sup>

Identitas *alter* dari pasien dengan DID memiliki autonomi psikologis. Secara keseluruhan, semua identitas tersebut membentuk identitas atau kepribadian dari pasien dengan DID.<sup>3</sup> Identitas *alter* dapat memiliki nama, usia, mood, dan fungsi yang berbeda.

Berbagai identitas *alter* memiliki peran yang berbeda dalam membantu pasien berfungsi dalam dunia. Tanda-tanda ketika disosiasi ke identitas *alter* (*switching*) seringkali berkaitan dengan tingkat stres yang tinggi, dan dapat berhubungan dengan gejala berat depresi, kemarahan ekstrim, atau stimulus seksual.<sup>5</sup> Berbagai studi juga menunjukkan bahwa perbedaan fisiologis dapat ditemukan pada berbagai identitas *alter* seperti laju nadi, tekanan darah, aliran darah otak regional, dan lain-lain.<sup>3,6</sup>

## Teori-teori Etiologi DID

DID berhubungan erat dengan pengalaman yang berat seperti trauma masa kanak awal, biasanya *maltreatment*. Jumlah trauma masa kanak berat yang dilaporkan pada pasien anak dan dewasa dengan DID berkisar 85-97% kasus.<sup>2</sup> Banyak ahli berpendapat bahwa identitas *alter*

## Previously Multiple Personality Disorder

timbul karena ketidakmampuan anak yang mengalami trauma untuk membentuk *sense of self* utuh, terutama jika paparan terhadap trauma terjadi pertama kali sebelum usia 5 tahun.<sup>3</sup> Sebuah teori mengemukakan bahwa *maltreatment* pada usia *preschool* berhubungan dengan peningkatan penggunaan *denial* dan disosiasi sebagai strategi *coping* utama.<sup>5</sup>

## Diagnosis dan Sasaran Terapi

Penting bagi klinisi untuk memahami persamaan dan perbedaan antara gejala disosiatif dengan kondisi lain yang sering ditemukan. Berbagai gangguan seperti psikotik, bipolar, depresi, *posttraumatic stress disorder* (PTSD), kejang, dan gangguan kepribadian *borderline* merupakan diagnosis negatif palsu yang sering ditemukan pada pasien dengan DID. Negatif palsu seringkali terjadi akibat wawancara yang tidak menilai adanya disosiasi dan riwayat trauma, atau terlalu terfokus pada kondisi komorbid yang lebih menonjol.<sup>1,3</sup>

bahkan pembunuhan. Namun, studi yang dilakukan baru-baru ini menemukan bahwa keterlibatan pasien gangguan disosiatif dengan hukum cukup rendah dan hanya 0,6% yang menjadi tahanan dalam 6 bulan terakhir.<sup>7</sup> Berlawanan dengan stereotip yang dibangun oleh media, pasien dengan DID lebih memiliki kecenderungan untuk melukai diri sendiri dan melakukan percobaan bunuh diri.<sup>5</sup> Studi-studi menunjukkan bahwa 67% pasien DID memiliki riwayat percobaan bunuh diri berulang dan 42% memiliki riwayat melukai diri sendiri.<sup>3</sup>

Kesadaran masyarakat mengenai gambaran tentang DID dan gangguan mental lainnya harus diperbaiki agar stereotip dan stigma dapat digantikan dengan pengertian dan pengetahuan ilmiah. Stigma bahwa seseorang dengan gangguan mental memiliki perilaku kekerasan dapat memiliki dampak negatif dalam pemulaian terapi, dukungan sosial, serta kualitas hidup secara keseluruhan. Pengurangan stereotip dan stigma dapat memberikan penderita gangguan mental hidup yang

www.asmiha.org

26<sup>th</sup>  
Asmiha  
Annual Scientific Meeting of  
Indonesian Heart Association

Multidisciplinary Approach to Cardiovascular  
Disease in All Levels of Care

April 20 - 23, 2017 - Ritz Carlton Hotel, Jakarta

Scientific Program :  
Workshop : Thursday, April 20, 2017  
Symposium : Friday - Sunday, April 21 - 23, 2017  
Working Group Track, Free Papers,  
Young Investigators Award,  
IHA For General Practitioners

ACCEPTED ABSTRACT PUBLISHED AT  
EUROPEAN HEART JOURNAL

Secretariat Indonesian Heart Association  
Heart House Jl. Katedral Raya No.5,  
Tomang Raya Jakarta Barat 11430 - INDONESIA  
Phone : (62) (21) 568 1149  
Fax : (62) (21) 5684220,  
E-mail : secretariat@inaheart.org  
or scientific.inaheart@gmail.com  
Website : www.asmiha.org

Tabel Kriteria Diagnosis DID menurut DSM-5.1

A.	Disruption of identity characterized by two or more distinct personality states, which may be described in some cultures as an experience of possession. The disruption in identity involves marked discontinuity in sense of self and sense of agency, accompanied by related alterations in affect, behavior, consciousness, memory, perception, cognition, and/or sensory-motor functioning. These signs and symptoms may be observed by others or reported by the individual.
B.	Recurrent gaps in the recall of everyday events, important personal information, and/or traumatic events that are inconsistent with ordinary forgetting.
C.	The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
D.	The disturbance is not a normal part of a broadly accepted cultural or religious practice. Note: In children, the symptoms are not better explained by imaginary playmates or other fantasy play.
E.	The symptoms are not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., blackouts or chaotic behavior during alcohol intoxication) or another medical condition (e.g., complex partial seizures).

Sasaran terapi yaitu mengarahkan pasien pada integrasi yang lebih baik, serta meningkatkan tingkat komunikasi dan koordinasi antar berbagai identitas yang dimiliki pasien. Penting bagi terapis untuk memandang pasien bukan sebagai beberapa orang yang berbagi tubuh yang sama, melainkan seseorang yang utuh dan bertanggung jawab atas perilaku seluruh identitas yang dimilikinya.<sup>3</sup> Walaupun psikoterapi merupakan landasan terapi DID, terapi farmakologis dapat diberikan untuk mengatasi kondisi komorbid yang ada.<sup>5</sup>

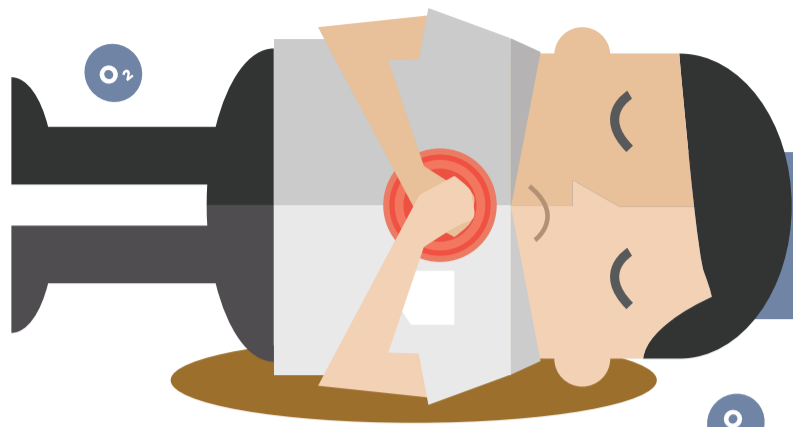
## Apakah Pasien DID Cenderung Berperilaku Kekerasan?

Stereotip yang menghubungkan gangguan mental dengan kekerasan merupakan suatu hal yang umum di kalangan publik. Pasien dengan gangguan mental tertentu memiliki stigma yang tinggi di masyarakat dan dipandang sebagai orang yang berbahaya dan memberikan ancaman. DID juga banyak mendapat sorotan dari berbagai buku dan film yang menggambarkan orang dengan DID cenderung melakukan kekerasan,

lebih aman dan nyaman, serta membantu mengurangi ketakutan masyarakat dan mendukung empati terhadap pasien dengan gangguan mental. MD

## Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 11th edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. *Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision*. *J Trauma Dissociation*. 2011;12:115-87.
- Kim I, Kim D, Jung HJ. *Dissociative Identity Disorders in Korea: Two Recent Cases*. *Psychiatry Investig*. 2016 Mar;13(2):250-2.
- Gentile JP, Dillon KS, Gillig PM. *Psychotherapy and pharmacotherapy for patients with dissociative identity disorder*. *Innov Clin Neurosci*. 2013 Feb;10(2):22-9.
- Reinders AA, Nijenhuis ER, Quak J, et al. *Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: a symptom provocation study*. *Biol Psychiatry*. 2006 Oct 1;60(7):730-40.
- Webermann AR, Brand BL. *Mental illness and violent behavior: the role of dissociation*. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2017; 4: 2.



## Menimbang Bahaya dan Manfaat *Skip Challenge*

Dr. dr. Wawan Mulyawan, SpBS, SpKP

Kordinator Kelompok Ahli, Lakespra TNI AU dr. Saryanto, Jakarta

Tantangan melakukan *skip challenge* oleh para remaja yang viral di media sosial belakangan ini cukup menghebohkan. Kita saksikan hingga para menteri di bidang kesehatan dan pendidikan pun harus angkat bicara. Dari tayangan yang beredar di media sosial, bisa dilihat bagaimana remaja setelah menahan napas dan juga adanya ditekan selama beberapa menit, terjadi kejang-kejang dan tidak sadarkan diri, walau pun kemudian bisa bangun lagi. "Permainan" berbahaya yang dapat berdampak pada menurunnya suplai oksigen ke organ tubuh ini – yang sudah lebih dulu mewabah sekitar 20 tahun lalu di Amerika Serikat – bahkan telah menelan korban jiwa hampir ratusan remaja di negeri adidaya itu. Mirisnya, anak-anak remaja di negeri kita malah sekarang mencontoh/mencoba tindakan ini.

### Mengapa *Skip Challenge* Berbahaya?

Akibat menahan napas dan bagian dada yang ditekan, semua organ tubuh berada dalam ancaman kekurangan

oksigen akut. Organ yang paling rentan terhadap kekurangan oksigen adalah otak, karena otak sangat rakus mengonsumsi oksigen. Hal itulah yang menjelaskan mengapa tindakan *skip challenge* dapat menyebabkan pingsan sesaat dan bisa disertai kejang-kejang, karena otak telah mengalami cedera akut akibat kekurangan oksigen (hipoksia).

Kerusakan yang terjadi pada otak bisa diakibatkan oleh hipoksia yang gejalanya ringan, sedang hingga berat. Kerusakan otak akibat hipoksia ringan, gejala yang muncul biasanya hanya pusing, rasa berputar, pandangan agak kabur, denyut jantung/nadi meningkat, napas makin cepat, tekanan darah meningkat, atau kepala seperti terasa melayang atau sebaliknya terasa berat. Juga dapat terjadi berkurangnya fungsi indera perasa/sensorik, dan berkurangnya pendengaran. Demikian juga bisa terjadi perubahan proses-proses mental, seperti gangguan intelektual/memori dan munculnya tingkah laku aneh seperti eforia. Selain itu kemampuan koordinasi psikomotor juga akan berkurang. Pada umumnya,

kerusakan ringan pada otak ini, karena hanya sedikit sel otak yang rusak atau terganggu, biasanya bisa pulih kembali tanpa ada gejala yang tersisa. Kondisi ini sama dengan, misalnya jika dilakukan oleh orang yang menahan napas selama 30 detik hingga 2 menit pada orang biasa (bukan penyelam alam atau yang sudah terlatih).

Namun jika menahan napas lebih lama lagi, misalnya sampai 4-6 menit, menimbulkan gejala kekurangan oksigen tingkat sedang. Gejala kerusakan otak tingkat sedang, misalnya sianosis (kulit kebiruan), kejang-kejang hingga hilang kesadaran (*loss of consciousness/LOC*). Pada kerusakan sedang, sangat berisiko, karena bisa saja gejalanya tidak bisa pulih lagi. Karena dari periode kejang-kejang dan tidak sadar/pingsan sangat mudah berlanjut menjadi henti napas (*apnea*), yang jika tidak ditolong oleh tenaga medis/paramedis terlatih akan berlanjut kepada kematian.

Kemudian, pada kekurangan oksigen tingkat berat akan terjadi gejala kerusakan otak yang berat pula, misalnya karena menahan napas lebih lama lagi dari 6 menit

(pada umumnya), akan sangat-sangat banyak sel otak yang mati. Pada individu yang tidak mendapat suplai oksigen sekitar 10 menit, bisa berujung pada risiko henti napas, henti jantung, dan ujungnya adalah kematian. Pada kerusakan otak berat ini, sudah kebablasan, karena otak sudah rusak berat dan tidak bisa tertolong lagi. Jika pun bisa ditolong oleh tenaga terlatih dan alat bantu napas (*ventilator*) biasanya sudah terjadi mati batang otak (*brain death*), dan bersifat ireversibel.

Intinya, *skip challenge* sangat berbahaya, karena sudah memasuki tahap kekurangan oksigen tingkat sedang yang menyebabkan kerusakan otak sedang dan sangat dekat batasnya dengan henti napas yang jika tidak ditolong cepat akan berlanjut ke kematian.

### Apakah Hipoksia Selalu Berbahaya?

Berbagai penelitian yang dilakukan para pakar di bidang stres oksidatif dan hipoksia menunjukkan bahwa hipoksia yang bersifat ringan yang memberikan gejala-gejala klinis

ringan seperti disebut di atas, bisa meningkatkan kemampuan adaptasi organ-organ tubuh, termasuk otak terhadap hipoksia yang terjadi berikutnya. Istilahnya disebut sebagai adaptasi terhadap hipoksia (*hypoxia preconditioning*). Hipoksia tingkat ringan ini malah akan membuat tubuh memiliki daya tahan lebih kuat terhadap kondisi hipoksia-hipoksia selanjutnya. Dua organ yang sering menjadi contoh penelitian adalah jantung dan otak. Hewan uji yang dilatih untuk mengalami hipoksia ringan, ternyata lebih lama bertahan terhadap hipoksia yang kedua, ketiga, keempat dan seterusnya. Misalnya menjadi lebih sulit untuk mengalami pingsan atau kejang-kejang. Juga lebih sulit untuk terkena serangan jantung. Contoh lainnya yang juga bermanfaat adalah meningkatnya kemampuan paru-paru, sehingga kita lihat jika atlet dilatih di daerah ketinggian/pegunungan, kemampuan  $VO_2$  Max-nya akan lebih tinggi, sehingga lebih bugar dan memiliki *endurance* yang lebih baik dalam perlombaan/pertandingan. Selain itu kadar hemoglobin darahnya akan meningkat. MD

## Uji Hypoxia Challenge di Hypobaric Chamber Lakespra TNI AU dr. Saryanto, Jakarta

Tanpa harus susah-susah pergi ke pegunungan, untuk meningkatkan *endurance* kebugaran atlet atau kita pada umumnya, sebetulnya bisa memanfaatkan alat yang disebut Ruang Udara Bertekanan Rendah (*Hypobaric Chamber/HC*) yang saat ini di Indonesia hanya ada satu-satunya yaitu di Lembaga Kesehatan Penerbangan dan Ruang Angkasa (LAKESPR) dr. Saryanto, yang merupakan Badan Pelaksana Pusat dari Mabes TNI Angkatan Udara. Untuk diketahui, alat ini berlawanan cara kerjanya dengan alat *Hyperbaric Chamber* yang biasanya ada di fasilitas kesehatan Angkatan Laut.

Tekanan udara dalam HC dapat diubah, layaknya perubahan tekanan jika naik ke ketinggian, seperti pegunungan atau ke angkasa (*sky*) naik pesawat. Akibatnya, karena kita menjadi sulit menarik napas untuk menghirup udara, maka terjadi hipoksia. Di ruang HC ini, hipoksia bisa diatur sesuai keinginan. Sebagai contoh, pada praktik di Lakespra dr Saryanto jika kita ingin melakukan demonstrasi hipoksia ringan, kita akan atur tekanan udara di ruang HC, seperti pada ketinggian 18.000 kaki (kurang lebih ketinggian 6 km). Jika berada di dalamnya selama 5-15 menit, maka kita bisa merasakan adanya denyut jantung yang meningkat, berkeringat, eforia, dan menurunnya kemampuan memori sesaat. Contoh yang biasanya diperagakan di Lakespra Saryanto adalah peserta demo diminta menghitung matematika sederhana, seperti 4 ditambah 4 atau

4 dikali 4. Banyak peserta menulis hasilnya 4 + 4 bukan 8 dan 4 x 4 bukan 16. Mungkin lucu bagi yang menonton dari luar ruang HC, namun itulah fakta berkurangnya kemampuan kognitif individu dengan hipoksia ringan. Tentu demonstrasi ini lamanya hipoksia tidak boleh mendekati atau sampai 30 menit, karena jika terpapar selama 30 menit atau lebih pada ketinggian 18.000 kaki bisa melewati waktu sadar efektif (*time of useful consciousness/TUC*) dan bisa jatuh pingsan (*loss of consciousness*) yang berarti sudah terjadi gejala hipoksia sedang yang berbahaya.

Berdasarkan penelitian, organ otak yang sering terpapar hipoksia ringan akan lebih tahan terhadap hipoksia selanjutnya dan bertambah jumlah pembuluh darah otaknya. Demikian juga pada organ jantung, dan organ lainnya.

Para penerbang militer, penerjun militer, dan penerbang sipil yang paham manfaat demonstrasi hipoksia ringan, dan para pendaki gunung yang ingin latihan seolah di ketinggian yang sebenarnya, biasa menggunakan fasilitas HC ini. Mereka tidak hanya menjadi *aware* (waspada) terhadap gejala-gejala awal hipoksia, sehingga bisa mencegah ke tahap selanjutnya, ternyata profesi ini juga mendapatkan manfaat menjadi lebih tahan terhadap hipoksia-hipoksia selanjutnya. Berani mencoba #HypoxiaChallenge ala HC ini?



# Diacerein: Terapi Modifikasi Penyakit untuk Osteoartritis

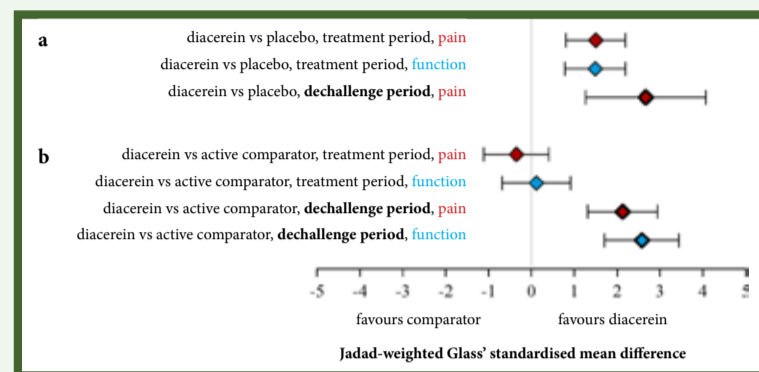
Osteoartritis (OA) melibatkan serangkaian proses de-gradasi dan perbaikan kompleks pada tiga jaringan utama sendi, yakni kartilago, membran sinovial dan tulang subkondral. Selama beberapa dekade terakhir, telah terjadi kemajuan signifikan dalam memahami patofisiologi yang menyebabkan terjadinya perubahan struktural pada OA. Sitokin-sitokin yang diproduksi pada lokasi sinovitis diduga memainkan peranan penting dalam terjadinya inflamasi sinovial dan degradasi kartilago. Studi-studi terkini juga telah menunjukkan bahwa, pada awal penyakit OA, perubahan tulang subkondral ditandai dengan resorpsi tulang berlebihan, sedangkan pada tahap lanjut proses remodeling

menyebabkan terjadinya sklerosis disertai demineralisasi jaringan. Saat ini dibutuhkan strategi terapeutik yang mampu memodifikasi perubahan yang terjadi pada ketiga jaringan utama sendi pada saat bersamaan, sehingga memberikan keuntungan lebih bagi tatalaksana OA.

Diacerein, obat anti-reumatik dari golongan antrakuinon, mempunyai kemampuan modifikasi penyakit pada model-model eksperimental OA dan juga pada jaringan articular manusia secara in vitro. Obat ini bekerja dengan cara modifikasi sistem interleukin-1 (IL-1) dan metaloproteinase terinduksi IL-1 $\beta$  serta nitrit oksida di kondrosit. Data-data yang ada menunjukkan kemampuan diacerein dalam menghambat aktivitas abnormal osteoblas dan osteoklas

tulang subkondral pada OA, tanpa mengganggu integritas dan penanda fenotipik sel.

Diacerein, obat simtomatik kerja lambat untuk OA, dikategorikan sebagai pilihan terapi dengan tingkat *evidence* 1B berdasarkan rekomendasi EULAR (European League Against Rheumatism) untuk OA panggul dan lutut, obat ini juga tergolong rekomendasi kelas A menurut opini para ahli tersebut. Studi-studi yang dievaluasi oleh EMA (European Medicines Agency) secara konsisten menunjukkan bahwa keuntungan penggunaan diacerein lebih besar dibandingkan risiko. Studi-studi yang membandingkan diacerein vs. plasebo menemukan bahwa, obat ini memperbaiki gejala dalam waktu 4 minggu untuk OA lutut dan 6 minggu untuk OA panggul, dalam



Gambar. Metaanalisis efektivitas diacerein dibandingkan dengan plasebo dan OAINS. (Pavelka et al. *Drugs Aging*.2016;33:75-85)

masa pengobatan selama 3 bulan, ditemukan juga adanya perbaikan yang menetap paling tidak 3 bulan setelah obat ini dihentikan. Beberapa studi klinis acak tersamar ganda dengan kontrol plasebo atau OAINS (Obat Anti Inflamasi Non Steroid) juga menemukan bahwa, terapi diacerein menurunkan skor nyeri OA dan memperbaiki fungsi secara signifikan dibandingkan kontrol.

Secara umum terapi dengan diacerein membutuhkan waktu yang lebih lama untuk dirasakan manfaatnya. Beberapa studi menunjukkan bahwa, efektivitas diacerein mulai menetap paling tidak setelah 2 bulan terapi. Sebagaimana telah disebutkan di atas, setelah terapi jangka panjang, efektivitas diacerein dapat diharapkan menetap paling tidak selama 3 bulan setelah penghentian terapi. Dibandingkan dengan OAINS, meskipun awitan diacerein membutuhkan waktu lebih lama, efektivitas terapi dalam menurunkan derajat nyeri kurang lebih serupa antara kedua golongan obat tersebut. Meta analisis yang dilakukan terhadap 19 penelitian dengan 2637 pasien menunjukkan bahwa, efektivitas diacerein serupa dengan OAINS ditambah keunggulan efek jangka panjang yang menetap setelah 3 bulan terapi dihentikan (gambar). Sebagai anti nyeri diacerein mampu menurunkan nyeri sebesar 24% (effect size -0.24, 95% CI -0.39 sampai -0.08) dan memperbaiki fungsi sebesar 14% (p=0.01).

Efek samping penggunaan diacerein biasanya terbatas pada saluran cerna bagian bawah seperti perubahan pola defekasi dan diare, gangguan kulit ringan dan hepatobilier. Diare yang berat atau kasus hepatoksisitas yang serius sangat jarang terjadi namun patut menjadi perhatian. Evaluasi keamanan terapi yang dilakukan oleh EMA menunjukkan profil keamanan diacerein yang baik

dan menyimpulkan bahwa rasio keuntungan/risiko untuk terapi OA lutut dan panggul sangat baik untuk obat ini. Rekomendasi pemberian terapi adalah separuh dosis (50mg/hari) untuk 2-4 minggu pertama sambil dievaluasi kemunculan diare atau hepatotoksisitas. Terapi dosis penuh dapat diberikan apabila setelah masa coba tidak terdapat gangguan diare atau peningkatan enzim hati (tanda hepatotoksik). Dibandingkan parasetamol dan OAINS, diacerein mempunyai profil keamanan yang lebih baik, termasuk risiko gangguan hati, gastrinites, renal, kulit dan kardiovaskular yang lebih rendah.

Berdasarkan data-data di atas, diacerein dapat diberikan kepada pasien-pasien dengan OA panggul atau lutut yang tidak responsif atau menunjukkan adanya kontraindikasi penggunaan parasetamol dan OAINS, sehingga berdasarkan rekomendasi ESCO (The European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis), diacerein dapat digunakan sebagai lini pertama dalam penanganan osteoartritis. Kuljinder dkk juga menyebutkan bahwa penggunaan diacerein bersamaan dengan sodium diklofenak secara signifikan lebih baik dibanding pemberian tunggal diklofenak dalam hal menurunkan rasa nyeri dan meningkatkan fungsi sendi pada osteoartritis lutut. MID

Daftar Pustaka

1. World Congress on Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases. *Osteoporosis International*. Vol 27, Supl 1, April, 2016.
2. Kuljinder SINGH, Rakesh SHARMA and Jaswant RAI, Diacerein as adjuvant to diclofenac sodium in osteoarthritis knee, *International Journal of Rheumatic Diseases* 2012; 15: 69-77.
3. Pavelka et al. Diacerein\_Benefits, Risks and Place in the Management of Osteoarthritis. *An Opinion-Based Report from the ESCO*. *Drugs Aging*. 2016;33:75-85

**KEUNGGULAN ARTRODAR:**

- Originator Diacerein pertama di Indonesia
- Memiliki efek sebagai anti-osteoarthritis, analgesic dan anti inflamasi pada penyakit sendi degenerative
- Mempunyai mekanisme kerja spesifik, tidak mengganggu sintesa prostaglandin melainkan langsung menghambat IL-1 (first gate preventive)
- Memiliki carry-over effect, dimana efek pengobatan masih tetap terobservasi sedikitnya 2 bulan setelah terapi di hentikan

**KOMPOSISI: DIACEREIN 50MG**

**DOSIS: 2 x 1 Kapsul sehari pada saat makan**

Underlicense from: TRS CHERMEDICA Geneva Switzerland

combiphar



## Bergunakah Terapi Inhalasi untuk Pasien Non-Asma?

Terapi inhalasi merupakan prosedur yang sangat sering dilakukan di klinik, khususnya untuk anak yang mengalami gejala batuk dan sesak. Tidak jarang bahkan orangtua pasien anak yang meminta agar anaknya 'diuap'. Bahkan banyak orangtua yang berpendapat kalau tidak diberi terapi uap, anaknya belum ditangani dengan baik. Sesungguhnya apakah memang perlu? Dalam *The 7th Indonesia Pediatric Respiratory Meeting*, di Semarang awal Februari 2017 lalu, topik ini dikupas tuntas oleh **dr. Finny Fitry Yani, Sp.A(K)** dari Departemen Ilmu Kesehatan Anak FK Universitas Andalas – RS dr. M. Djamil, Padang.

Dijelaskan oleh dr. Finny, jenis obat inhalasi sebenarnya dapat berupa zat mukoaktif atau obat lain seperti misalnya antibiotik, obat asma, atau antiviral. Untuk zat mukoaktif, dapat berupa ekspektoran, mukolitik, mukoregulator, dan mukokinetik. Pemahaman ini penting agar tujuan terapi inhalasi dapat menjadi dasar pemilihan obat yang digunakan.

Berikut ini jenis obat, contoh obat, dan efeknya :

- **Ekspektoran** : Salin hipertonis 3% dapat digunakan untuk menginduksi gerakan silia, mencairkan mukus, disertai dengan hidrasi osmotik pada lumen bronkus.
- **Mukolitik** : N-asetil-sistein berfungsi mengikat musin, kerap digunakan pada kasus fibrosis kistik, tetapi tidak pada terapi lain karena efek iritasinya.
- **Mukoregulator** : berupa sediaan antikolinergik seperti ipatropium bromida, bertujuan mengurangi hipersekresi mukus.
- **Mukokinetik** : ambroksol dapat menormalkan viskositas mukus, namun pemakaiannya masih kontroversial. Beta 2-agonis juga dikatakan memiliki kemampuan meningkatkan bersihan jalan napas dengan meningkatkan aktivitas silia.

Menurut dr. Finny, ada kalanya terapi inhalasi menjadi kawan atau lawan. Berikut ini hasil penelusuran literatur tentang efek terapi inhalasi pada berbagai penyakit :

- **Common cold** : berdasar literatur, terapi inhalasi tidak termasuk terapi dalam selesma. Justru kerap membuat pasien merasa tidak nyaman.
- **Rinosinusitis** : belum ditemukan studi yang memberikan zat mukoaktif secara inhalasi pada kasus rinosinusitis, kecuali bersamaan dengan penyakit asma.
- **Wheezing infant** : literatur yang ada menyebutkan pemberian agonis

beta-2 dan ipatropium bromida tidak memberikan perbedaan pada pengurangan gejala klinis dan lama rawat.

- **Laringotrakebronkitis (croup)**: pada kasus ini steroid dapat mempercepat hilangnya gejala. Gejala *croup* menghilang 2-3 jam setelah pemberian inhalasi budesonid. Perbaikan skor *croup* juga diperoleh dengan

penggunaan inhalasi adrenalin.

- **Bronkiolitis** : pada studi pemberian nebulisasi adrenalin dibandingkan dengan plasebo tidak tampak perbedaan perbaikan.
- **Bronkiektasis** : beberapa penelitian meneliti efektivitas steroid inhalasi pada bronkiektasis, tetapi tidak memuaskan. Pemakaian zat mukoaktif inhalasi dapat

dipertimbangkan sesuai kondisi pasien.

- **Pneumonia** : sampai saat ini belum ada pedoman tata laksana pneumonia anak yang menyebutkan inhalasi agonis beta-2 sebagai modalitas terapi.

Sebagai kesimpulan, ditegaskan oleh dr. Finny, meski pemberian zat mukoaktif inhalasi telah dilakukan

secara luas, hanya sedikit bukti klinis yang menyokong manfaatnya. Pada saat ini pemberian terapi inhalasi pada kasus non-asma lebih banyak dilakukan berdasarkan pengalaman daripada bukti ilmiah. Oleh karenanya, perlu evaluasi dan pertimbangan klinis sesuai dengan keadaan pasien secara individual. Perlu pula pemahaman proses penyakit yang ada dan manfaat obat inhalasi yang hendak diberikan. **MD**

## Kontrol Testosteron secara Optimal dengan Eligard®

Eligard® (leuprorelin acetate) diindikasikan untuk terapi Hormone Dependent Advanced Prostate Cancer



PT. Astellas Pharma Indonesia  
Plaza Oleos, 5th Floor Jl TB Simatupang No. 53A,  
Jakarta Selatan 12520 Jakarta - Indonesia  
Tel: +621-227-80171, Fax: +621-227-80180



A new level of control  
**eligard®**  
leuprorelin acetate



NATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

APRIL - JULI 2017

**Temu Ilmiah Rematologi (TIR) 2017**

8-9 April 2017  
Hotel Grand Sahid Jakarta  
CP : Sekretariat: (021) 31930166

**PIT HOGSI Jakarta X**

10-12 April 2017  
Hotel Novotel Mangga Dua Square Jakarta  
CP : Ema 0818 417850

**ASMIHA 2017**

14-16 April 2017  
Ritz Carlton Mega Kuningan  
CP : sekretariat (021) 5681149  
www.asmiha.org

**The 9th PICU NICU Update**

23-27 April 2017  
Hotel Sheraton Gandaria City Jakarta  
CP : 811882080  
Email : sekretariat@picunicu.org

**STRONG II (Semarang Trending Topic of Neurology) 2017**

28-30 April 2017  
Gumaya Tower Hotel, Semarang  
CP : SMF Neurologi Undip (024) 8443239

**Denpasar Update on Gastroentero Hepatology Medicine (DUGEM) 2017**

28-29 April 2017  
Sanur Paradise Hotel, Bali  
CP: (0361) 246274

**18th Continuing Neurological Education (CNE) Surabaya**

5-7 Mei 2017  
Hotel JW Marriott Surabaya  
CP : Dept Neurologi UnAir (031) 5019041

**Continuing Medical Education on Neurology (COME ON) Bandung 2017**

5- 7 Mei 2017  
Hotel Grand Royal Panghegar Bandung  
CP : Ina Roschan (022) 2036984

**JADE / Jakarta Antimicrobial Update 2017**

6-7 Mei 2017  
Hotel Intercontinental, Midplaza, Jakarta  
CP : Reni Sibarani 081386076076 / 081284098010  
email: jade\_update@yahoo.com

**JNHC 2017**

11-14 Mei 2017  
Hotel Borobudur, Jakarta  
CP : (021) 3149208

**National Rheumatology, Osteoporosis, & Herbal Medicine Update IV 2017**

12-14 Mei 2017  
Hotel Melia Purosani, Yogyakarta  
CP : Sekretariat (0274) 553119

**Indonesia Digestive Disease Week (IDDW) 2017**

21-22 Mei 2017  
The Stones Hotel, Bali  
www.iddw2017.id

**The 5th Indonesian Pediatric Endocrinology Update**

12-13 Mei 2017  
Malang, Jawa Timur  
CP: 811882080  
secretariat@geoconvex.com

**PKB XV THT**

20-21 Mei 2017  
Hotel Shangriila Surabaya  
Telp : 081369666700

**Update in Child Neurology**

21-22 Mei 2017  
Hotel Sheraton Gandaria, Jakarta  
Email : div\_neurologi@yahoo.com  
www.idai.or.id

**The 7th National Congress of Indonesian Society of Neurological Surgeon In Conjunction with the 17th ASEAN Congress of Neurological Surgery**

19-22 Juli 2017  
Hotel Grand Senyur Balikpapan  
www.aseannsperspebsi.org

**Jakarta Endocrine Meeting (JEM) 2017**

21-22 Juli 2017  
Jakarta

CP : Divisi Endokrin RSCM (021) 3907703

**PIT Ilmu Penyakit Dalam 2017**

27-30 Juli 2017  
RSCM, Jakarta  
CP : Dept IPD RSCM (021) 31930956

**The 12th Symposium on Nutri Indonesia In conjunction with the 4th International Nutrition Symposium**

29-30 Juli 2017  
Hotel Red Top, Jakarta  
www.nutriindonesia.org

**Musyawarah Kerja Nasional dan PIN PERDOSSI 2017**

27-30 Juli 2017  
Hotel Royal Ambarukmo, Yogyakarta  
CP : Panpel Mukernas (0274) 543473

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

INTERNATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

APRIL - AGUSTUS 2017

**13<sup>rd</sup> International Course on Pediatric Pulmonology (ICPP)2017**

21-23 April 2017  
Mercure Nusa Dua Bali  
www.icpp-thecourse.org

**Annual Meeting of the American Academy of Neurology**

22-29 April 2017  
Boston, United States  
www.aan.com/conference

**The 5<sup>th</sup> Asian College of Neuropsychopharmacology (ASCNP)**

27-29 April 2017  
BCC Nusa Dua Bali  
CP: 0411832231  
www.ascnp2017.com

**11<sup>th</sup> World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM2017)**

30 April – 4 Mei 2017  
Buenos Aires, Argentina  
www.isprm2017.com

**International Conference on Tropical and Clinical Dermatology**

4-6 Mei 2017  
Hotel Alana, Yogyakarta  
www.ictcd2017.com

**14<sup>th</sup> Asian and Oceania Congress of Child Neurology (AOCCN 2017)**

Hilton Fukuoka, Japan  
11-14 Mei 2017  
www.aoccn2017.org

**The 15<sup>th</sup> Conference of the International Society of Travel Medicine**

14-18 Mei 2017  
Barcelona, Spanyol.  
www.istm.org/cistm15

**American Thoracic Society 2017**

19-24 Mei 2017  
Washington, USA  
www.conference.thoracic.org

**23<sup>rd</sup> Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Disease (ESPID) 2017**

23-27 Mei 2017  
Madrid, Spanyol  
www.espid2017.kenes.com

**77<sup>th</sup> Scientific Session American Diabetic Association 2017**

9-13 Juni 2017  
San Diego, USA  
www.professional.diabetes.org

**16<sup>th</sup> Congress of International Pediatric Pulmonology 2017**

22-25 Juni 2017  
Lisbon, Portugal  
www.cipp-meeting.org

**International Symposium on ENT Disorders and Its Remedies**

23-25 Juni 2017  
Singapore

**17<sup>th</sup> European Society for Child and Adolescent Psychiatry ESCAP 2017**

8-12 Juli 2017  
Geneve, Swiss  
www.escap.eu

**Asian Pacific Society of Cardiology 2017**

13-15 Juli 2017  
SUNTEC Singapore Convention Centre  
www.apsc2017.com

**The 24<sup>th</sup> Asia Pacific Symposium on Critical Care and Emergency Medicine 2017**

Hotel Kartika Plaza, Bali  
1-6 Agustus 2017  
www.asiapacificccem.org  
CP : Rani 081318220387

**The 19th RESPINA / International Meeting on Respiratory Care Indonesia 2017**

9-12 Agustus 2017  
Hotel Shangriila Jakarta  
www.respina.com

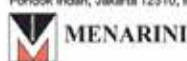


Your **Essential Partner** for Hypertension Control

- Hypertension remains a difficult disease to control.<sup>1</sup>
- Nebilet's unique nitric-oxide-mediated vasodilating properties and high cardioselectivity enables you to take back control by effectively lowering blood pressure.<sup>2-7</sup>
- Nebilet can also be easily added to an existing antihypertensive treatment regimen, or used as monotherapy in a broad range of hypertensive and chronic heart failure patients.<sup>8-14</sup>

**REFERENCES:** 1. Bhatnagar AB, et al. *Asia Pac J Clin Hypertens* 2015; 1(2): 2. Brucka K, et al. *Drugs* 2001; 153: 1330-1338. 3. Agnelli L, et al. *Atro-Divis* 2002; 7: 75-82. 4. Mendonca, R. *Cardiovascular* prescribing information 2012. 5. Muntner L, et al. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54: 591-1499. 6. Wang J, et al. *Hypertens Care* 2009; 3(2): 5316-5321. 7. Wojcikowski D, et al. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2008; 6: 471-479. 8. Dzungars K, et al. *Card J Clin* 2014; 30: 485-491. 9. Eder J, et al. *Eur J Heart Fail* 2008; 10: 111-119. 10. Fisher MD, et al. *Eur Heart J* 2008; 29: 215-225. 11. Jansen PL, et al. *JAMA* 2014; 311: 927-929. 12. Marcano G, et al. *J Hypertens* 2012; 31: 1281-1287. 13. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in adults: diagnosis and management. 2016. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG127/resources/hypertension-in-adults-diagnosis-and-management-351944941637> (visited 18/07/2017). 14. Wilkin MA, et al. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2014; 16: 14-26.

PT. Transfarm Medica Indah  
Unit 802, 8th Fl., Wisma Pondok Indah 2  
Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V-1A  
Pondok Indah, Jakarta 12510, Indonesia





## Perjalanan Menembus Lorong Waktu di

# Kathmandu

dr. Levina S. Pakasi

“Kathmandu?” “Di mana itu? “Ngapain ke sana?”, begitu biasanya ekspresi orang ketika saya berkata mau ke Kathmandu, ibukota negara Nepal. Negara ini memang bukan destinasi favorit orang Indonesia, tetapi Nepal merupakan surga pariwisata bagi orang-orang yang menyukai *adventure travel*, karena di sanalah terletak pegunungan tertinggi di dunia, Himalaya, dengan puncak Everest yang terkenal sulit ditaklukkan.

Namun, Nepal bukan hanya Himalaya, begitu pula Kathmandu bukan hanya sekedar kota transit sebelum melakukan pendakian. Kathmandu adalah kota yang berada di Lembah Kathmandu pada ketinggian 1400 m di atas permukaan laut. Kathmandu merupakan kota unik yang menyimpan banyak sejarah dan budaya. Sebagian besar bangunan merupakan UNESCO *World Heritage Sites*. Sayangnya, banyak bangunan bersejarah ini hancur ketika gempa bumi besar berkekuatan 7,8 skala Richter melanda pada tanggal 25 April 2015.

Pada kunjungan pertama *city tour* di Kathmandu, biasanya turis akan diajak ke Swayambhunath, yaitu suatu kompleks situs religidi puncak bukit, yang terdiri dari stupa, biara dan kuil. Stupa ini terkenal dengan lukisan mata Buddha beralis tebal atau *Buddha's eyes*. Situs ini merupakan salah satu bangunan tertua yang diperkirakan dibangun sekitar tahun 460 M oleh Raja Manadeva. Swayambhunath juga dikenal dengan sebutan *Monkey Temple* karena banyaknya monyet yang berkeliaran di sana.

Tempat berikutnya yang wajib dikunjungi adalah Durbar Square yang merupakan kompleks kerajaan di mana terdapat kuil, istana, ruang terbuka

(plaza), dan bangunan lainnya. Ada 3 Durbar Square di Lembah Kathmandu yang merupakan sisa-sisa kerajaan kuno di Nepal sebelum bersatu, yaitu Kathmandu Durbar Square, Patan Durbar Square, dan Bhaktapur Durbar Square. Kathmandu Durbar Square misalnya, merupakan tempat istana Raja-Raja dinasti Malla dan Shah ketika berkuasa. Kompleks ini memiliki banyak bangunan dan patung unik. Salah satunya adalah patung Garuda yang sangat berbeda dari Garuda lambang negara kita. Patung Garuda di Nepal tidak berupa burung, tetapi berwujud manusia dengan sayap (*humanoid bird*) dan posisi berlutut sebelah kanan serta tangan memberi salam (*Namaste position*). Tidak diketahui kapan pastinya bangunan-bangunan di Durbar Square ini dibangun; konon, istana di Kathmandu Durbar Square dibangun oleh Sankharadev (1069-1083 M).

Situs religi populer lainnya adalah Boudhanath yang dibangun sekitar abad ke-14. Stupa ini merupakan kuil terbesar di Nepal dan merupakan salah satu tempat terpenting bagi umat Buddha yang berasal dari Tibet setelah invasi Cina tahun 1959. Boudhanath Stupa berada di kota kecil Boudha, di batas timur kota Kathmandu. Sama seperti Swayambhunath, puncak Boudhanath juga dihiasi dengan *Buddha's eyes* di ke-4 sisinya.

Perjalanan ke Kathmandu tidak lengkap rasanya jika tidak mengunjungi pusat oleh-oleh di Thamel. Suvenir khas Nepal sebetulnya dapat dijumpai di semua area wisata. Banyak barang unik dan menarik yang ditawarkan, lengkap dengan cerita-cerita dibalik pembuatannya atau makna simbol-simbol yang dilukis. Suvenir paling unik mungkin adalah “*the singing bowl*”, berupa mangkuk logam yang

dapat mengeluarkan suara. Jangan lupa belajar bagaimana membunyikan mangkuk tersebut sebelum membelinya.

Produk Nepal yang paling terkenal adalah Pashmina. Pashmina Nepal sangat lembut karena dibuat dari rambut lapisan bawah (*undercoat*) kambing Himalaya yang sangat halus. Berbeda dari “*wool*” yang diambil dengan cara mencukur kambing, Pashmina diambil dengan cara menyisir kambing untuk memisahkan rambut yang halus dari yang kasar. Pashmina dengan kemurnian 100% sangat halus dan hangat ketika dipakai. Maklum, kambing Himalaya dapat hidup di ketinggian lebih dari 4000 m dan suhu di bawah -40° C! Agar lebih kuat dan cantik, biasanya Pashmina dicampur dengan sutra (*silk*), dengan perbandingan 70:30. Pashmina ditawarkan dengan berbagai ukuran, yaitu *scarf*, *stola*, *shawl* dan *large shawl*. Sebagai catatan, produk yang sama juga dibuat di wilayah Kashmir, di India, sehingga Pashmina sering disebut Kashmir (*cashmere*).

Kapan dan bagaimana ke Nepal? Periode terbaik untuk pergi ke Nepal adalah dari Oktober sampai Juni. Dari Jakarta, ada beberapa pilihan maskapai penerbangan, yaitu Air Asia, Malindo Air, Singapore Airlines, dan Thai Airways. Jika memilih penerbangan pagi dengan Air Asia atau Malindo Air, pesawat akan transit di Kuala Lumpur dan tiba pada sekitar pukul 3 sore di Tribhuvan International Airport di Kathmandu. Belum ada penerbangan langsung dari Jakarta ke Kathmandu. *Visa on arrival* dengan biaya USD 25 diperlukan untuk masuk ke Nepal. Permintaan visa dapat dilakukan melalui *website*, tetapi pembayaran dilakukan secara tunai di imigrasi bandara. Sediakan waktu sedikitnya 4 hari 3 malam untuk mengunjungi Kathmandu. Namun, jika akan mengunjungi kota-

kota lainnya perlu sedikitnya 7-8 hari, sedangkan *trekking* ke Everest Base Camp membutuhkan sedikitnya 2 minggu, termasuk aklimatisasi.

Belum ada biro perjalanan dari Indonesia yang menawarkan tur ke Nepal. Rencana tur biasanya dibahas dengan biro perjalanan di Kathmandu melalui email. Mata uang Nepal adalah Nepalese Rupee (NPR); 1 NPR kurang lebih sama dengan Rp 125. Penukaran mata uang dapat dilakukan di Kathmandu dengan membawa mata uang internasional, seperti USD, Euro, atau SGD. Sebaiknya siapkan pula uang pecahan kecil seperti USD 1 dan 5 karena banyak pedagang kecil yang menerima pembayaran dengan mata uang USD. Banyak hotel dan penginapan di Kathmandu, tetapi kondisi dan layanan hotel berbintang belum tentu sesuai dengan jumlah bintang yang disandangnya. Sebaliknya, ada pula hotel-hotel kelas ‘melati’ atau *guest house* dengan harga USD 30-50 per orang per malam tetapi menawarkan kebersihan dan kenyamanan yang setara hotel berbintang. Tidak perlu merogoh kantong terlalu dalam untuk pergi ke Nepal, kecuali jika ingin borong berbelanja oleh-oleh. Tiket dapat diperoleh mulai dari harga Rp 3 jutaan saja, sedangkan biaya tur dan makan hanya sekitar USD 50 per hari per orang di Kathmandu. Sewa mobil dan supir ke luar kota butuh biaya USD 150-200 per hari. Infrastruktur jalan dan transportasi di Nepal memang masih tertinggal. Namun, kekurangan tersebut cukup sepadan dengan pengalaman unik yang tidak didapat di negara-negara favorit wisata lainnya. Anda siap berangkat? **MD**

\*untuk informasi tur selengkapnya, silakan hubungi penulis di [levinapakasi@gmail.com](mailto:levinapakasi@gmail.com)

