



# TABLOID MD

INSIDER'S INSIGHT

Area distribusi tabloid MD:



FOR MEDICAL PROFESSIONALS ONLY

JULY 2014



## MD INSIGHT

Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi *Helicobacter pylori*

4



6

## MD FLASH

Malaria Serebral Kini Bukan Hanya *Plasmodium falciparum*



13

## MD PRACTICE

Pendekatan Diagnostik Vertigo

## Cegah Herpes Zoster dengan Vaksinasi

Herpes Zoster (HZ) merupakan salah satu kondisi yang banyak menimpa pasien usia lanjut, penderita penyakit kronik atau dengan gangguan sistem imun. Data di Indonesia menunjukkan 1 dari 3 orang rentan terkena kondisi ini, dan risiko pada usia > 85 tahun meningkat menjadi 1 dari 2 orang. Hal ini berarti lebih dari 100 juta orang Indonesia berisiko untuk terkena HZ semasa hidupnya, sehingga dibutuhkan suatu cara mencegah terjadinya kondisi ini. Untungnya pada akhir Juni 2014 telah diluncurkan vaksin untuk menurunkan risiko HZ.

Herpes Zoster merupakan reaktivasi *Varicella Zoster Virus* (VZV), atau yang sering dikenal sebagai cacar air. Studi di Indonesia menunjukkan 2 dari 3 anak pernah terkena cacar air, ditunjukkan dari hasil tes serologi. Pada kondisi imunitas selular menurun, seperti pada usia lanjut, menderita penyakit kronik (diabetes, kanker, dan sebagainya) atau dengan gangguan sistem imun, virus dapat aktif kembali dan menimbulkan HZ. Reaktivasi virus menyebabkan terjadinya vesikel, eritema, dan inflamasi pada kulit dan kerusakan saraf yang menimbulkan nyeri hebat. Nyeri yang terjadi dapat menjadi

kronik, dan dikenal sebagai Neuralgia Pasca Herpes (NPH). Neuralgia ini terjadi pada 60-70% individu berusia ≥60 tahun yang terkena HZ dan menyebabkan nyeri kronik hebat. Nyeri ini dapat mengganggu secara fisik, psikis, sosial maupun aktivitas, sehingga menurunkan kualitas hidup.

Tatalaksana HZ pada dasarnya bertujuan menurunkan derajat nyeri dan risiko NPH, memperbaiki lesi kulit, dan mencegah terjadinya lesi baru, serta menurunkan risiko penularan. Terapi utama adalah analog nukleosida seperti *acyclovir*, *valacyclovir* dan *famciclovir*. Penekanan replikasi virus umumnya berhasil dicapai dengan terapi di atas, namun kerusakan saraf yang terjadi tak dapat diperbaiki. Kerusakan saraf yang terjadi pada saraf kranial seperti oftalmikus, trigeminal dan optikus bahkan menyebabkan terjadinya kecacatan. Sulitnya mencegah NPH menjadikan vaksinasi merupakan cara terbaik untuk menangani kondisi ini.

Zostavax, vaksin HZ hidup yang diturunkan dari strain OKA, merupakan vaksin yang tersedia saat ini. Vaksin ini direkomendasikan untuk diberikan pada individu berusia >50 tahun dan mampu mencegah 66% kejadian

HZ apabila diberikan pada usia 50-59 tahun. Efektivitas untuk mencegah HZ akan semakin berkurang bila diberikan pada usia lebih tua dan proteksi terendah ditemui pada usia 80 tahun ke atas (18%). Prof. Dr. dr. Samsuridjal Jauzi, Sp.PD-KAI dari Satgas Imunisasi Dewasa PAPDI, mengatakan, meski vaksin ini aman dan efektif namun dikontraindikasikan bagi pasien dengan penekanan sistem imun berat, seperti pada leukemia, limfoma, imunokompromais, HIV dengan CD4 rendah, steroid dosis tinggi, transplan sumsum tulang dan juga kehamilan. ss




Pilihan Untuk Kebaikan Hidup



## Levofloksasin: Evaluasi Toksisitas Muskuloskeletal pada Anak

Sebuah publikasi di jurnal ilmiah *Pediatrics* edisi Juli 2014 (*Pediatrics* 2014;134:1-8) membahas efek levofloksasin pada pasien anak dengan usia 1-16 tahun (rerata usia 3,89 tahun) dalam hal kerusakan pada sistem muskuloskeletal. Studi yang dilakukan oleh John S Bradley dkk dari University of California, San Diego, merupakan studi pertama yang bersifat prospektif dengan pemantauan selama 5 tahun.

Penelitian melibatkan 124 anak yang mendapat terapi levofloksasin dan 83 anak yang mendapat terapi non-levofloksasin untuk infeksi respiratorik. Pemantauan dilakukan terhadap kejadian yang berkaitan dengan cedera atau kerusakan pada sistem muskuloskeletal, khususnya kerusakan kartilago. Seperti telah lama diketahui, dalam studi dengan binatang percobaan didapatkan hubungan antara kerusakan kartilago dan usia muda pada pemberian fluorokuinolon.

Studi ini ternyata memberikan kesimpulan

tidak adanya perbedaan klinis yang terdeteksi, antara kelompok yang mendapat levofloksasin dan kelompok pembanding dalam pengamatan 1-5 tahun, dalam aspek kerusakan pada kartilago. Meskipun demikian, penelitian ini juga menuai berbagai kritisi. Salah satu kritisi yang paling menonjol adalah besarnya angka *lost-to-follow-up* pada sampel penelitian, yaitu 30% pada kelompok levofloksasin, dan 35% pada kelompok pembanding.

Adanya publikasi ini paling tidak menambah bahan pertimbangan untuk kemungkinan penggunaan levofloksasin pada pasien anak, yang tidak memiliki pilihan untuk pemberian antibiotika kelompok lain. Seperti yang disampaikan oleh Jennifer L. Goldman, seorang ahli penyakit infeksi anak, dalam *Medscape Medical News*, bahwa bagaimanapun dokter perlu menimbang secara seksama keuntungan dan risiko dari pemberian obat ini secara kasus per kasus. Pernyataan ini juga

sesuai dengan rekomendasi *American Academy of Pediatrics* dalam hal penggunaan fluorokuinolon, yaitu penggunaannya tetap hanya ketika tidak ada pilihan lain yang lebih efektif dan lebih aman, misalnya dalam kondisi infeksi yang *multiple-drug resistant*. ML



# Deklarasi Pembentukan FIAKSI

dr. Hoyi Siantoresmi, MARS

Setelah melalui beberapa pertemuan dan persiapan, akhirnya pada hari Selasa, tanggal 11 Juni 2014, diresmikanlah suatu wadah komunikasi bagi para alumni Fakultas Kedokteran (FK) seluruh Indonesia, yang diberi nama FIAKSI (Forum Komunikasi Alumni Fakultas Kedokteran Seluruh Indonesia). Acara yang diberi nama "Peresmian Pembentukan FIAKSI" ini diadakan di Museum Kebangkitan Nasional atau yang terkenal dengan sebutan "STOVIA" – cikal bakal sekolah para dokter Indonesia.

Peresmian dihadiri oleh 114 peserta yang merupakan perwakilan alumni 30 FK, dari 70 FK yang ada di seluruh Indonesia. Acara ini dihadiri juga oleh Ketua Umum PB IDI dr. Zaenal Abidin, M.HKes., dan Menteri Kesehatan RI dr. Nafsiah Mboi, SpA, MPH, yang sekaligus meresmikan pembentukan FIAKSI. Acara diawali dengan beberapa sambutan, pembacaan

Deklarasi Pembentukan FIAKSI oleh seluruh hadirin dan diakhiri dengan pembentukan Tim Formatur Pengurus FIAKSI.

Dalam sambutannya, Menkes RI menyampaikan harapannya agar FIAKSI dapat menjadi mitra Kementerian Kesehatan dan IDI dalam membangun komunikasi dengan para dokter Indonesia, dan tidak hanya menjadi organisasi "tukang protes". Menkes juga sangat mendukung tujuan FIAKSI untuk mengedepankan nilai-nilai kesantunan, kesejawatan, dan kebersamaan di antara dokter-dokter Indonesia. Selain itu, diharapkan FIAKSI juga dapat berperan aktif dalam upaya meningkatkan mutu kompetensi dokter Indonesia pada khususnya dan pelayanan kesehatan di Indonesia pada umumnya.

Diprakarsai oleh beberapa alumni fakultas kedokteran, pembentukan FIAKSI ini merupakan tanggapan atas keprihatinan terhadap persoalan-persoalan yang dihadapi oleh komunitas dokter Indonesia, di mana nilai-



nilai kesantunan, kesejawatan dan kebersamaan dirasakan makin meluntur. FIAKSI mengusung Visi: "Menjadikan FIAKSI sebagai organisasi yang mampu mengembalikan dan mengeratkan rasa kebersamaan, kesantunan dan kesejawatan antar sesama dokter serta menunjang pembentukan karakter dokter Indonesia".

Setelah Deklarasi, dibentuklah Tim Formatur, yang diketuai oleh dr. Dodi Partomiharjo, Sp.M, dan sekretaris dr. Kemas Abdurrohman,

MARS. Sedangkan duduk sebagai anggota, yaitu dr. Firdaus, MARS, dr. Arief Alamsyah, dr. Bachtiar Husein, dr. Anis Anwar, dr. Mulyadi Mochtar, dr. H. Herman Yuliantana, dr. Jimmy Tambunan, Sp. OG, dr. Herry, dan DR. dr. Sugiri Syarif. Adapun tugas dari Tim Formatur ini adalah membentuk struktur organisasi, menentukan arah organisasi, menyusun AD/ART, memutuskan logo, merumuskan visi dan misi serta menyelenggarakan Munas I FIAKSI. MD

MD  
EDITORIAL

Salam Sejawat...

TabloidMD ini adalah edisi ketiga tahun 2014. Sesuai masukan yang ada, kami munculkan beberapa variasi kolom dan *lay out* demi kepuasan pembaca. Kami akan kembangkan terus agar Tabloid MD memuaskan kebutuhan para rekan sejawat. Redaksi juga telah menerima beberapa tulisan kiriman sejawat. Namun untuk keselarasan isi dan kesesuaian tata letak, kami perlu melakukan editing yang tentunya tanpa mengubah isi. Oleh karenanya kami mohon kesabaran para sejawat bila diperlukan proses editing tersebut.

Pada edisi ini kami mengangkat berbagai topik diskusi yang sedang berkembang, baik dalam dunia praktik maupun organisasi. Ada artikel pembentukan FIAKSI, perkembangan penyakit malaria, peluncuran konsensus dyspepsia, penanganan nyeri punggung, vertigo, dan trauma mata. Kami ulas pula peluncuran vaksin herpes zoster dan penggunaan levofloksasin pada anak... dan banyak lagi lainnya.

Sebagai media yang sedang berkembang, kami tetap membutuhkan kritik, saran, dan usulan pembaca. Termasuk kontribusi tulisan maupun liputan kegiatan. Ini agar TabloidMD dapat menjadi media komunikasi yang bermanfaat bagi sejawat praktisi medis. Kami tunggu partisipasi Anda...

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

**Operation Manager:**  
Ricka Febriana, STI

**Business Manager:**  
Hardini Arivianti

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

**Designers:**  
Donny Bagus W.  
Clemens R.

**Contributors:**  
Ronald Arjadi, MD  
Erinna Tjahjono, MD  
Elrica Saphira, MD

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

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



## MD INBOX

### Versi Elektronik

Saya seorang dokter yang studi di luar Indonesia dan mendapat versi elektronik (format pdf) dari TabloidMD edisi April 2014. Saya mendapatkan filenya dari milis alumni yang saya ikuti. Setahu saya ini pertama kali ada tabloid kedokteran semacam ini, dan juga dalam format yang bisa dibaca di gadget saya. Proficiat! Nah, bagaimana cara mendapatkan edisi berikutnya secara rutin?

dr. George Setiyadi  
Bangkok, Thailand

Terima kasih Dok, untuk ucapan proficiatnya. Ya betul, memang kami pada awalnya mengirimkan versi elektronik TabloidMD edisi April 2014 ke para dokter yang kebetulan ada dalam daftar rekanan kami. Untuk selanjutnya memang TabloidMD versi pdf akan kami kirimkan ke email para dokter yang berminat. Caranya dengan mengirimkan data diri dan alamat email ke redaksi, yaitu info@tabloidmd.com. Untuk edisi elektronik akan kami kirimkan kira-kira 3-4 minggu setelah versi cetaknya terbit.

### Kategori Artikel

Salam dan proficiat untuk penerbitan TabloidMD yang menarik. Saya ingin menanyakan apakah ada kategori tertentu untuk jenis tulisan yang boleh dikirimkan ke redaksi? Misalnya cerita pengalaman unik atau opini pribadi?

dr. Anita Saraswati  
Jakarta

Redaksi tidak membatasi jenis artikel yang akan dimuat dalam kategori apa saja. Selama artikel tersebut menarik, sesuai dengan perkembangan terkini, dan bermanfaat bagi sesama praktisi dunia kedokteran akan kami terima. Tentunya akan melalui proses seleksi di redaksi dahulu. Teman sejawat boleh saja mengirimkan artikel opini, ulasan kasus, berita kegiatan seminar / pelatihan, tips dan trik, dan sebagainya.

### Liputan Acara Kedokteran

Redaksi Yth, bagaimanakah prosedurnya bila kami ingin agar acara ilmiah, acara organisasi, atau sosialisasi program ilmiah yang kami buat diliput oleh redaksi TabloidMD?

dr. Simon Nainggolan  
Bandung

Terima kasih Dok untuk pertanyaannya. Pada dasarnya kami terbuka untuk membuat liputan kegiatan bila memang ada undangan acara dalam dunia kedokteran. Tentunya kami menunggu surat undangan dan nantinya akan disesuaikan dengan jadwal tim redaksi. Untuk hal teknis, dapat dibicarakan lebih jauh secara langsung dengan tim redaksi.

### Lebih Banyak Distribusinya

Saya mendapatkan TabloidMD dalam sebuah simposium di Jakarta beberapa waktu lalu. Namun banyak teman sejawat yang ternyata tidak mendapatkannya karena kehabisan. Kalau boleh usul, agar jumlah eksemplar diperbanyak dan didistribusikan lebih banyak lagi dalam berbagai acara simposium yang diselenggarakan.

dr. Syarifudin Anwar, M.Kes  
Malang

Terima kasih untuk usulnya Dok. Kami akan upayakan agar distribusi lebih banyak dan lebih luas lagi. Memang salah satu cara termudah mendistribusikan tabloid adalah pada saat kegiatan seminar, selain dengan mengirimkan ke berbagai RS. Tentunya hal ini membutuhkan koordinasi dengan pihak penyelenggara juga. Kami akan upayakan agar tabloid ini lebih banyak didistribusikan pada berbagai acara kedokteran.

# Penipuan-Penipuan dalam Sejarah Kedokteran

Belum lama ini, di negeri kita dihebohkan oleh kasus “aneh”, seorang ibu di Kupang, Nusa Tenggara Timur yang dikabarkan melahirkan seekor tokek oleh bidan yang menangani persalinannya. Kita sebagai dokter, yang telah mempelajari anatomi dan fisiologi sedemikian dalam, tentu saja tidak percaya dengan kabar tersebut. Lain halnya dengan masyarakat awam, termasuk juga pers yang seharusnya mempunyai tingkat rasionalitas dan kemampuan untuk mengkritisi lebih dalam. Sejarah membuktikan bahwa bukan hanya masyarakat kita saja yang mudah terpedaya oleh berita-berita yang seakan-akan bermuatan medis. Berikut adalah penipuan-penipuan terbesar dalam sejarah kedokteran, yang tidak hanya berhasil mengelabui masyarakat awam tapi juga kalangan medis.



## Wanita Melahirkan Kelinci

Kalau di Indonesia wanita melahirkan tokek, masyarakat Inggris percaya bahwa manusia bisa melahirkan kelinci. Pada tahun 1726, seorang wanita Inggris bernama Mary Toft melaporkan ia telah melahirkan sembilan ekor kelinci yang kesemuanya dilahirkan dalam keadaan mati. Dokter-dokter ahli saat itu bahkan menyatakan bahwa hal ini merupakan fakta valid. Penipuan baru berhasil dibongkar setelah wanita tersebut ketakutan, saat akan dilakukan pembedahan untuk melihat uterusnya oleh dokter ternama Sir Richard Manningham.

## Dr. Egerton Yorrick Davis

Perintis ilmu kedokteran modern, Sir William Osler, merupakan seorang ilmuwan yang humoris, kemampuannya ini sering kali digunakan untuk membantu menunjukkan kesalahan-kesalahan anak muridnya dan juga rekan seprofesi. Sekali waktu pada tahun 1884, beliau terganggu oleh ketidakmampuan jurnalis kesehatan pada waktu itu untuk memverifikasi berita dan data apakah telah sesuai dengan keilmuan atau tidak. Osler kemudian membuat sebuah laporan kasus ilmiah (dengan nama samaran dr. Egerton Yorrick Davis) yang menggambarkan seorang pria dan wanita terjebak pada saat melakukan hubungan badan, saat penis pria tersebut terjepit oleh vaginismus. Osler memberikan istilah “de cohesione in coitu” untuk fenomena ini dan benar saja sebagian besar kalangan jurnalis serta pembaca medis mempercayai berita tersebut.

## Vilcabamba, Kota dengan Penduduk Sangat Tua

Pada tahun 1970, sekelompok ilmuwan dari Harvard, University of California San Diego dan University of Quito mendatangi sebuah desa bernama Vilcabamba di Dataran Tinggi Andes Ekuador. Mereka menemukan bahwa penduduk di desa ini berumur sangat tua, banyak yang mengaku berusia lebih dari 100 tahun dan beberapa bahkan lebih dari 140 tahun. Walaupun sebelumnya skeptis, para ilmuwan ini tidak dapat mengelak saat melihat sertifikat lahir dan juga baptis mereka. Keanehan ini baru terungkap setelah beberapa ahli dari University of Wisconsin dan University of California Berkeley melakukan penelitian mendalam. Ternyata warga desa Vilcabamba telah secara sistematis melebih-lebihkan usia mereka, hal ini merupakan bagian dari kebudayaan yang memberikan penghargaan tinggi terhadap usia. Selain itu, usia mereka yang kesannya didukung oleh sertifikat lahir dan baptis, ternyata disebabkan oleh tradisi yang memberikan nama sama dari orangtua ke anak-anak mereka. Sehingga individu-individu tersebut terkesan lahir pada tahun yang jauh lebih awal dibandingkan dengan kelahiran asli mereka.

## Penipuan Anti-Vaksinasi

Serangkaian penipuan mengenai bahaya vaksinasi, baik yang dilakukan awam maupun medis, merupakan penipuan terbesar dunia kedokteran. Hal ini disebabkan, tidak seperti penipuan-penipuan di atas, vaksin merupakan tindakan medis yang mampu menyelamatkan banyak nyawa. Penipuan-penipuan antivaksinasi sangat beragam, mulai dari seorang wanita di Amerika Serikat yang mengaku mengalami distonia setelah menerima vaksin flu, sampai ke laporan-laporan kematian bayi mendadak setelah mendapatkan vaksinasi standar. Namun demikian, penipuan vaksin terbesar dan berdampak paling luas adalah kasus hubungan antara vaksin MMR dan autisme.

Pada tahun 1998, sebuah artikel penelitian di Lancet, memuat data-data yang menunjukkan hubungan antara pemberian vaksin MMR dengan kejadian kolitis dan autisme. Penulis artikel tersebut, Andrew Wakefield, mengklaim bahwa 8 dari 12 anak yang mendapatkan vaksin MMR menderita autisme. Penelitian lebih lanjut menunjukkan bahwa ternyata hal ini tidak terbukti dan Wakefield telah melakukan pemalsuan data secara signifikan terhadap hasil penelitiannya. Namun pembuktian ini membutuhkan biaya, waktu dan dampak sangat besar, oleh karena baru pada tahun 2010 para ahli berhasil meluruskan fakta yang sebenarnya.

## Pria Hamil

Pada tahun 2009, sebuah situs bernama malepregnancy.com melaporkan kasus dari Lee Ming Wei. Situs tersebut melaporkan Ming Wei merupakan pria pertama yang berhasil hamil. Data-data dari kehamilannya bahkan ditampilkan secara lengkap, mulai dari foto-foto, pengukuran tekanan darah, ultrasonografi, elektrokardiografi dan pemeriksaan laboratorium, sehingga terkesan akurat. Banyak orang terkecoh, bahkan setelah bertahun-tahun situs ini melaporkan kehamilan dan tidak ada berita mengenai persalinan. Sampai hari ini banyak yang masih percaya, bahkan setelah Virgil Wong, artis yang mengakui membuat situs tersebut, menyatakan bahwa ini merupakan bagian dari proyek seninya dan semuanya adalah rekayasa. [ss](#)

# Hati-hati *Extra-Uterine Growth Retardation* pada Bayi Prematur

Ketika menangani bayi yang lahir prematur, hampir selalu masalah yang terutama dihadapi adalah seputar gangguan pernapasan atau sepsis. Kedua masalah ini hampir selalu menjadi tantangan terberat untuk segera diatasi bayi yang prematur. Akan tetapi ternyata ada masalah yang tak kalah penting yang kerap justru terlupakan, yaitu masalah pertumbuhan dan perkembangan bayi. Hal ini disampaikan **Dr. dr. Rinawati Rohsiswatmo, Sp.A(K)** dalam “6<sup>th</sup> PICU NICU Update”, bulan April 2014 lalu.

“Kerap kali menangani bayi prematur, kita terlalu terfokus pada masalah respiratorik dan sepsis. Memang ini menentukan apakah bayi akan selamat atau tidak. Kita tidak boleh berpikir sebatas masalah selamat saja, tetapi kualitas hidup bayi selanjutnya juga perlu dipikirkan sungguh-sungguh,” tegas DR.Rinawati. Bayi prematur harus diberikan lingkungan yang semirip mungkin saat dalam kandungan, sehingga pertumbuhan dan perkembangan otak berjalan maksimal.

Bila tidak, maka bayi akan tumbuh dengan segala kekurangan pada kemampuan otaknya. Dengan pemikiran ini, dokter yang menangani harus memaksimalkan pemberian tata laksana sebaik mungkin, termasuk dalam hal penyediaan nutrisi yang diperlukan bayi untuk tumbuh.

Pemberian nutrisi yang dimaksud di sini mencakup glukosa, asam amino, lipid, elektrolit, dan mineral sehingga terpenuhi semua unsur nutrisi yang dibutuhkan untuk tumbuh dan berkembang. Perhitungan pemenuhan jumlah kalori dan nutrisi ini harus dilakukan secara teliti dan cermat setiap harinya, dan dipantau secara ketat. “Jadi janganlah sekali-kali kita memberikan terapi cairan dan nutrisi pada bayi prematur tanpa perhitungan yang cermat!” tegas DR.Rinawati lagi. Ditambahkan pula oleh beliau, untuk melakukan pemantauan pertumbuhan dengan kurva pertumbuhan bayi prematur yang biasa dikenal dengan nama Kurva Fenton. [MD](#)



## Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi *Helicobacter pylori*

Dengan terbitnya "Konsensus Nasional: Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi *Helicobacter pylori*" tahun 2014 yang disusun oleh Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI) dan Kelompok Studi *Helicobacter pylori*

Indonesia (KSHPI), redaksi Tabloid MD berkesempatan melakukan wawancara dengan Dr. dr. Ari Fahrial Syam, MMB, Sp.PD-KGEH, FINASIM, FACP selaku Ketua Penyusunan Konsensus tersebut.

**T:** Dok, sebenarnya apa tujuan utama pembuatan buku konsensus ini? Dan target utamanya ditujukan untuk siapa?

**J:** Membuat sesuatu konsensus merupakan salah satu tugas

perkumpulan pakar gastrointestinal dengan membahas mengenai berbagai macam penyakit gastrointestinal. Buku Konsensus Nasional yang disusun oleh para pakar gastroenterologi di Indonesia ini dibuat untuk mencapai kesepakatan saat melakukan tindakan



terhadap pasien, karena *guideline* yang sudah ada atau yang dibuat di luar negeri belum tentu sesuai dengan fasilitas dan kasus yang ada di Indonesia. Jadi konsensus ini bisa digunakan sebagai tata laksana terhadap pasien dengan dispepsia dan infeksi *Helicobacter pylori*.

Panduan dalam konsensus ini dibuat untuk pelayanan primer, sekunder dan tersier mengingat pasien dapat langsung berobat ke tiga tingkat pelayanan tersebut. Namun perlu diingat, perlu disesuaikan dengan fasilitas dan alat pemeriksaan yang ada.

**T:** Apakah selama ini, tata laksana yang telah dilakukan terhadap dispepsia masih kurang tepat?

**J:** Bukan kurang tepat. Tetapi untuk mencegah ketidaktepatan saat memberikan terapi pada pasien dengan dispepsia, dokter harus mengikuti perkembangan terkini seputar keilmuan dan data-data masalah/penyakit yang nyata terutama di Indonesia, seiring dengan perkembangan penyakit yang berjalan terus, dan perubahan gaya hidup dalam masyarakat. Bila dokter masih menggunakan pola panduan yang lama, maka kemungkinan dapat menimbulkan penanganan yang tidak tepat. Itu sebabnya, Konsensus Nasional 2014 ini dapat menjadi tolok ukur terapi yang dapat digunakan para dokter dalam penanganan penyakit gastrointestinal, terutama dispepsia.

**T:** Bagaimana epidemiologi dispepsia di Indonesia?

**J:** Dispepsia biasanya dikaitkan dengan gaya hidup, salah satunya adalah pola makan, misalnya mengonsumsi daging merah berlebihan, tinggi garam, kurangnya asupan ikan yang semuanya menyebabkan akumulasi asam lambung. Belum lagi kehidupan sekarang memiliki kompetisi yang tinggi, yang semuanya dapat memicu timbulnya stres. Saya yakin, kejadian penyakit ini dapat meningkat begitu pula dengan GERD.

**REDACID**  
Bioactive Fraction DLBS2411

**Triple Action of Anti - Ulcer Agent**

- ↳ Proton pump down regulator 1,2
- ↳ Proton pump inhibitor 1,2
- ↳ Gastroprotector 1,2

Reducing Acid and Giving Gastric Protection

**Referensi :**

1. REDACID. Package insert. PT Dexa Medica
2. Tjandrawinata, et al. 2013. Data's on file. DLBS

HANYA UNTUK PROFESI KESEHATAN

**Dexamedica**  
Expertise for the Promotion of Health



**T:** Kapan pasien dapat diterapi oleh dokter umum atau ke spesialis?  
**J:** Pasien bisa berobat ke layanan primer dan layanan sekunder. Bila sudah ditangani selama dua minggu dan tidak ada perubahan, disertai dengan tanda alarm misalnya muntah, sulit makan dan buang air besar hitam, menjadi alasan untuk dirujuk. Itu sebabnya *guideline* ini dibuat untuk dokter di Indonesia,

namun perlu disesuaikan dengan situasi dan kondisi pasien.

**T:** Bagaimana dengan pelayanan endoskopi di Indonesia?

**J:** Di Indonesia sudah banyak pusat-pusat pemeriksaan yang dilengkapi dengan endoskopi. Namun masalahnya adalah pemerataannya masih kurang. Tidak semua kabupaten memiliki endoskopi. Di Papua, contohnya, hanya ada satu, dibandingkan dengan di Jakarta yang hampir semuanya sudah memiliki endoskopi. Dalam konsensus ini, dirancang kesepakatan tanpa mengurangi standar diagnosis yang disesuaikan dengan situasi kondisi.

**T:** Dalam konsensus disinggung tentang strategi 'test and treat'. Seperti apakah itu?

**J:** Mengingat prevalensi infeksi Hp yang tinggi, maka strategi "Test and treat" ini dilakukan pada pasien dispepsia (tanpa komplikasi),

pasien dengan riwayat ulkus gaster, pasien dengan terapi OAINS dan anemia defisiensi besi, karena bila tidak ditangani dengan tepat, infeksi ini dapat memicu timbulnya kanker lambung. Strategi ini juga merupakan upaya memastikan/menegakkan diagnosa dan ada prosedur tertentu sebelum dilakukan endoskopi/terapi.

**T:** Dalam konsensus, tercantum obat baru yaitu DLBS, bisa dijelaskan?

**J:** DLBS ini merupakan obat yang baru dengan cara kerjanya telah dibuktikan dengan penelitian in vivo dan in vitro. Obat ini memiliki efek anti asam yang cukup kuat sehingga dapat menghambat pompa proton penghasil asam. Obat ini sudah diujicoba pada orang-orang normal di RSCM dan terbukti efektif meningkatkan pH. Efek samping dikatakan sangat minimal dan dianggap tidak signifikan dibandingkan dengan plasebo.

**T:** Obat ini nantinya akan termasuk ke dalam OTC atau *ethical*, mengingat didapat dari ekstrak kayumanis/cinnamon?

**J:** Tetap *ethical* atau harus dengan resep dokter.

**T:** Bagaimana masa depan obat baru ini?

**J:** Masa depan obat ini bagus, dilihat dari uji yang sudah dilakukan di RSCM pada kasus asam lambung. Dengan meningkatkan pH lambung maka obat ini nantinya dapat digunakan pada ulkus peptikum, GERD, dan penyakit maag yang lain. Jangan lupa, pola hidup sekarang ini cenderung dapat meningkatkan prevalensi penyakit ini. Jadi obat ini memiliki harapan yang baik pada penyakit gastrointestinal. Dan kami sedang mempersiapkan penelitian obat ini pada orang sakit dan sekali lagi, kami harapkan, hasilnya juga efektif. HA

# Hidup Sehat untuk Si Super Sibuk

Istirahat yang cukup, pilih makanan yang sehat dan seimbang, rajin-rajinalah berolahraga, dan jaga pikiran yang damai sejahtera. Itu adalah nasihat-nasihat yang sering kita berikan kepada pasien-pasien kita, namun seringkali kitalah juga yang melanggarnya. Jadwal super sibuk, pasien banyak dan rumit, serta segudang alasan lain sering menjadi penghambat dalam melakukan hal di atas. Jangan khawatir, perkembangan teknologi telepon pintar (*smartphone*) bisa membantu kita menerapkan nasihat-nasihat tersebut dan pada edisi ini tabloid MD akan mengulasnya untuk seawat.

## Istirahat cukup



Istirahat berkualitas adalah dambaan para petugas kesehatan di dunia modern ini, jadwal padat, rotasi jaga malam dan *on-call* membuat tidur cukup semakin langka. *Sleepbot* (Android, iOS) dapat membantu menganalisa pola tidur dan membantu anda untuk merencanakan kualitas tidur yang lebih baik, mulai dari saran mengenai makanan sampai ke olahraga yang bermanfaat.

## Makanan sehat dan seimbang



Waktu dan jenis makanan yang baik sulit untuk didapatkan bagi para petugas kesehatan saat ini. Jadwal yang padat dan tidak adanya dukungan dari instansi kesehatan tempat kita bekerja membuat sulit bagi kita untuk "menjaga" makan. *Weight Watchers Mobile* (Android, iOS) dapat membantu anda untuk melacak konsumsi kalori dengan gudang data makanannya yang luas. Anda bahkan dapat memindai *barcode* dan memeriksa menu

makanan di rumah makan favorit anda untuk mendapatkan info lengkap mengenai kandungan nutrisi setiap porsi yang anda pilih.

## Rajin berolahraga



Serupa dengan dua hal di atas, para petugas kesehatan seringkali sulit untuk melakukan olahraga rutin, meskipun kita sendirilah yang sebenarnya paling membutuhkan manfaat darinya. Stress, pola makan yang buruk, istirahat yang kurang sedikit banyak dapat diseimbangkan dengan olahraga yang berkualitas. *Hot5* (Android, iOS) merupakan pilihan tepat bagi si super sibuk, aplikasi ini menyediakan pilihan latihan singkat 5 menit mulai dari yoga, fleksibilitas sampai latihan beban yang mudah untuk diikuti karena hanya terdiri dari 5 gerakan. Tidak ada alasan lagi untuk tidak berolahraga bukan.

## Pikiran yang damai



Menjaga pola pikir yang damai dan bebas kerumitan, di tengah segala persoalan klinis, merupakan hal yang cukup menantang untuk dilakukan. Namun demikian, studi-studi yang ada telah menunjukkan bahwa pikiran yang damai dapat membantu meningkatkan efisiensi dan kreativitas kita dalam mengatasi masalah. *Daily yoga* (Android, iOS) memberikan panduan lengkap mulai dari meditasi, latihan pernapasan, yoga untuk kelenturan, sampai membentuk badan anda. Semua dapat dilakukan melalui panduan video yang mudah dan menarik, sehingga setiap hari anda dapat mengawali dan mengakhiri hari dengan kedamaian. ss



# Malaria Serebral Kini Bukan Hanya Plasmodium Falciparum

dr. Steven Sihombing

Malaria masih merupakan penyakit endemis pada negara-negara tropis di dunia, termasuk Indonesia, di mana dari 33 provinsi 15 diantaranya mempunyai prevalensi malaria di atas angka nasional (sebagian besar di wilayah Indonesia Timur, Risesdas 2013). Selain prevalensi yang tinggi, kasus malaria juga perlu mendapat perhatian dikarenakan dapat menjadi berat dalam perjalanannya. Salah satu manifestasi malaria berat yang banyak ditemui adalah malaria serebral, yakni adanya parasitemia *Plasmodium falciparum* disertai koma menetap setidaknya selama 1 jam setelah terjadinya kejang atau koreksi hipoglikemia, tanpa penyebab ensefalopati lainnya (WHO).

Walaupun definisi menyebutkan *Plasmodium falciparum* sebagai penyebab, belakangan ini banyak ditemukan kasus malaria serebral yang bukan disebabkan oleh *Plasmodium falciparum*. Sarkar dan Bhattacharya (tahun 2008) melaporkan kasus malaria dengan kejang disertai gejala meningoensefalitis difus yang sediaan darah tepinya menunjukkan trophozoit *Plasmodium vivax*. Tes antigen juga menunjukkan hasil positif terhadap *Plasmodium vivax* dan negatif terhadap *Plasmodium falciparum*. Tanwar dkk juga melaporkan adanya kasus malaria serebral dan disfungsi multi organ yang diakibatkan oleh infeksi tunggal *Plasmodium vivax* pada anak-anak di Bikaner, India.

Munculnya kasus malaria serebral yang disebabkan *Plasmodium vivax* menghasilkan hipotesis baru terkait patogenesis terjadinya kelainan tersebut. Hipotesis lama yang banyak digunakan adalah hipotesis mekanik dan hipotesis inflamasi. Hipotesis

mekanik menekankan peran sekuestisasi dan pembentukan rosette pada otak, yang menyebabkan obstruksi pembuluh darah kapiler, anoksia jaringan serta penurunan bersih sisa-sisa metabolisme yang akan menyebabkan koma.

Hipotesis inflamasi menekankan proses lisis sel darah merah yang terinfeksi oleh *Plasmodium falciparum* melepaskan toksin parasit dan molekul intraseluler pejamu ke dalam sirkulasi, sehingga menginduksi respon inflamasi sistemik yang mengakibatkan koagulopati, disfungsi sel endotel otak, akumulasi leukosit pada mikrosirkulasi jaringan otak, kebocoran sawar darah otak, vasokonstriksi serta edema serebral. Perubahan-perubahan patologis ini akan mengaktifkan mikroglia dan merusak astrosit serta neuron yang akhirnya menyebabkan koma.

Kedua hipotesis lama di atas dinilai masih memiliki kekurangan, terlebih setelah ditemukannya *Plasmodium vivax* yang belum diketahui pasti apakah mampu menyebabkan sekuestisasi dan pembentukan rosette pada jaringan otak. Martins dan Ribeiro (tahun 2013) mengemukakan hipotesis baru terkait patogenesis malaria serebral yaitu adanya gagal hati akut dan kerusakan sawar darah otak, sebagai kondisi yang mutlak dan cukup untuk menyebabkan malaria serebral. Pelepasan mediator-mediator pro-inflamasi dan stres oksidatif akibat hemolisis menyebabkan terjadinya kerusakan hati dan mengganggu fungsi detoksifikasi. Gangguan ini menyebabkan amonia berakumulasi di otak bersama dengan glutamin, sebagai hasil produk detoksifikasi amonia, yang akhirnya menyebabkan edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial, herniasi parenkim otak dan koma. Terjadinya kerusakan sawar darah otak pada malaria



serebral disebabkan oleh proses inflamasi, namun berbeda dengan hipotesis inflamasi, Martins dan Ribeiro menegaskan bahwa kerusakan sawar darah otak saja tidak cukup untuk menyebabkan terjadinya malaria serebral. Tetapi kerusakan sawar darah otak akan memfasilitasi difusi dan penetrasi amonia serta toksin lainnya ke dalam parenkim otak akibat kegagalan hati, sehingga menyebabkan munculnya tanda dan gejala neurologis.

Walaupun *Plasmodium vivax* saat ini dianggap mampu menyebabkan malaria serebral seperti pada *Plasmodium falciparum*, rekomendasi penanganan awal untuk kasus malaria serebral tidaklah berubah. Pilihan utama tetap menggunakan derivat artemisinin parenteral, baik artesunat intravena, intramuskuler ataupun artemeter intramuskuler, namun ketika pasien sudah dapat diberikan obat per oral pada infeksi *Plasmodium vivax* diberikan ACT (*Artemisinin Combination Therapy*) selama 3 hari dilanjutkan primakuin

tunggal selama 14 hari dalam dosis yang lebih kecil (0,25 mg/kgBB). Selama ini pada kasus-kasus malaria serebral akibat *Plasmodium falciparum* diberikan regimen ACT selama 3 hari dan primakuin hanya diberikan pada hari pertama

Ditemukannya fakta *Plasmodium falciparum* bukanlah satu-satunya penyebab malaria berat hendaknya membuat kita untuk selalu melakukan pemeriksaan sediaan darah tepi pada pasien terduga malaria untuk melihat jenis plasmodium yang menjadi penyebab infeksi. Selain itu jangan memandang sebelah mata kasus malaria yang disebabkan *Plasmodium vivax* dikarenakan infeksi ini ternyata juga mempunyai potensi untuk menjadi berat. MD

1. Sarkar S, dkk. *Indian J Crit Care Med.* 2008; 12(4): 204-205.
2. Idro R, dkk. *Pediatr Res.* 2010; 78(4): 267-274.
3. Martins YC, dkk. *Medical Hypotheses* 2013; 81: 777-783

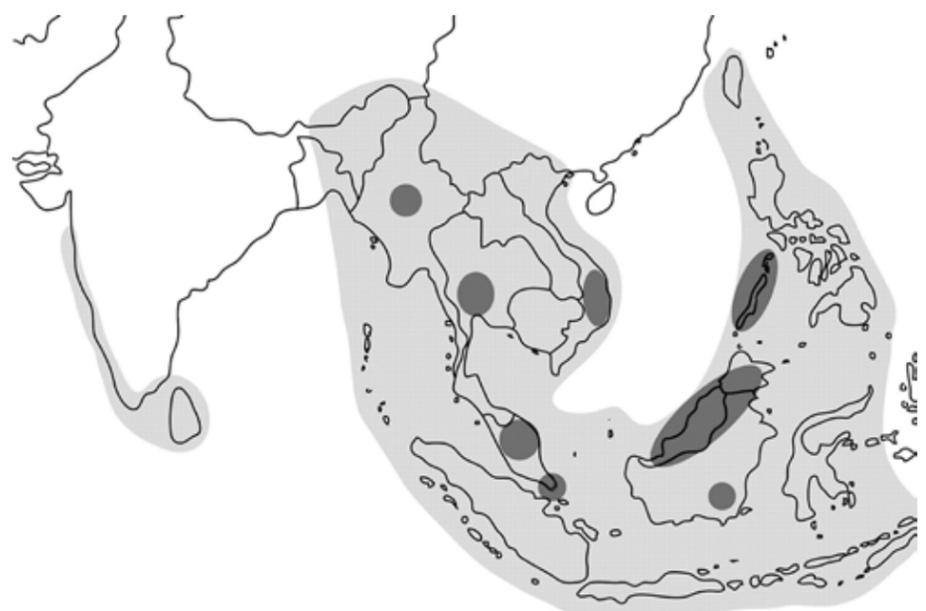
## *Plasmodium Knowlesi* ditemukan pada Pekerja Hutan Kalimantan

Kerusakan hutan besar-besaran di Kalimantan akibat penebangan liar, membawa dampak tidak hanya pada kelestarian lingkungan namun juga masalah kesehatan baru. Malaria, yang selama ini diketahui disebabkan oleh 4 tipe *Plasmodium* (*falciparum*, *vivax*, *ovale* dan *malariae*), kini dapat juga disebabkan oleh *Plasmodium knowlesi*. Plasmodium jenis baru ini ditemukan menginfeksi para pekerja hutan di Kalimantan Tengah pada akhir 2013 dan dikhawatirkan dapat menyebar ke daerah-daerah lain di Indonesia juga Asia Tenggara. Ini disebabkan oleh karena vektor dari malaria jenis ini adalah nyamuk *Anopheles*, yang tersebar secara endemis di seluruh wilayah ini, sehingga kendali vektor sulit untuk dilakukan.

*Plasmodium knowlesi* diketahui berkembang biak di ekor kera Kalimantan, sehingga para ahli mengkhawatirkan malaria jenis ini bisa juga membawa patogen-patogen lainnya dan mempersulit tatalaksana. Selain itu, plasmodium jenis ini diketahui tidak sepenuhnya sensitif terhadap antimalaria yang tersedia saat ini. Terapi dengan basis artemisinin (*Artemisinin Combination Therapy/ACT*) meskipun efektif tetapi tidak menghasilkan tingkat kesembuhan 100 persen, sehingga dikhawatirkan mutasi-mutasi menjadi galur resisten cukup tinggi.

“...Penyakit malaria yang selama ini disebabkan *P.falciparum*, *P.vivax*, *P.ovale*, dan *P.malariae*, kini dapat juga disebabkan oleh *Plasmodium knowlesi*...”

Malaria yang disebabkan oleh *Plasmodium knowlesi* selain tidak sepenuhnya sensitif terhadap terapi ACT, juga membawa bahaya lain. Sama seperti *Plasmodium vivax* yang kini diketahui mampu menyebabkan terjadinya malaria berat, demikian pula plasmodium ini. Komplikasi malaria berat seperti malaria serebral, gangguan ginjal, hipoglikemia dan gagal pernapasan terjadi pada laju yang cukup tinggi pada penderita yang terinfeksi *Plasmodium knowlesi*. Spinello Antinori seorang peneliti dari Universitas Degli Studi Milan, Italia, menemukan bahwa plasmodium ini mempunyai potensi menyebabkan 6-9% kasus



Sebaran kasus *P. knowlesi* di Asia Tenggara. Sumber *Clin Infect Dis* June 1, 2011 vol. 52 no. 11 1356-1362

malaria berat dengan laju mortalitas 3%.

Semakin tingginya angka resistensi dan banyaknya kejadian malaria berat membuat kita sebagai klinisi harus lebih memperhatikan setiap kasus malaria dengan lebih hati-hati. Perhatikan selalu tanda-tanda akan terjadinya malaria berat, seperti indeks parasitemia yang

tinggi, demam yang muncul tidak teratur, kondisi pasien yang terlihat berat, gangguan kesadaran, hipoglikemia dan peningkatan bilirubin. Apabila kita menemukan kasus-kasus seperti di atas, segera rujuk pasien tersebut ke pusat layanan yang mampu memberikan terapi intensif untuk malaria. ss

# Sekilas Kedokteran Kerja

**dr. Sugih Firman, M.KK**  
Occupational Health Doctor  
International SOS/BHP Billiton-  
Indomet Coal Project

Jika merujuk pada model segitiga epidemiologi (*host-agent-environment triangle*), maka suatu penyakit memerlukan *host* (inang) yang rentan, *agent* dan lingkungan yang mendukung untuk dapat menyebar. Namun, sejalan dengan majunya dunia kedokteran, ternyata model ini juga dapat diterapkan pada penyakit tidak menular, semisal penyakit akibat kerja yang dapat terjadi jika ada bahan-bahan berbahaya / *agent* di tempat kerja (bahaya kimiawi, biologi, fisik, ergonomik, atau psikososial), inang yang rentan (pekerja yang tidak terlindungi secara adekuat) dan lingkungan kerja yang berbahaya (tidak tersupervisi dengan baik, perilaku aman yang tidak adekuat, dan sebagainya). Oleh karena itu, untuk penanganan penyakit akibat kerja, memerlukan intervensi tidak hanya pada keluhan klinisnya saja, namun juga hingga jauh ke belakang, ke masalah yang melatar belakangnya.

Saat ini ada suatu bidang ilmu kedokteran yang mempelajari tentang gangguan-gangguan kesehatan yang berpotensi timbul pada kalangan pekerja, yaitu Kedokteran Kerja (*Occupational Medicine*). Kedokteran kerja adalah suatu cabang dari ilmu kedokteran yang berkonsentrasi di dalam bidang kesehatan kerja. Kedokteran kerja menitikberatkan standar tertinggi dari keselamatan dan kesehatan yang dapat dicapai atau dipertahankan di suatu tempat kerja.

Kedokteran kerja melakukan intervensi kesehatan yang ditujukan kepada para pekerja dan lingkungan kerjanya, yang bersifat pencegahan primer (promosi kesehatan, perlindungan spesifik), sekunder (deteksi dini dan pengobatan yang tepat), dan tersier (pembatasan kecacatan, rehabilitasi, pencegahan kematian dini). Karena itu, maka seorang ahli kedokteran kerja sepatutnya memiliki pengetahuan yang luas mengenai pengobatan klinis dan memiliki kompetensi di sejumlah pengetahuan penting yang berkaitan. Dokter okupasi mengaplikasikan pengetahuan medisnya sekaligus pengetahuan mengenai bahaya di tempat kerja untuk penegakan diagnosis medis. Beberapa dokter okupasi bekerja pada populasi yang spesifik, seperti pada pekerja tambang batubara, pekerja industri otomotif, dan sebagainya.

Subyek utama dalam kedokteran kerja adalah para pekerja. Seluruh kegiatan intervensi kesehatan ditujukan untuk memajukan status kesehatan para pekerja. Kedokteran

kerja melakukan identifikasi dan penilaian tentang berbagai risiko dan potensi bahaya di tempat kerja, dan menerapkan upaya pencegahan penyakit dan cedera, serta meningkatkan kesehatan populasi pekerja. Dokter okupasi melakukan usaha-usaha agar pekerja dapat bekerja dengan selamat dan sehat. Lebih jauh dari pada itu, dokter okupasi melakukan surveilans kesehatan melalui skrining / pemeriksaan kesehatan. Pemeriksaan yang dilakukan tidak hanya pemeriksaan kesehatan berkala (*periodic medical check-up*), namun juga pemeriksaan kesehatan sebelum mulai perekrutan (*pre-employment medical check-up*) dan pemeriksaan kesehatan saat berhenti bekerja (*exit medical check-up*). Untuk penatalaksanaan kasus yang ditengarai akibat kerja, dokter okupasi akan menegakan diagnosis penyakit akibat kerja dengan metode tertentu yang dikenal dengan tujuh langkah diagnosis penyakit akibat kerja. Dalam proses penegakan diagnosis penyakit akibat kerja, tidak tertutup kemungkinan jika dokter okupasi akan bekerjasama dengan dokter spesialis lainnya.

Dalam bekerja, sebagian besar waktu dokter okupasi dialokasikan untuk dapat membuat program-program kesehatan kerja yang dapat menekan timbulnya masalah kesehatan. Program ini akan berkiblat pada semua bahaya yang diidentifikasi di tempat kerja. Prioritas program yang akan dibuat disesuaikan dengan besarnya risiko yang dapat ditimbulkan oleh bahaya yang teridentifikasi tersebut. Dokter okupasi akan mengunjungi tempat kerja untuk melakukan suatu *walk through survey* untuk dapat mengidentifikasi dan menganalisis risiko yang dihadapi pekerja. Kendati demikian, kegiatan ini dapat didahului dengan suatu analisis secara *desktop* saja. Selain mengidentifikasi bahaya di tempat kerja, dokter okupasi juga akan menganalisis bahaya tersebut, baik dari dosis yang diterima, lama paparan, dan sebagainya untuk mempertimbangkan efek dari stress dan kelelahan terhadap status kesehatan pekerja. Pertemuan dengan pekerja yang terjadwal dengan baik akan memudahkan dokter okupasi dalam memonitor perubahan pada kondisi kesehatan pekerja dan menentukan cara terbaik untuk mencegah timbulnya penyakit maupun cedera akibat kerja.

Jika seluruh program berjalan dengan baik dan ketaatan (*compliance*) dari pekerja terhadap program kerja dapat dijaga, diharapkan tidak akan ada penyakit atau cedera akibat kerja yang terjadi dan pada akhirnya pekerja dapat berkontribusi terhadap kemajuan perusahaan karena produktivitas pekerja meningkat. MD



# KONIKA XVI

## KONGRES ILMU KESEHATAN ANAK KE-16

# 16<sup>th</sup> INDONESIAN CONGRESS OF PEDIATRICS

Towards Global Equalities in Sustainable MDG's Achievements Through Comprehensive Health Care, for All Indonesian Children

2<sup>nd</sup>

ANNOUNCEMENT

Aryadutha and the Arista Hotels  
August 24 – 28, 2014

Sekretariat : Jl. Jend. Sudirman km. 3,5 Palembang, South Sumatra  
Telp. 0711 - 3004616, Fax. 0711 - 376445  
Email : idai.palembang@yahoo.co.id

# Management of Obesity

Prevalensi obesitas saat ini semakin meningkat baik di negara maju maupun di negara berkembang. Obesitas pada anak dan dewasa menjadi sebuah masalah besar karena berkaitan dengan peningkatan risiko terjadinya beberapa penyakit seperti diabetes melitus tipe 2, hipertensi, penyakit kardiovaskular, hiperlipidemia, arthritis, beberapa jenis kanker, dan secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup dan mengurangi angka harapan hidup.

Dalam salah satu sesi acara Kursus Penyegar dan Penambah Ilmu Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (KPPIK) yang diadakan pada tanggal 1 Juni 2014 di Jakarta, **Dr.dr. Fiastuti Witjaksono, MSc, MS, Sp.GK(K), Dr.dr. Aryono Hendarto, Sp.A(K)** dan **Dr.dr. Tirza Z. Tamin, Sp.KFR(K)** membahas secara komprehensif mengenai diagnosis dan tata laksana obesitas pada anak dan dewasa.

Obesitas terjadi akibat dari nilai positif dari keseimbangan energi yang disebabkan asupan kalori lebih besar dibandingkan dengan kebutuhan energi dalam jangka panjang serta gaya hidup yang sedentary. Kelebihan kalori menyebabkan terjadinya deposit lemak di seluruh tubuh. Untuk mendiagnosis obesitas pada orang dewasa, Indonesia menggunakan indeks massa tubuh (IMT) kriteria WHO untuk Asia-Pasifik. Berbeda dengan orang dewasa, pengukuran IMT pada anak menggunakan kurva menurut usia dan jenis kelamin. Jika IMT berdasarkan usia dan jenis kelamin  $\geq$  persentil 95 disebut obesitas, sedangkan jika IMT berdasarkan usia dan jenis kelamin  $\geq$  persentil 85 disebut berat badan berlebih.

Tata laksana obesitas antara lain: 1) perubahan gaya hidup yang meliputi diet, aktivitas fisik dan modifikasi perilaku, 2) farmakoterapi dan 3) tindakan bedah. Kombinasi diet rendah kalori dan aktivitas fisik sangat direkomendasikan untuk mendapatkan penurunan berat badan yang stabil dalam jangka panjang yang kemudian juga dapat mengurangi lemak abdominal dan meningkatkan *cardiorespiratory fitness*.

Tata laksana obesitas pada anak juga tidak jauh berbeda dibandingkan pada orang dewasa yaitu: diet, aktivitas fisik, perubahan cara makan, farmakoterapi dan tindakan bedah; bedanya pada anak hanya lebih ditekankan pencegahan terjadinya obesitas. Selain itu perbedaan yang lain adalah pada anak diet yang dianjurkan adalah diet seimbang/*balanced diet* karena anak masih dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan, terutama pada anak usia 0-2 tahun merupakan periode penting untuk perkembangan otak yang memerlukan makronutrien dan mikronutrien yang cukup.

Beberapa di dunia penelitian menunjukkan bahwa asupan minuman

dengan pemanis tambahan (*sugar sweetened beverages/SSB*) dapat meningkatkan terjadinya obesitas. Selain asupan makanan tinggi kalori yang semakin bertambah, dari berbagai penelitian yang dilakukan, asupan SSB juga sangat berperan dalam terjadinya obesitas. Penelitian yang dilakukan oleh Muckelbauer dkk tahun 2012, menunjukkan bahwa edukasi pada anak untuk mengganti konsumsi SSB dengan air putih dapat mencegah terjadinya obesitas. Penelitian lain yang dilakukan Vij tahun 2013 selama 8 minggu pada 50 remaja perempuan dengan berat badan berlebih, menunjukkan bahwa pemberian 500mL air putih 30 menit sebelum makan dapat menurunkan berat badan. Hal ini disebabkan efek termogenesis air putih yang dapat meningkatkan pembakaran kalori dan juga air putih dapat menurunkan selera makan.

Selain diet, dalam tata laksana obesitas juga diperlukan aktivitas fisik karena peningkatan massa otot akan meningkatkan *basal metabolic rate* (BMR). Sebelum menentukan aktivitas fisik yang tepat pertama harus dilakukan *assessment* dengan mengetahui antara lain ras/etnis, riwayat obesitas dalam keluarga, gaya hidup pasien sehari-hari (diet dan aktivitas fisik sehari-hari), penyakit komorbid yang ada, riwayat menjalani program penurunan berat badan

penggunaan sepatu untuk mencegah terjadi ulkus diabetikum. Untuk pasien hipertensi, jangan melakukan aktivitas fisik jika tekanan sistolik saat istirahat  $>200$  mmHg dan diastolik saat istirahat  $>110$  mmHg. Untuk pasien dengan osteoarthritis, jangan melakukan aktivitas fisik jika pasien dalam fase akut.

Sementara aktivitas fisik untuk tata laksana obesitas pada anak harus



... pemberian air putih 30 menit sebelum makan dapat menurunkan berat badan karena efek termogenesis yang meningkatkan pembakaran kalori dan juga air putih dapat menurunkan selera makan...."



sebelumnya, motivasi dan harapan pasien. Setelah itu, perlu dilakukan penilaian tingkat aktivitas fisik pasien dengan menggunakan *heart rate*, pedometer, accelerometer, kuesioner, dan juga pengukuran BMR pasien.

Penanganan obesitas adalah dengan pendekatan motivasi kepada pasien. Aktivitas fisik yang dianjurkan disesuaikan dengan masing-masing individu. Pasien yang *sedentary* dapat dimulai dengan aktivitas *cardiovascular training* seperti jalan kaki 8.000 langkah/hari, dimulai dengan 10-15 menit per hari dan ditambah 5 menit setiap minggu. Target lama aktivitas untuk menurunkan berat badan adalah 300 menit/minggu dan untuk menurunkan risiko komorbid adalah 150 menit/minggu.

Ada beberapa hal yang harus diperhatikan untuk aktivitas fisik pada pasien obesitas dengan penyakit komorbid, misal untuk pasien DM perlu dilakukan monitor gula darah sebelum dan setelah aktivitas fisik,

memperhatikan tingkat perkembangan motorik anak, kapasitas fisik dan usia. Berbeda dengan aktivitas fisik pada orang dewasa, pada anak harus dibuat kondisi yang menyenangkan/*play therapy*.

Asupan air yang cukup sebelum, saat dan setelah aktivitas fisik harus diperhatikan untuk mencegah terjadinya dehidrasi. Minuman yang dianjurkan selama melakukan aktivitas fisik untuk pasien obesitas ini adalah air mineral. Untuk mengukur tingkat hidrasi, pasien dapat melakukan pemeriksaan urin sendiri (PURI) dan juga dianjurkan untuk menimbang berat badan sebelum dan setelah melakukan aktivitas fisik.

Penurunan berat badan yang baik adalah 0,5-1 kg per minggu atau 2-4 kg per bulan. Obesitas merupakan penyakit kronik, oleh karena itu diperlukan terapi rumatan (*maintenance therapy*) untuk dapat mempertahankan penurunan berat badan yang telah tercapai. ET



# Kopi dan Penyakit Hati: Apakah Konsumsi Kopi Harus Dihentikan?

**K**opi merupakan salah satu minuman yang paling banyak digemari di dunia, termasuk di Indonesia. Namun demikian, terdapat kontroversi seputar konsumsi kopi terkait kesehatan seperti peranan kopi dalam penyakit ataupun gangguan fungsi hati. Apabila seseorang terdiagnosa menderita penyakit atau gangguan fungsi hati, seringkali dokter menyarankannya untuk menghentikan konsumsi kopi. Apakah konsumsi kopi memang harus dihindari pada pasien-pasien dengan gangguan tersebut?

Faktanya, studi-studi terbaru banyak menunjukkan manfaat konsumsi kopi pada pasien-pasien dengan penyakit ataupun gangguan fungsi hati. Hal ini terutama diduga karena kafein dalam kopi yang merupakan antagonis reseptor adenosin, secara selektif mengurangi terjadinya fibrosis akibat kerusakan hati. Kafein menghasilkan efek tersebut dengan menghambat aktivasi sel stelata serta sekresi kolagen dan faktor pertumbuhan jaringan penyambung. Selain itu kopi juga mengandung zat-zat lain seperti golongan diterpenes (*cafestol dan kahweol*) yang mampu menginduksi aktivitas enzim fase II, meningkatkan kadar glutathion hati serta mengurangi toksisitas berbagai macam karsinogen.

Gamma-glutamyl transferase (GGT) merupakan salah satu

penanda diagnostik penyakit atau gangguan fungsi hati. Kadarnya yang tinggi di dalam serum juga ditemukan pada penyakit kandung empedu, pankreas dan peminum alkohol berat. Pada tahun 1998, Tanaka dkk menunjukkan peranan konsumsi kopi dalam menurunkan aktivitas enzim GGT yang signifikan pada pria Jepang, terutama mereka yang tergolong peminum alkohol berat ( $p < 0.0001$ ). Studi ini menunjukkan banyaknya kopi yang dikonsumsi (3-4 cangkir hingga >5 cangkir per hari) memiliki korelasi yang positif dengan tingkat penurunan aktivitas enzim GGT. Selain itu studi ini juga menunjukkan korelasi positif terhadap penurunan kadar AST dan ALT serum.

Studi mengenai manfaat kopi terhadap penyakit hati terkait alkohol (*alcoholic liver disease*) juga semakin diperkuat oleh Stroffolini dkk, yang menunjukkan bahwa konsumsi kopi lebih dari 2 cangkir per hari lebih signifikan dalam menurunkan risiko sirosis dibandingkan dengan konsumsi kopi 0-2 cangkir per hari. Namun demikian, tidak hanya pada penyakit hati terkait alkohol, kopi juga memiliki peranan terhadap kasus-kasus *Non Alcoholic Fatty Liver Disease* (NAFLD) dan *Non Alcoholic Steato Hepatitis* (NASH) di mana konsumsi kopi menurunkan risiko terjadinya fibrosis.

Pada pasien-pasien dengan hepatitis C kronik, konsumsi kopi setiap hari juga terbukti dapat menstabilkan kadar ALT. Studi kohort rumah sakit yang dilakukan oleh Sasaki dkk pada pasien-pasien dengan hepatitis C kronik menemukan bahwa peminum kopi saring mempertahankan kadar ALT normal tiga kali lebih baik dibandingkan kopi dekafeinasi. Pada sebagian pasien-pasien dengan kadar ALT yang tinggi, kopi saring juga dapat menurunkan kadar ALT hingga  $\geq 20$  IU/L pada bulan ke-12. Kopi saring sendiri dibuat dengan menggunakan filter sehingga saat disajikan tidak ada tanah yang ikut masuk ke dalam cangkir, sementara kopi dekafeinasi kadar kafeinnya telah dikurangi hingga seminimal mungkin.

Selain peranannya di dalam mengurangi risiko fibrosis serta menstabilkan aktivitas enzim penanda gangguan fungsi hati, kopi juga dapat mengurangi risiko terjadinya karsinoma hepatoselular (HCC). Meta-analisis oleh Bravi dkk yang dipublikasikan pada tahun 2013 menunjukkan konsumsi kopi hingga 40% dibandingkan dengan mereka yang tidak mengonsumsi kopi. Efek protektif konsumsi kopi terhadap HCC ini juga terlihat signifikan pada pasien-pasien dengan riwayat hepatitis B dan C.

Berdasarkan studi-studi yang



telah disebutkan di atas, terlihat bahwa kopi memiliki manfaat yang positif terhadap penyakit ataupun gangguan fungsi hati. Namun demikian, studi-studi yang ada tidak dengan jelas menyebutkan jenis kopi, cara pengolahan maupun berapa dosis yang tepat untuk mendapatkan manfaat kopi tersebut, walaupun beberapa studi menunjukkan korelasi yang positif antara banyaknya kopi yang dikonsumsi dengan manfaat yang didapat. Oleh karena itu, konsumsi kopi saat ini belum menjadi rekomendasi wajib bagi pasien-pasien dengan penyakit ataupun

gangguan fungsi hati. Akan tetapi, bagi mereka yang memang sudah mengonsumsi kopi sehari-harinya, penyakit atau gangguan fungsi hati bukanlah menjadi alasan untuk menghentikan atau mengurangi konsumsi kopi. **ST**

1. Tanaka K, dkk. *Int J Epidemiol.* 1998;27:438-443
2. Stroffolini T, dkk. *Liver Int.* 2010;30:867-870
3. Molloy JW, dkk. 2012;55:429-436
4. Costentin CE, dkk. *C. J Hepatol.* 2011;54-1123-1129
5. Bravi E, dkk. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2013; 11:1412-1421

## MD FACTS

### Berapa Batas Aman Kafein?

**B**atas aman tergantung sensitivitas, jenis kelamin, usia dan kondisi medis individu. Namun demikian, sebagian besar individu  $\geq 18$  tahun dapat mengonsumsi 300-400 mg kafein per hari dengan aman<sup>1</sup>, dan ini setara dengan:

- 5 shot ( $\pm 45$  ml) **espresso**,
- 10-15 cangkir (26 mg kafein/250 ml) **teh**,
- 1 cangkir **Starbucks** ( $\pm 600$  ml) ukuran venti,
- 3-5 botol **minuman energi** (32 mg kafein/100 ml),
- 10-12 kaleng (350 ml) **Coca Cola**.

1. *Journal of Food Science*, April 2010; 75(3): R77-R87



Harmony of Advanced Medical Sciences, Technology and Best Practices in Gastroenterology and Hepatology

SAVE THE DATE

*Join us in breathtaking Bali*

**22-25 Nov 2014**  
Bali Nusa Dua Convention Centre  
Bali, Indonesia

[www.apdw2014.org](http://www.apdw2014.org)



#### IMPORTANT DATES

- 16 Jun 2014 Early Registration Deadline
- 16 Jun 2014 Abstract Submission Deadline
- 16 Oct 2014 Late Registration Deadline
- 21 Nov 2014 Onsite Registration Begins

For more information about 2014 Asia Pacific Digestive Week, please contact:  
APDW2014 Congress Secretariat  
c/o **The Meeting Lab**  
695E East Coast Road, Singapore 459059  
Tel: +65 6346 4402 Fax: +65 6346 4403  
Email: [Secretariat@apdw2014.org](mailto:Secretariat@apdw2014.org)



Hosted by



Managed by **The Meeting Lab**  
Across Continents. Beyond Conventions.

# Setelah Metformin, Apa Pilihan Obat Anti-Diabetes Berikutnya?

Penggunaan sulfonilurea sebagai terapi lini kedua untuk diabetes tipe 2 sama efektifnya dengan obat-obatan yang lebih baru, namun jauh lebih murah, demikian hasil dari sebuah studi baru yang diterbitkan di jurnal *Diabetes Care* oleh Zhang Yuanhui dkk. dari *University of North Carolina State*.

Para peneliti menjelaskan bahwa saat ini ada 11 golongan anti-diabetes yang disetujui, dengan Metformin sebagai terapi lini pertama oleh karena banyaknya bukti jangka panjang yang menunjukkan efektivitas dan keamanannya. Pada saat metformin sudah tidak mampu mempertahankan kendali glukosa maka anti-diabetik lainnya dapat ditambahkan. Namun demikian sampai saat ini tidak ada konsensus ataupun bukti-bukti yang mampu mendukung secara jelas pemilihan obat-obatan ini.

Selama dekade belakangan, banyak obat anti-diabetik baru bermunculan, sehingga wajah pengobatan diabetes telah berubah secara signifikan. Munculnya obat-obatan seperti inhibitor DPP-4 dan agonis GLP-1 telah menggantikan obat-obatan lama dan meningkatkan biaya



pengobatan diabetes secara signifikan. Namun demikian keuntungan klinis jangka panjang dari perubahan ini masih belum jelas.

Para peneliti di atas mencoba melakukan analisis biaya dibandingkan dengan kualitas hidup dan kendali

diabetes pada lebih dari 37.000 pasien berusia 40 tahun ke atas dengan diabetes tipe 2. Hasilnya menunjukkan bahwa semua regimen pengobatan (sulfonilurea, inhibitor DPP-4, agonis GLP-1 dan insulin) memberikan lama dan kualitas lama hidup yang

serupa, namun regimen sulfonilurea memberikan biaya yang lebih murah dan waktu terpanjang sebelum penggunaan insulin (rerata 1 tahun vs. 0,53-0,62 tahun dibandingkan kedua regimen lain).

Hasil ini memberikan masukan

yang baik untuk pertimbangan dari segi biaya dan kualitas hidup pasien diabetes tipe 2, oleh karena dengan kurangnya bukti mengenai efektivitas jangka panjang terapi baru maka pertimbangan biaya sangat berharga. Namun demikian satu hal patut dipertimbangkan, yakni studi ini tidak menganalisis biaya dan dampak yang ditimbulkan oleh hipoglikemia karena sulfonilurea. Studi tahun 2011 oleh CDC Amerika Serikat menunjukkan bahwa obat anti-diabetes menyebabkan hampir seperempat rawat inap pada pasien usia lanjut. Selain itu studi ADVANCE juga menunjukkan bahwa hipoglikemia terjadi pada lebih dari separuh pasien yang mendapatkan sulfonilurea.

Data-data di atas menunjukkan bahwa sulfonilurea tetap merupakan pilihan yang baik untuk obat lini kedua setelah metformin, terutama oleh karena pertimbangan biaya dan kurangnya bukti jangka panjang efektivitas anti-diabetes generasi terbaru. Namun demikian, penggunaan sulfonilurea tetap harus dilakukan secara hati-hati, di mana edukasi dan pemantauan gejala hipoglikemia merupakan hal yang wajib dilakukan oleh semua dokter yang memberikan obat golongan ini. **ss**

## MD SNAPSHOT

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

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



“Ring of Fire”

oleh Yohanna Kusuma



“Rehat Sejenak”

oleh Reza Cahya

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



# Peran Air dalam Membantu Proses Eliminasi

**Dr. dr. Parlindungan Siregar, Sp.PD-KGH**  
PNI (Perhimpunan Nefrologi Indonesia)

**Dr. dr. Ina S. Timan, Sp.PK**  
PDS PATKLIN (Perhimpunan Dokter Spesialis Patologi Klinik dan Laboratorium Kedokteran Indonesia)

**Dr. dr. Tjahjadi Robert Tedjasaputra, Sp.PD-KGEH, FINASIM**  
PEGI (Perhimpunan Endoskopi Gastrointestinal Indonesia)

**dr. Dian Kusumadewi, M.Gizi**  
PDKI (Perhimpunan Dokter Keluarga Indonesia)

IHWG (Indonesian Hydration Working Group) - FKUI

## Pendahuluan

Selain fungsi air dalam menjaga keseimbangan cairan tubuh, air memiliki banyak fungsi dalam membantu menjaga kesehatan tubuh secara menyeluruh, termasuk dalam proses eliminasi. Proses eliminasi merupakan bagian dari proses pengeluaran zat dari rongga tubuh atau ekskresi pada manusia.<sup>1</sup>

Proses metabolisme dalam tubuh manusia menyebabkan terbentuknya berbagai sisa metabolisme yang tidak diperlukan, termasuk zat racun atau toksin. Kemampuan dalam mengeliminasi sisa metabolisme tubuh dengan efisien berperan dalam kelangsungan hidup makhluk hidup. Proses eliminasi sisa metabolisme tubuh terjadi melalui keringat, pernafasan, feses, dan utamanya melalui urin, yang kesemuanya membutuhkan media, yaitu air. Artikel ini akan mengulas salah satu fungsi air dalam membantu proses eliminasi, dengan memanfaatkan paparan ilmiah yang telah disajikan oleh para pakar terkait, pada tanggal 5 Maret 2014 di Jakarta.

## Saluran Cerna dan Proses Eliminasi

Pencernaan mulai dari mulut sampai usus halus membutuhkan air dalam jumlah banyak. Setelah dikonsumsi, air yang masuk ke dalam saluran cerna akan diabsorpsi secara sempurna mengikuti kecepatan pengosongan lambung. Mayoritas air diabsorpsi di usus halus dengan kapasitas hingga 15 L/hari dan di usus besar atau kolon hingga 5 L/hari.

Proses eliminasi melalui saluran cerna utamanya adalah eliminasi sisa makanan yang lazim disebut buang air besar (BAB), di mana proses ini selain dipengaruhi oleh asupan makanan dan cairan, juga dipengaruhi oleh berbagai faktor. Kelainan BAB dapat bersifat

organik atau psikogenik sehingga perlu diperhatikan bentuk produk eliminasi (feses) dan penyertanya. Kelainan berupa konstipasi ditandai dengan kesulitan BAB dengan konsistensi feses yang keras. Selain karena kurangnya asupan air juga disebabkan oleh berbagai faktor seperti usia, kelainan sentral di otak hingga hormonal, gangguan peristaltik, obat-obatan, status kesehatan, aktivitas fisik, diet kurang serat dan stress (*irritable bowel syndrome*). Berhubungan dengan fungsi organ hati sebagai salah satu organ untuk eliminasi toksin, penyakit-penyakit organ hati juga dapat menyebabkan konstipasi, karena dalam fungsi detoksifikasi membutuhkan air dalam jumlah banyak.<sup>2</sup>

## Ginjal dan Proses Eliminasi

Untuk menghasilkan urin dalam mengeliminasi sisa metabolisme, toksin dan obat membutuhkan fungsi ginjal yang sehat karena setiap bagian ginjal berperan penting. Dalam melaksanakan fungsi utama untuk menjaga stabilisasi cairan ekstraseluler, ginjal membutuhkan air untuk filtrasi sisa metabolisme dari darah dan mengekskresikannya melalui urin.<sup>1</sup> Air membantu mengurangi beban ginjal dan organ hati dalam mengeliminasi sisa metabolisme.

Eliminasi dalam bentuk urin mengandung banyak sisa metabolisme dan unsur yang dikeluarkan tubuh, yang diproduksi oleh ginjal dan saluran kemih. Dengan demikian, urin dapat menjadi penanda, yang menggambarkan proses metabolisme dalam tubuh, baik fisiologis maupun patologis, menggambarkan kemampuan ginjal melakukan eliminasi solut, pemekatan urin dan homeostasis cairan dan asam basa. Sehubungan dengan itu, maka komposisi urin akan bervariasi karena tergantung



dari berbagai faktor, yaitu diet, aktivitas fisik, status kesehatan tubuh, dan asupan cairan. Komposisi urin umumnya terdiri dari air, urea, elektrolit (sodium, klorida, kalium, NH<sub>3</sub>, ion PO<sub>4</sub>, ion SO<sub>4</sub>), kreatinin, asam urat, glukosa dan albumin. Untuk memperkirakan jumlah solut yang terkandung dalam urin dapat dilakukan pemeriksaan berat jenis dan osmolalitas.<sup>2</sup>

Jumlah urin menggambarkan jumlah asupan makanan/solut dan cairan, serta aktivitas ADH (*anti diuretic hormone*). Jumlah produksi urin normal sekitar 500–800 mL/hari, dengan kebutuhan minimal urin untuk mengeluarkan solut adalah 500 mL. Bila jumlah urin < 400 mL/hari, maka ekskresi solut tidak akan baik. Sementara tidak adanya produksi urin (anuria) dapat disebabkan oleh gangguan perfusi ginjal atau kerusakan ginjal yang luas.

## Pemeriksaan Urin (Urinalisis) Sebagai Indikator Proses Eliminasi Sehat

Urinalisis adalah pemeriksaan sederhana dan mudah dengan menggunakan tes strip sederhana, yang dapat memberikan informasi berbagai organ dan status metabolisme (status hidrasi) tubuh. Pemeriksaan urin berperan penting untuk menilai status hidrasi seseorang dan mengetahui proses eliminasi metabolit tubuh, seperti osmolalitas, berat jenis, warna, sedimen urin dan lainnya.

Osmolalitas urin menggambarkan status hidrasi tubuh dan juga kemampuan ginjal

untuk mengatur homeostasis cairan tubuh. Dalam keadaan normal osmolalitas urin berkisar antara 275–900 mOsm/kgH<sub>2</sub>O. Osmolalitas urin sewaktu antara 50–1400 mOsm/kg dan osmolalitas maksimum antara 1200–1400 mOsm/kg. Untuk mengeluarkan 100–1200 mOsm solut/hari dibutuhkan banyak air, sehingga semakin banyak solut yang harus dikeluarkan, maka akan semakin banyak air yang diperlukan sehingga seseorang akan terasa semakin haus.<sup>3</sup>

Pemeriksaan berat jenis urin dapat menggambarkan status hidrasi dan kemampuan fungsi ginjal. Berat jenis normal urin berkisar antara 1,010–1,030. Urin dengan berat jenis > 1,010 menandakan fungsi pemekatan ginjal telah terjadi. Terkait dengan warna urin, hasil penelitian Armstrong dkk. mengenai status hidrasi menyatakan bahwa warna urin dapat digunakan sebagai indikator untuk menentukan status hidrasi seseorang sehat secara praktis. Perlu diperhatikan bahwa warna urin mungkin dipengaruhi oleh makanan atau obat-obatan yang dikonsumsi. Sementara pemeriksaan sedimen urin secara mikroskopik melihat adanya kristal yang menggambarkan status hidrasi yang kurang, gangguan metabolisme tubuh dan kemungkinan urolitiasis.

## Pemahaman Awam tentang Peran Air dalam Membantu Proses Eliminasi

Pemahaman bahwa kesehatan keluarga berasal dari rumah (*safety*

*at home*) sangat penting, terutama pemahaman tentang fungsi air bagi keluarga. Masalah peran air minum dalam membantu proses eliminasi tubuh, berhubungan dengan terjadinya penyakit, sehingga memerlukan peran keluarga untuk pencegahan penyakit secara dini.

Selanjutnya agar setiap anggota keluarga dapat berkontribusi sesuai fungsi masing-masing dalam proses pemahaman tentang peran air tersebut, perlu ada komunikasi yang efektif sesama antar anggota keluarga dalam memberikan informasi dan edukasi sesuai peran masing-masing. Akhirnya, keluarga yang memahami fungsi air diharapkan mampu menjaga, meningkatkan dan melindungi kesehatan setiap anggotanya dari gangguan penyakit dan lingkungan yang tidak sehat.

## Penutup

Selama proses diskusi antara peserta Temu Pakar, baik dari institusi Badan POM maupun dari Kementerian Kesehatan (Direktorat Bina Gizi Masyarakat dan Pencegahan Penyakit Tidak Menular), dapat disimpulkan bahwa ginjal yang sehat akan berperan membentuk urin sebagai produk eliminasi, termasuk zat racun (toksin dan obat) dan logam berat. MD

1. Santoso BI, dkk. *Air Bagi Kesehatan*, ed. Jakarta: Centra Communications. 2012.
2. Popkin BM, dkk. *Water, hydration and health*. *Nutr Rev* 2010; 68(8):439–45
3. Armstrong LE, dkk. *Urinary indices of hydration status*. *Int J Sport Nutr* 1994;4(3):265–79.

## Pengaruh Postur pada Nyeri Punggung Kronik

**dr. Ronald Pakasi, SpKFR**

*Dept. Rehabilitasi Medik*

*Siloam Hospitals TB Simatupang, Jakarta Selatan*

Nyeri punggung merupakan gejala yang paling sering dialami kelompok usia produktif antara 20-55 tahun. Diperkirakan 80% individu akan mengalami sedikitnya satu episode nyeri punggung yang signifikan dalam satu masa kehidupannya. Sekitar 97% penyebab nyeri punggung adalah faktor mekanik, akibat beban pada otot-otot dan tulang punggung yang tidak seimbang dan terjadi dalam waktu lama.

Tanpa penanganan yang baik, nyeri punggung fase akut dapat berlangsung hingga 6 minggu. Nyeri punggung fase akut dapat mereda secara spontan dalam 6 sampai 12 minggu. Ketika nyeri menetap lebih dari 3 bulan, maka nyeri punggung memasuki fase kronik. Pada fase kronik, nyeri umumnya sudah berkembang menjadi kompleks, sehingga memerlukan penanganan yang lebih dari sekedar memberikan obat-obatan anti nyeri.

Salah satu aspek penting dalam memahami nyeri punggung, khususnya nyeri kronik adalah dengan memperhatikan aspek postur. Aspek postur penting, karena postur yang salah dapat menyebabkan nyeri punggung berkembang menjadi kronik, menimbulkan kekambuhan yang tinggi. Namun karena pembentukan postur merupakan suatu proses yang lama, seringkali masalah ini terabaikan atau kurang digali saat wawancara dan pemeriksaan pasien.

Proses pembentukan postur sangat berhubungan dengan kebiasaan memposisikan tubuh saat melakukan berbagai aktivitas, khususnya aktivitas rutin yang memakan waktu

lama. Contohnya seseorang yang banyak bekerja di belakang meja cenderung akan memiliki postur yang berbeda dengan orang yang lebih banyak berdiri saat melakukan pekerjaan. Selain pekerjaan, pembentukan postur dipengaruhi oleh lingkungan tempat orang tersebut melakukan aktivitas utamanya. Misalnya luasnya ruang gerak, tinggi tempat duduk atau meja, beban pekerjaan yang harus dilakukan, pencahayaan ruangan, dan lain-lain. Ketika lingkungan pekerjaan dan tingkat aktivitas tidak ideal, maka seseorang cenderung akan membentuk suatu adaptasi postur yang salah.

Dampak dari perubahan postur adalah ketidakseimbangan kinerja otot-otot, baik yang berada di depan dan belakang tulang belakang, maupun otot-otot anggota gerak. Contohnya pada postur bungkuk akan tercipta kekakuan dan berkurangnya massa pada otot-otot di belakang punggung dan leher yang diikuti oleh kelemahan pada otot-otot perut dan depan leher. Ketidakseimbangan ini lambat laun akan mencetuskan nyeri dan dapat mempengaruhi perubahan lengkung tulang belakang menjadi lebih permanen. Lebih jauh lagi, risiko terjadinya pengapuran sendi dan bergesernya cakram tulang belakang pun meningkat.

Perubahan postur dapat dikoreksi dengan memberikan latihan yang didesain secara spesifik tergantung kepada kelompok otot yang mengalami masalah. Secara umum latihan ini meliputi peregangan, penguatan, latihan keseimbangan, dan latihan postur pada berbagai aktivitas. Untuk memberikan program latihan yang akurat dan efisien, sebaiknya melakukan konsultasi terlebih dahulu dengan dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi. MD



Contoh postur berdiri yang menyebabkan nyeri punggung.

## Haruskah Kita Meninggalkan Sabun Antiseptik?

**dr. Stevent Sumantri, Sp.PD**

*Bagian Ilmu Penyakit Dalam*

*Fakultas Kedokteran Universitas Pelita Harapan*

Triclosan, bahan yang banyak digunakan pada sabun antiseptik, saat ini sedang mendapatkan sorotan. Bahan antiseptik yang digunakan pada lebih dari 75% produk di Amerika Serikat (AS), mulai dari sabun, pembersih tangan, larutan pel sampai pasta gigi, dicurigai menyebabkan masalah hormonal pada manusia. Selain itu studi-studi juga menunjukkan triclosan tidak lebih baik dibanding sabun non-antiseptik dan air bersih dalam menjaga higienitas sehari-hari. Para ahli juga mengkhawatirkan mengenai kemungkinan timbulnya bakteri resisten oleh karena penggunaan sabun antiseptik secara luas di masyarakat. Kekhawatiran yang beralasan, salah satunya ditandai dengan semakin meningkatnya insidens infeksi bakteri multiresisten (*Methicillin Resistant S. aureus* dan *Pseudomonas aeruginosa*) yang berasal dari komunitas.

Triclosan pertama kali digunakan lebih dari 40 tahun lalu sebagai antiseptik untuk prosedur-prosedur bedah, dan saat ini penggunaannya telah sedemikian luas sehingga bahan ini dapat ditemukan pada 75% urin orang Amerika berusia

lebih dari 5 tahun. Industri yang melibatkan penggunaan triclosan dalam produk rumah tangga di AS sangat besar, estimasi terakhir menunjukkan nilai sebesar 1 miliar Dollar Amerika per tahun. Besaran nilai industri ini di Indonesia belum dapat dipastikan, namun mengingat penggunaan triclosan yang sangat luas dalam berbagai produk, tentu saja nilainya juga sangat besar.

Kekhawatiran mengenai triclosan sendiri ternyata telah mencuat mulai dari pertama kali bahan ini digunakan. Pada tahun 1970-an para ahli telah menyatakan bahwa triclosan tidak terbukti aman dan efektif untuk penggunaan sehari-hari, salah satunya dibuktikan dengan digantikannya triclosan dengan bahan yang lebih efektif seperti povidone iodine dan chlorhexidine untuk prosedur pembedahan. Namun demikian industri rumah tangga di Amerika Serikat memanfaatkan tidak adanya ketegasan dari Badan Pengawas Obat dan Makanan AS (US-FDA) dan menggunakan triclosan sebagai bahan antiseptik.

Juru bicara dari perwakilan American Cleaning Institute, Brian Sansoni, menyatakan bahwa sampai saat ini tidak ada bukti kuat yang menunjukkan bahaya dari penggunaan triclosan baik dalam produk rumah tangga maupun rumah sakit. Triclosan telah dipakai selama beberapa dekade dan

tidak ada laporan yang menunjukkan bahwa bahan ini menyebabkan gangguan hormon reproduksi ataupun resistensi antibiotika di masyarakat.

Saat ini, di tengah tekanan yang semakin besar dari konsumen dan pemerintah federal AS, FDA mulai melakukan tinjauan ulang mengenai keamanan dan efektivitas dari bahan ini. Namun demikian, proses tinjauan dari FDA biasanya memakan waktu lama dan beberapa tindakan telah diambil oleh produsen dan juga pemerintah negara bagian di AS. Reckitt Benckiser telah membuang Triclosan dari produk pembersihan wajahnya dan Colgate-Palmolive juga telah menggantikannya dengan asam laktat sebagai zat antiseptik pada cairan pencuci piring dan pembersih tangan. Selain itu, negara bagian Minnesota di AS bahkan telah melarang total penggunaannya secara umum untuk produk-produk yang digunakan di daerah tersebut.

Indonesia saat ini belum mempunyai kebijakan mengenai penggunaan triclosan dalam berbagai produk pembersih yang beredar di lapangan. Badan Pengawas Obat dan Makanan Indonesia nampaknya akan menunggu hasil dari investigasi lebih lanjut dari AS mengenai efektivitas dan keamanan dari bahan antiseptik ini. Saat ini hal terbaik yang dapat kita lakukan adalah meminimalkan penggunaan bahan-bahan

antiseptik dalam kehidupan sehari-hari. Bakteri komensal yang ada di kulit manusia merupakan salah satu pelindung alamiah terhadap infeksi patogen, saat kita mengganggu keseimbangan tersebut maka daya tahan kita terhadap infeksi akan berkurang. Selain itu menurunnya jumlah kuman komensal juga akan menguntungkan terhadap kuman-kuman multiresisten yang akan mengambil alih koloni di kulit kita. Tindakan higienitas dengan mencuci tangan menggunakan air bersih dan sabun non-antiseptik tetap merupakan prosedur yang efektif dan aman apabila dilakukan dengan benar. MD



# Pendekatan Diagnostik Vertigo

**dr. M.N. Gaharu, Sp.S**

Spesialis Saraf

RSU Bunda Menteng, Jakarta

Gangguan keseimbangan kerap dijumpai pada praktek sehari-hari. Sensasi berputar disertai mual muntah ataupun hanya sensasi melayang merupakan manifestasi klinis dari vertigo. Prevalensi vertigo bervariasi, sekitar 2% pada dewasa muda hingga 30% pada usia lanjut. Keseimbangan tubuh seseorang dipengaruhi oleh serebelum, fungsi visual, auditorik, dan sensorik (eksteroseptif dan proprioseptif). Sehingga gangguan pada sebagian komponen keseimbangan tersebut menyebabkan terganggunya keseimbangan seseorang. Berbagai penyebab vertigo seperti infeksi, neoplasma, degeneratif bahkan stroke. Sehingga perlu diketahui bagaimana pendekatan diagnostik vertigo.

Anamnesis yang baik merupakan langkah penting penegakan diagnosis. Pasien mengutarakan gangguan keseimbangan berupa sensasi berputar, sempoyongan, melayang, serasa mau pingsan. Keluhan tersebut sudah membantu membedakan antara vertigo nonvestibuler (sempoyongan, melayang, serasa mau pingsan) dan vertigo vestibuler (sensasi berputar, baik dirinya berputar (subjektif vertigo) maupun benda di sekitar yang berputar (objektif vertigo)).

Vertigo nonvestibuler bisa disebabkan gangguan kardiovaskular, gangguan sensorik dan gangguan psikiatri. Vertigo vestibuler paling sering disebabkan *benign paroxysmal positional vertigo* (BPPV). Selain itu bisa juga disebabkan labirintitis, akustik neurinoma, penyakit meniere, ataupun gangguan pada serebelum. Oleh karena itu penting membedakan antara vertigo vestibuler tipe perifer dan sentral pada langkah selanjutnya dari pendekatan diagnostik vertigo.

Vertigo vestibuler perifer mempunyai onset klinis mendadak, durasi detik hingga menit, dominasi keluhan mual muntah, dipengaruhi posisi tertentu, tidak disertai defisit neurologi namun kerap disertai keluhan auditorik, paroksismal, dan pada pemeriksaan fisik dijumpai nistagmus horisontal. Nistagmus adalah gerak *jerking* bola mata yang dapat terlihat dengan cara fiksasi mata 30 derajat arah lateral, kadangkala pemeriksaan memerlukan alat bantu seperti kaca pembesar ataupun kacamata Frenzel. Vertigo vestibuler sentral onset gradual, durasi hari hingga minggu, mual muntah tidak dominan, tidak dipengaruhi perubahan posisi, adanya defisit neurologi seperti paresis, hipestesi, disfagi dan disfoni, tidak

ada gangguan auditorik, kontinyu dan nistagmus vertikal.

Pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan antara lain pemeriksaan mata, telinga, kardiovaskular, fungsi serebelum dan gait. Pada pemeriksaan mata, pemeriksaan yang dilakukan meliputi refleks pupil, gerak bola mata, nistagmus dan funduskopi. Nistagmus dapat juga diprovokasi dengan manuver Dix-Hallpike.

Pemeriksaan dengan otoskop guna melihat liang telinga luar (terkadang evakuasi serumen dapat mengurangi keluhan) maupun liang telinga dalam. Jika didapatkan gangguan tajam pendengaran, gunakan garpu tala untuk menentukan apakah tuli konduktif atau perseptif. Pemeriksaan weber, dengan meletakkan garpu tala di verteks, pada keadaan normal akan terdengar suara getaran garpu tala pada kedua telinga. Tuli perseptif didapatkan lateralisasi pada telinga sehat, demikian sebaliknya pada tuli konduktif.

Pemeriksaan kardiovaskular meliputi pemeriksaan auskultasi guna menemukan adanya bruit carotis, murmur dan gangguan irama jantung. Disarankan pemeriksaan ini dilakukan pada pasien usia lanjut atau dengan faktor risiko kardiovaskular yang banyak, seperti obesitas, merokok, dislipidemi, hipertensi dsb.

Pemeriksaan fungsi serebelum, seperti tes telunjuk-hidung, *past pointing*, disdiadokinesis, tes tumit-lutut dan *tapping* jari. Tes Romberg juga dapat menentukan apakah gangguan terdapat di fungsi serebelum atau sensorik. Romberg dilakukan dengan cara meminta pasien berdiri dengan kedua kaki dirapatkan dan lengan bersedekap. Romberg terganggu jika pasien tidak dapat mempertahankan posisi tersebut hingga bergoyang bahkan terjatuh. Jika Romberg terganggu saat buka mata artinya topis lesi bersifat sentral (serebelum), namun jika Romberg terganggu saat pasien diminta tutup mata, maka topis lesi bersifat perifer (sensorik). Pemeriksaan saraf kranialis dilakukan untuk menentukan topis lesi apakah di mesensefalon (Nervus III, IV), pons (Nervus V, VI, VII, VIII) dan medula oblongata (Nervus IX, X, XI, XII). Gait merupakan cara berjalan yang perlu diperhatikan, pada lesi serebelum didapatkan ataksik gait, pasien berjalan dengan jarak kedua kaki melebar serta sulit mempertahankan keseimbangan saat berdiri mendadak dari posisi duduk, berhenti mendadak saat sedang berjalan bahkan saat akan berputar ketika sedang berjalan.

Bagaimana dengan tatalaksana? Vertigo nonvestibuler diperlukan pemeriksaan lanjutan seperti evaluasi

kardiovaskular pada sinkop, evaluasi etiologi gangguan proprioseptif misalnya pada diabetes melitus ataupun evaluasi gangguan psikis jika diduga menjadi penyebab gangguan keseimbangan tersebut.

Sedangkan tatalaksana vertigo vestibuler tipe sentral perlu mengatasi penyakit dasar dari gangguan keseimbangan tersebut, misalnya stroke serebelum, tumor serebelum, infeksi serebelum atau pendarahan serebelum akibat trauma kepala. Tatalaksana vertigo vestibuler tipe perifer, misalnya BPPV yang sering ditemukan pada praktek. Medikamentosa seperti betahistine dan flunarizine lebih bersifat abortif terhadap keluhan vertigo saja, namun yang menjadi masalah terkadang keluhan vertigo relaps kembali. Sehingga pasien perlu diajarkan untuk *vertigo exercise* guna mencegah kekambuhan vertigo.

Beberapa manuver *vertigo exercise* antara lain: *Brand-daroff* yaitu gerakan dengan cara pasien posisi duduk di



pinggir tempat tidur, kemudian kepala berpaling ke salah satu sisi, kemudian pasien merebahkan badannya pada sisi lateral tubuhnya dengan posisi kepala menghadap ke atas, biarkan beberapa detik, kemudian kembali ke posisi awal dengan kepala tetap berpaling. Kemudian, rebahkan tubuh ke sisi sebaliknya namun posisi kepala menghadap bawah, setelah itu kembali keposisi awal. Ulangi gerakan ini

beberapa kali dalam sehari. Selain itu ada manuver lain seperti Epley dan Semont.

Dengan mengetahui pendekatan diagnostik dengan benar, maka penanganan pasien vertigo menjadi optimal bahkan dengan memahami tanda-tanda klinis vertigo sentral diharapkan mortalitas pada kasus vertigo sentral dapat dicegah lebih awal. MD

TABLOID **MD** INSIDER'S INSIGHT

Redaksi tabloid MD mengucapkan...

ما شاء الله من نعمته  
 في 1435 هـ  
 من طبعه في جدة

# Trauma Mata di Layanan Primer: Apa yang Bisa Kita Lakukan?

**dr. Werlison Tobing, Sp.M**  
RSU Siloam Lippo Village, Karawaci  
Fakultas Kedokteran Universitas  
Pelita Harapan

Trauma mata merupakan salah satu diagnosis penting terutama bagi mereka yang bekerja di Unit Gawat Darurat (UGD). Angka kejadian trauma mata mencapai 20%

dari seluruh kasus yang datang ke UGD sehingga petugas di layanan primer atau gawat darurat perlu mengetahui tatalaksana pertama sebelum memutuskan pasien dirawat, diperbolehkan pulang atau dirujuk ke dokter spesialis mata terdekat.

Pada kasus trauma mata maka hal yang segera harus diperiksa adalah tajam penglihatan (visus).

Pemeriksaan dilakukan sesegera dan sesingkat mungkin dengan menggunakan *Snellen Chart*, apabila tidak tersedia maka bisa menggunakan hitung jari sampai jarak 3 meter dan menggunakan notasi >3/60 jika mampu melihat lebih dari 3 meter. Kadang kala pasien merasa kesakitan dan tidak mampu membuka mata. Tetes

mata anestesi pantokain dapat membantu pada keadaan seperti ini. Pemeriksaan visus dilakukan tanpa koreksi dan jika pasien berkaca mata maka pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan kaca mata terakhirnya dan jangan lupa untuk memeriksa visus mata yang tidak terkena trauma juga.

Setelah memeriksa visus segera

tentukan jenis trauma apakah tumpul, tajam atau trauma kimia. Pada kasus trauma tumpul dan tajam maka dengan menggunakan senter (*penlight*) lakukan identifikasi apakah terdapat kerusakan integritas bola mata seperti robekan pada kornea atau sklera dan lakukan juga pemeriksaan radiografi orbita (x-ray/CT-scan) untuk mendeteksi adanya benda asing pada rongga orbita. Pada kasus dengan kerusakan integritas bola mata, pasien sebaiknya segera dirujuk. Berikan tetes mata antibiotik seperti kloramfenikol atau golongan kuinolon (ofloxacin/levofloxacin) dan antibiotik oral golongan kuinolon (pada dewasa) atau sefalosporin (pada anak) serta analgetik.

Jika tidak ditemukan kerusakan integritas bola mata maka lihat adakah perdarahan di dalam bola mata seperti hifema atau perdarahan rongga vitreus dengan menggunakan oftalmoskop dan periksa kondisi saraf mata dengan refleks cahaya langsung dan tidak langsung serta direk oftalmoskop. Jika ada kelainan di dalam bola mata sebaiknya pasien dirujuk dan diberikan obat tetes antibiotik dan steroid tetes, sedangkan jika terdapat kelainan seperti perdarahan subkonjungtiva atau injeksi konjungtiva dapat diberikan antibiotik tetes dan salep antibiotik dan dikontrol setelah 48-72 jam.

Kasus trauma kimia dibagi menjadi trauma asam dan trauma basa. Hal ini dapat diketahui dengan anamnesis dan juga dengan pemeriksaan menggunakan kertas lakmus. Pada tiap kasus trauma kimia setelah pemeriksaan visus teteskan pantokain pada kedua mata dan segera lakukan irigasi dengan menggunakan larutan infus NaCl 0,9% sebanyak minimal 2 liter pada tiap mata yang terkena terutama di daerah fornix konjungtiva. Jangan menggunakan ringer laktat atau ringer asetat karena akan membuat edema kornea dan mata semakin nyeri. Rujuklah pasien jika telah dilakukan irigasi dan berikan juga tetes mata antibiotik selama perjalanan.

Trauma mata akan sangat menimbulkan kesakitan dan ketidaknyamanan serta hambatan dalam aktivitas karena itu penentuan diagnosis yang cepat dan tepat serta tatalaksana awal akan membantu pasien dalam mengurangi rasa sakit dan ketidaknyamanan yang dialami. Ingatkan pasien untuk segera datang ke spesialis terdekat sesegera mungkin untuk mencegah infeksi bola mata dan komplikasi yang lebih berat seperti meningitis. MD



## NO ITCH. NO SCRATCH. NO WORRIES.

With 78% reduction in itching<sup>1</sup>,  
Atopiclair™ doesn't let atopic dermatitis get in the way of fun.

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

Atopiclair™ is specially formulated with key ingredients<sup>3</sup> that work quickly to calm itch, as well as repair and protect the skin barrier by providing physiologic lipids, powerful hydration, anti-inflammatory and anti-oxidant actions. Atopiclair™ gives you optimum control over atopic dermatitis beyond barrier repair.

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

**TAKE THE WORRY OUT OF ATOPIC DERMATITIS.**



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

TRANSFARMA  
MEDICA INDAH  
Distributor: PT. Anugerah Pharmedo Lestari

[www.atopicclairasia.com](http://www.atopicclairasia.com)



NATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

AUGUST-NOV 2014

**Kongres Nasional Kesehatan Anak ke-16 (16<sup>th</sup>KONIKA)**  
24-28 Agustus 2014, Palembang  
Dept. IKA FK UNSRI/ RSMH Palembang.  
☎ : 0711.3004617  
✉ : idai.sumsel@yahoo.com  
web: //konika16palembang.com/

**PIT POGI ke 21**  
25-27 Agustus 2014,  
Hotel Grand Inna, Bali

**Continuing Urology Education**  
28 - 30 Agustus 2014,  
Hotel Borobudur, Jakarta  
Dept. Urologi RSCM  
☎ : 021.3152892, fax:  
021.3145592  
✉ : inforeg.2014@gmail.com

**8<sup>th</sup> Diabetes Obesity Cardiovascular LINK (DOCLink)**  
29 - 31 Agustus 2014,  
Novotel Mangga Dua Square,  
Jakarta

**PIN XII PB PAPDI**  
5-7 September 2014,  
Shangri La Hotel, Surabaya  
☎ : 081617489717  
✉ : pinpbpadi@gmail.com  
web: www.pbpabdi.org

**The 16<sup>th</sup> International Meeting of Respiratory Care Indonesia (Respina)**  
5 - 6 September 2014,  
JW Marriott, Jakarta  
☎ : 021.3503011  
✉ : informasi@respina.org  
web: www.respina.org

**26<sup>th</sup> Weekend Course on Cardiology (WECOC)**  
12-14 September 2014,  
Hotel Holiday Inn, Kemayoran Jakarta  
☎ : 021.5684093 ext 1554 / 3505  
✉ : wecoc\_cardiology@yahoo.com  
web: www.wecoc.web.id

**Simposium Hari Sepsis Dunia**  
13 September 2014  
Jakarta  
✉ : info@perdici.org  
website : www.perdici.org

**Temu Ilmiah Geriatri**  
20 - 21 September 2014  
Hotel Grand Sahid, Jakarta  
☎ : 021.31900275;  
✉ : geriatri\_rscmfkui@yahoo.com / tig.jakarta@gmail.com

**PIT Ilmu Penyakit Dalam (PIT IPD) 2014**  
9-12 Oktober 2014  
Hotel Shangri-La Jakarta  
☎ : 0857.81515115  
✉ : pitinterna@yahoo.com

**Joint Workshop: PERDICI & Pertemuan Ilmiah Berkala Ke-XV PERDATIN Makassar**  
22-25 Oktober 2014,  
Hotel Clarion Makassar  
☎ : 021.31909033/68599155 (Ms Ade)

**Jakarta Internal Medicine in Daily Practice**  
31 Oktober - 2 November 2014  
Hotel Harris Kelapa Gading Jakarta  
☎ : 0812.88723886 / 021.31923499

**The 37<sup>th</sup> Annual Scientific Meeting of Indonesia Urological Association , in conjunction with Annual Scientific Meeting of Continence Society of Indonesia (Perkumpulan Kontinensia Indonesia (PERKINA))**  
5-8 November 2014  
Santosa Hotel, Lombok  
☎ : 021.3152892, fax:  
021.3145592  
Web: www.asmiuaperkina2014.com

**Jakarta Diabetes Meeting**  
14-16 November 2014  
☎ : 021-3907703  
✉ : endocrin@rad.net.id

**5<sup>th</sup> National Annual Meeting of Indonesian Society of Intensive Care Medicine (ISICM)**  
19-24 November 2014  
Hotel Aryaduta, Medan  
☎ : 021.31909033/68599155 (Ms Ade)

**13<sup>th</sup> Annual Scientific Meeting of Indonesian Physical Medicine and Rehabilitation Association (PIT XIII PERDOSRI)**  
5-8 November 2014  
Hotel Ambarrukmo Hotel, Yogyakarta  
☎ : 085782208589 / 021.47866390  
✉ : pitperdosri2014@pharmapro.com

**Pertemuan Nasional AKESWARI III " Mental Health Well-Being for Children, Parents, and Family"**  
20-22 November 2014  
Hotel Hyatt Regency, Bandung  
✉ : akeswari3bandung@gmail.com

INTERNATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

SEPT-OCT 2014

**Asia-Pacific Prostate Cancer Conference (APCC)**  
31 August - 2 September 2014.  
Melbourne, Australia  
✉ : apcc2014@icms.com.au

**15<sup>th</sup> World Congress on Cancers of the Skin**  
3-6 September 2014  
Edinburgh, UK  
✉ : wccs2014@bad.org.uk

**European Respiratory Society Annual Congress**  
6-10 September 2014,  
Munich Germany  
Web: www.erscongress.org/

**American Gynecological and Obstetrical Society Annual Meeting**  
11-13 September 2014  
Chicago, USA  
Web: www.agosonline.org/meetings.html

**50<sup>th</sup> Annual Meeting of the European Association for the Study of Diabetes**  
15-19 September 2014  
Vienna, Austria  
✉ : j.meier@interplan.de

**10<sup>th</sup> International Congress of the European Union Geriatric Medicine Society**  
17-19 September 2014,  
Rotterdam, Netherlands  
✉ : secretariat@eugms.org

**15<sup>th</sup> ASEAN Pediatric Federation of Congress**  
17-20 September 2014,  
Penang, Malaysia  
web: www.apfc2014.com.my

**39<sup>th</sup> Congress of European Society for Medical Oncology**  
26-30 September 2014  
Madrid, Spain  
web: www.esmo.org/Conferences/ESMO-2014-Congress

**European Society of Intensive Care Medicine Annual Congress 2014**  
27 September - 1 Oktober 2014  
Barcelona, Spain  
web: www.esicm.org/events/next-congress

**23<sup>rd</sup> European Academy of Dermatology and Venereology Congress**  
8-12 October 2014  
Amsterdam, Netherlands  
web: www.eadv.org/eadv-meetings

**Original Ambroxol MUCOPECT® The Mucus Mover**

**... mukoregulator, pilihan handal atasi batuk<sup>1</sup>**

**Mucopect® menormalkan sekresi mukus untuk melancarkan ekspektorasi.<sup>1</sup>**

**Mucopect® menstimulasi pembentukan surfaktan di dalam paru-paru.<sup>1</sup>**

**Mucopect® memperbaiki transport mukosilia.<sup>1</sup>**

MUCOPECT® Tablet, Syrup, Drops

Composition: Each tablet contains 30 mg, 5 ml syrup contain 30 mg, 5 ml drops contain 15 mg, 1 ml drops for oral use contains 7.5 mg ambroxol hydrochloride. Indications: As mucolytic agent in acute and chronic respiratory tract diseases particularly in chronic bronchitis exacerbation and bronchitis asthmatic and bronchial asthma. Contraindications: hypersensitive. Dosage and Administration: Tablet 30 mg Adult and children above 12 years: 1 tablet 2-3 times daily. Children 6-12 years: ½ tablet 2-3 times daily. Syrup 30 mg/5ml 1 measuring spoonful (msp.) = 5 ml. Adult and children above 12 years: 5 ml (1 msp.) 2-3 times daily. Children 6-12 years: 2.5 ml (1/2 msp.) 2-3 times daily. Syrup 15 mg/5 ml. Children 6-12 years: 5 ml (1 msp.) 2-3 times daily. Children 2-6 years: 2.5 ml (1/2 msp.) 3 times daily. Children under 2 years: 2.5 ml (1/2 msp.) 2 times daily. Drops 7.5 mg/ml; Children 2 years: 1 ml (20 drops) 2 times daily. Special Warnings and Precautions: In some cases of renal insufficiency, accumulation of ambroxol metabolites takes place in the liver. Side Effects: Intolerance reactions after ambroxol administration have been reported in rare cases, mild gastro-intestinal side effects have been reported in some patients. Allergic reactions have been reported in rare cases and some of these patients have also shown allergic reactions to other substances. Some of allergic reactions are: skin rashes, swelling of face, dyspnoea, fever. It is not known whether ambroxol has impact to ability of driving or operating machinery. Interactions: Administration of ambroxol together with antibiotics (amoxicillin, cefuroxime, erythromycin, doxycycline) leads to higher antibiotic concentration in the lung tissue. Fertility, pregnancy and lactation: Administration during pregnancy and lactation still needs further research. Ambroxol should not be used in the long term without doctor's advice/consultation. Pack size: Tablet 30 mg, Box, 10 strips@10 tablets, Syrup 30 mg/5ml, Bottle 60 ml, Syrup 15 mg/5 ml, Bottle 60 ml, Drops, Bottle 20 ml.

Reg. No. DKL0133702210A1 (Tablet), DKL0133701837B1 (Syrup 30 mg/5ml), DKL0133701837A1 (Syrup 15 mg/5ml), DKL0133702336A1 (Drops 7.5mg/ml). See local Prescribing Information for full details prior to prescribing.

Referensi: 1. Malerba M, Ragnoli B. Ambroxol in the 21st century: pharmacological and clinical update. Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2008; 4(8): 1119-1129.

Only on Doctor's Prescription  
For further information, please contact:  
PT. Boehringer Ingelheim Indonesia  
Sampoerna Strategic Square, North Tower Level 6  
Jl. Jend. Sudirman kav. 45-46, Jakarta  
Tel: +62-21-5732375

Leader in Respiratory Care

# TASTE A PIECE OF PARIS IN HO CHI MINH CITY

dr. Theresia D. Arini, Sp.KFR



Perjalanan di kota Ho Chi Minh diawali dari Bandara Internasional Tan Son Nhat yang tidak jauh berbeda dengan bandara di Indonesia. Proses imigrasi yang sederhana cukup memudahkan meskipun tidak secepat seperti di Singapura. Perjalanan dari bandara yang berada di distrik berbeda ke pusat kota berkisar sekitar 30 menit. Sepanjang jalan tampak sekilas suasana Ho Chi Minh City (HCMC) mirip dengan kota-kota di Indonesia, dengan udara tropis yang menyengat, kendaraan umum yang padat penumpang, dan sepeda motor yang cukup dominan.

Ho Chi Minh City yang dahulu bernama Saigon City, dibagi menjadi beberapa distrik. Pusat kota berada di Distrik I. Di sinilah terletak banyak perkantoran, hotel, mal, dan pusat perbelanjaan. Di tengah kota, mengalir Sungai Saigon, yang lebar dan berkelok-kelok. Penampilan HCMC adalah perpaduan antara bangunan lama yang kental dengan gaya Eropa, seperti pada Opera House, City Hall, berbagai hotel berbintang seperti Rex Hotel, Caravelle Hotel, dan lain-lainnya yang berbaur dengan gedung-gedung baru bergaya metropolitan.

Untuk mengimbangi sengatan panasnya matahari tropis, sebenarnya cukup banyak taman kota dan trotoar lebar yang ditumbuhi pohon rindang. Yang menjadi masalah, banyak pengendara sepeda motor di HCMC tidak mau kalah memanfaatkan trotoar sebagai akses "jalan bebas hambatan", sehingga kita harus ekstra hati-hati saat berjalan di trotoar saat jam-jam sibuk.

Namun hiruk-pikuk dan panasnya kota tidak menghalangi minat kebanyakan turis berburu souvenir. Ben Thanh Market dan Binh Tay Market

merupakan lokasi utama mencari oleh-oleh. Ben Thanh adalah tujuan yang populer, pasar tradisional Vietnam ini buka mulai pukul 8 hingga pukul 17. Setelah itu area ini berubah menjadi pasar malam. Jenis yang dijual sangat beragam mulai dari kopi Vietnam, berbagai kudapan, pernak-pernik souvenir, dsb.

Berbagai jenis fashion dapat pula dijumpai mulai dari kaos sampai pakaian wanita khas Vietnam yaitu Aodai. Aodai adalah setelan tunik panjang hampir semata kaki, potongan leher tinggi seperti krah cheongsam, dengan belahan samping dari pinggang ke bawah, terbuat dari bahan tipis melayang, dipadukan dengan celana panjang. Walaupun aodai terlihat sangat tertutup namun karena bermodel pas mengikuti lekuk tubuh dan terbuat dari bahan tipis, maka julukan, "covers everything but hide nothing" memang pas.

Ho Chi Minh City menawarkan berbagai pilihan wisata kuliner. Salah satu makanan khas Vietnam adalah pho, yaitu mi dari tepung beras yang disajikan dengan kaldu disertai potongan daging. Gerai pho yang cukup populer adalah Pho 2000 atau dikenal dengan "Pho President" karena presiden Amerika, Bill Clinton bersama keluarga pernah makan di sini. Menu lain yang direkomendasikan adalah Vietnam spring roll, yang digoreng *crispy* dengan isi yang padat dan gurih. Sentuhan Perancis ternyata juga tertinggal pada seni kuliner. Di pinggir jalan banyak dijumpai pedagang *banh my*, yaitu roti *baguette* yang dibelah dua diisi dengan olesan *French butter*, *paté*, diisi dengan sayuran, dan berbagai irisan *ham* dan *bacon*, serta irisan cabe merah. Cukup mengenyangkan dan yang jelas.. *yummy*.

Haus saat berjalan-jalan? Ada banyak penjual minuman dengan aneka pilihan seperti air tebu, minuman kemasan, dan segelas es kopi susu (*ca phe sua da*) yang menyegarkan di tengah teriknya matahari. Bila ingin mencari gerai minum kopi untuk bersantai, gerai kopi lokal Trung Nguyen tak kalah saat bersanding dengan gerai Starbucks.

Bila ada kesempatan, jangan lewatkan atraksi *water puppet* dan *AO show*. *AO show* adalah pertunjukan atraksi kombinasi seni drama, tari, musik, dan akrobatik dengan alat bantu berupa bambu. Pertunjukan ini menarik turis mancanegara karena mengingatkan atraksi serupa dari *Cirque de Soleil* dari Perancis. Tontonan berdurasi hampir 2 jam ini terasa singkat karena aksi panggung yang sarat keterampilan memainkan tongkat bambu, akrobatik yang seru, aksi kocak parodi para pemain, disertai tata cahaya nan apik. Pertunjukan ini biasanya diselenggarakan di Opera House. Untuk jadwal pertunjukannya, kunjungi website: <http://www.aoshowsaigon.com/en>

Bagi yang ingin melihat keindahan kota dari titik tertinggi di HCMC, sempatkan mengunjungi Saigon Skydeck di Bitexco Financial Tower, yaitu bangunan tertinggi di kota ini (262,5m). Waktu terbaik adalah menjelang matahari terbenam, sehingga Anda dapat menikmati mulai menyalanya lampu di gedung-gedung kota dan hamparan Sungai Saigon, dan meredupnya sinar matahari. Selepas menikmati matahari terbenam dari Saigon Skydeck, kita dapat berjalan ke arah Bach Dang Jetty, untuk menikmati *dinner cruise* sepanjang Sungai Saigon.

Tempat lain yang menjadi daya tarik

wisata adalah museum Ho Chi Minh City yang menampilkan berbagai sejarah Vietnam, gedung General Post Office yang memiliki arsitektur menarik, dan Gereja Cathedral Notre Dame yang dibangun pada abad 19, yang terletak di pusat kota. Bagi yang tertarik melihat berbagai pagoda, dapat menyusuri jalan Nguyen Trai, di daerah Cholon. Uniknyanya, meski terdapat banyak pagoda, di daerah ini juga ada masjid Cholon yang dibangun tahun 1932.

Bila waktu Anda singkat, nikmatilah sore di HCMC sambil duduk-duduk di taman kota di depan Opera House. Menjelang sore hari, seiring meredupnya matahari, HCMC beralih romantis. Saat lampu-lampu kota mulai menyala, suasana di sekitar Opera House pun menjadi sangat berubah. Anda dapat pula menyusuri sekitar area Rex Hotel dan jalan Dong Khoi, di antara outlet-outlet ternama seperti Burberry, Louis Vuitton, dan Ferragamo, dengan latar belakang aroma *ca phe sua da* dari gerai kopi Trung Nguyen dan harum *banh my*, sandwich ala Vietnam yang baru dipanggang. Tak berlebihan kiranya kalau Anda merasakan adanya nuansa ala Paris di Ho Chi Minh City. **MD**