

TABLOID MD

INSIDER'S INSIGHT

Area distribusi tabloid MD:



APRIL 2014



of Indonesian Society of Hypertension
ontrol hipertensi
kan jan... tak dan gi...
ja Kuningan...
ret 2014

MD INSIGHT

Optimizing Hypertension Management in Primary and Referral Care for Morbidity and Mortality Reduction



6 MD UPDATE

Dokter Tidur Sehat, Pasien Selamat



MD PRACTICE

Tips Praktis Menghadapi Kejang pada Anak

Hati-hati Menggunakan Bedak untuk Bayi



Bedak adalah bubuk higroskopik yang halus dan bermanfaat untuk mengurangi gesekan kulit. Karena sifatnya yang higroskopik, bedak akan menyerap sebagian hasil sekresi tubuh dan mengeringkan tubuh. Bedak terbagi dua jenis, yaitu bedak mineral dan bedak tumbuhan. Bedak tumbuhan (organik) berbahan utama *starch* (dapat berasal dari jagung, beras, dan wheat) merupakan granul polisakarida serta *zeasorb* yang

mengandung meta selulose. Kemampuan absorpsi bedak ini sangat besar sehingga cenderung membengkak bila dipakai pada kulit yang basah, dan karenanya tidak cocok untuk iklim panas. Bedak mineral (anorganik) mengandung *talcum venetum* (biasa disebut *talcum / talc*), *zinc oxide*, magnesium oksida, titanium dioksida, dsb. *Oxydum zincicum* merupakan bubuk halus berwarna putih yang bersifat hidrofobik dan memiliki daya lekat.

Penggunaan bedak yang cukup rutin adalah untuk bayi dan anak. Banyak ibu akan menaburkan bedak ke seluruh tubuh, bahkan wajah, pada bayi yang baru selesai mandi. "Boleh saja, namun cara penggunaan bedak pada bayi tidak boleh sembarangan," ujar Dr. Ari Muhandari Ardhie, Sp.KK dari RS Anak dan Bunda Harapan Kita Jakarta dalam simposium "*Skin and Genital Care from Infancy to Adolescence*" di Jakarta.

Dr. Ari menegaskan, penggunaan bedak tabur pada bayi, tidak boleh langsung ditaburkan pada tubuh. Bedak harus ditaburkan dahulu pada telapak tangan, baru kemudian diusapkan tipis dan merata. Hal ini agar tidak banyak butiran bedak beterbangan dan terhirup masuk ke saluran napas sehingga menyebabkan iritasi. Bedak juga hanya boleh diusapkan pada kulit yang sudah benar-benar bersih dan kering, sebab bedak yang terkena butiran air justru akan menggumpal dan menyebabkan iritasi. Bedak tidak boleh mengenai daerah mukosa, apalagi area genital, misalnya ketika bermaksud mengeringkan area genital sehabis buang air. Selain menyebabkan iritasi, bedak yang mengenai kulit yang tidak utuh (luka) akan menimbulkan reaksi granuloma. **ML**

Pilihan Untuk Kebaikan Hidup

Kontroversi Sabun antibakteri



Dalam Simposium "*Skin and Genital Care from Infancy to Adolescence*"

di akhir 2013 topik penggunaan sabun antibakteri menjadi topik yang menarik. Gencarnya iklan di media massa tentang semakin tingginya kemampuan sabun mengeradikasi bakteri di kulit menjadi pro kontra tersendiri.

Menurut pembicara yang hadir dari National University of Singapore, **Prof Giam Yoke Chin MBBS, M.Med(Paed), FAMS**, sebetulnya tidak perlu mandi terlalu bersih sampai steril, dengan sabun antibakteri. Kecenderungan penggunaan

sabun antiseptik yang berlebihan, khususnya pada bayi dan anak, justru menyebabkan ekologi dari flora mikrobial kulit terganggu. Padahal sebenarnya flora mikrobial di kulit ini berperan dalam sistem ketahanan tubuh, yaitu ikut membangun sistem imunitas innate. Dikatakannya, ketika menggunakan sabun mandi sehari-hari sebenarnya kita tidak perlu sampai membersihkan semua bakteri yang ada sehingga terjadi perubahan ekosistem secara drastis. **ML**

N-acetylcysteine dosis tinggi dan pencegahan eksakserbasi PPOK: *update* rekomendasi GOLD 2014

Tatalaksana Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) pada pasien stabil ditujukan untuk mengurangi gejala serta menurunkan risiko komplikasi dan mortalitas. Salah satu komponen penting untuk menurunkan risiko tersebut adalah dengan mencegah terjadinya eksakserbasi. Pencegahan eksakserbasi menjadi penting oleh karena setiap episode yang terjadi akan semakin menurunkan kapasitas paru penderita PPOK.

Baru-baru ini, para peneliti dari studi PHANTEON yang meneliti efek dari N-acetylcysteine (NAC) dosis tinggi (600 mg dua kali sehari) menemukan bahwa penggunaan NAC dapat mengurangi kejadian eksakserbasi pada penderita PPOK sedang berat. Studi ini merekrut 1.006 penderita PPOK berusia 40-80 tahun untuk menerima terapi NAC dosis tinggi atau plasebo (acak tersamar ganda) selama 1 tahun. Selama



masa pemantauan, penderita PPOK yang mendapatkan NAC dosis tinggi mengalami insidens eksakserbasi yang lebih rendah dibandingkan plasebo (1,16 vs. 1,49 eksakserbasi per tahun; RR 0,78; IK 95% 0,67-0,90; p=0,0011).

Studi ini tampak menjanjikan sebagai salah satu alternatif untuk mengurangi eksakserbasi PPOK, di mana NAC dianggap bekerja melalui mekanismenya sebagai antioksidan dan membantu pengeluaran sputum yang lebih baik. Namun demikian, hasil-hasil studi mengenai NAC dalam pencegahan eksakserbasi PPOK masih menunjukkan hasil yang kontradiktif. Rekomendasi terbaru dari *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)* tahun 2014 belum memasukkan NAC sebagai salah satu terapi yang digunakan untuk mencegah eksakserbasi.

Panduan GOLD 2014 memberikan beberapa rekomendasi kunci untuk pencegahan eksakserbasi pada pasien dengan risiko tinggi eksakserbasi (GOLD 3-4, kategori C-D). Pilihan utama adalah dengan menggunakan kombinasi tetap kortikosteroid inhalasi/beta2-agonis (budesonide/formoterol) kerja panjang atau anti-kolinergik kerja panjang (tiotropium bromide). Pada kasus-kasus sangat berat (kategori D) rekomendasi GOLD menyarankan pertimbangan kombinasi ketiga obat tersebut di atas dan dapat pula ditambahkan penghambat fosfodiesterase-4 (roflumilast). **ss**

Referensi

Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD (Updated 2014)
Zheng JP, Wen FQ, Bai CX, et al. The Lancet Respiratory Medicine 2014; S2213-2600(13)70286-8
Decramer M, Molken MR, Dekhuijzen PNR, et al. Lancet 2005; 365: 1552-60
Tse HN, Raiteri L, Wong KY, et al. Chest. 2013 Jul;144(1):106-18

By reducing CV mortality with **BRILINTA** vs clopidogrel in the treatment of ACS

more

lives could be saved

Hanya BRILINTA yang menunjukkan manfaat dalam hal kematian CV vs. clopidogrel pada ACS^{**}

* BRILINTA menurunkan ARR 1,1% kejadian kematian CV pada bulan ke-12 vs clopidogrel (RRR 21%, p=0,0013)^{1,2}

Memberi manfaat klinis sejak awal (30 hari) dan bertahan (1 tahun)^{***}

** Penurunan risiko absolut dengan BRILINTA vs. clopidogrel dimulai sejak awal (30 hari) sebesar 0,6% (RRR 12%, p=0,045) dan terus meningkat selama 1 tahun terapi (1,9% ARR, 16% RRR, p<0,001)¹

Tidak ada peningkatan total perdarahan mayor ^{***1,2}

*** Perdarahan mayor non-CABG dan non-prosedural serta perdarahan minor lebih tinggi secara signifikan dengan BRILINTA vs. clopidogrel, serta juga penghentian pengobatan akibat perdarahan^{1,2}

Dalam studi PLATO, BRILINTA dikombinasikan dengan aspirin secara signifikan menurunkan primary composite endpoint kematian kardiovaskular (CV), infark miokard (*myocardial infarction* /MI), atau stroke (*absolute risk reduction* /ARR 1,9%, *relative risk reduction* /RRR 16%, P<0,001) pada bulan ke-12, dalam populasi ACS vs clopidogrel dikombinasikan dengan aspirin. Perbedaan antara kedua kelompok ini disebabkan oleh perbedaan kematian CV dan MI, tanpa perbedaan pada stroke. BRILINTA dikombinasikan dengan aspirin juga secara signifikan menurunkan kematian CV pada bulan ke-12 (*secondary endpoint*) vs clopidogrel dikombinasikan dengan aspirin (ARR 1,1%, RRR 21%, P<0,001). 1. Wallentin L et al. N Engl J Med 2009; 361:1045-57; 2. BRILINTA Indonesia Prescribing Information 2012

Informasi lebih lanjut hubungi:

AstraZeneca
PT AstraZeneca Indonesia
Perkantoran Hija Akasia Tower 7, L13
Jl. T.B. Simatupang Kar 88, Jakarta 12520 - Indonesia
Tel. +62 21 29979000 / +62 21 7885777
Fax. +62 21 78835666

BRILINTA
ticagrelor

MD
EDITORIAL

Salam kenal!

Ini adalah sebuah tabloid baru bernama "Tabloid MD", yang diterbitkan dan didistribusikan bagi dokter di Indonesia. Kita semua tahu, profesi medis adalah profesi yang paling dinamis dalam segala halnya. Perkembangan ilmu kedokteran dasar, pemahaman baru patofisiologi penyakit, kriteria diagnostik terbaru, prosedur dan sarana diagnostik baru, standar terapi baru,....semua selalu terjadi dari waktu ke waktu dan mewarnai hari-hari kehidupan seorang dokter. Sebagai tabloid yang terbit setiap bulan, Tabloid MD akan menyajikan secara ringkas namun padat berbagai informasi tersebut ke hadapan Anda.

Dengan tag-line "insider's insight" kami berkomitmen menyajikan informasi dan perspektif dari para pakar dan praktisi medis secara nyata. Berbagai perkembangan terbaru dan aspek kehidupan profesional dokter kami angkat dengan bersumber dari pengalaman dan kenyataan yang dihadapi para praktisi medis nyata-nyatanya dalam praktek kedokteran sehari-hari. Pada edisi perdana ini, kami ulas berbagai informasi yang menarik dari dunia kedokteran olahraga, penyakit dalam, kesehatan anak, dan dermatologi. Berbagai rubrik akan kami kembangkan terus dan tentunya saran, usul, dan kritik Anda akan sangat berguna bagi kami semakin memenuhi kebutuhan Anda.

Kami tunggu komentar dan kritik Anda pada email kami: info@tabloidmd.com

Redaksi

Chairperson:

Irene Indriani G., MD

Operation Manager:

Ricka Febriana, STI

Editors:

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

Designers:

Donny Bagus W.
Clemens R.

Contributors:

Inez Kartika, MD
Erinna Tjahjono, MD
Ronald Arjadi, MD
Elrica Sapphira, MD

Marketing/Advertising contact:

Lili Soppanata
Bangang Sapta N.

Publisher:

CV INTI MEDIKA
Jl. Ciputat Raya No. 16, Pondok Pinang, Jakarta Selatan 12310
Tel: (021)703 98705
email: info@mdtabloid.com
ISSN No.

Emolien MAS063DP: Terapi Non-Steroid untuk Dermatitis atopik

Dermatitis atopik merupakan kelainan kronik residif yang dapat terjadi pada semua kelompok usia dan memerlukan terapi yang efektif serta aman. Dalam PIT XIII Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia di Yogyakarta pada akhir 2013, hadir **Dr. dr. Indah Julianto, Sp.KK(K)** menjadi moderator pembahasan yang dilakukan oleh **Prof. DR. dr. Siti Aisah Boediardja, Sp.KK(K)**, **dr. Inne Arline Diana, Sp.KK(K)**, dan **Prof. DR. dr. Endang Sutedja, Sp.KK(K)**. Para pakar ini memaparkan tantangan yang dihadapi serta penelitian terbaru dalam tatalaksana dermatitis atopik.

Mekanisme eksaserbasi akut dermatitis atopik belum sepenuhnya dipahami, namun dicurigai berkaitan dengan faktor stres psikologis. Menurut **Prof. DR. dr. Siti Aisah Boediardja, Sp.KK(K)**, stres dapat menyebabkan dermatitis atopik karena berkaitan dengan peningkatan CRH dan *adreno corticotropic hormone* (ACTH) oleh hipotalamus, yang merangsang kelenjar adrenal mengeluarkan kortisol dan norepinefrin. Kortisol dan norepinefrin akan meningkatkan ACTH dan CRH di kulit. Selain itu juga terjadi peningkatan serotonin oleh batang otak dan di kulit. Peningkatan glukokortikoid akibat stres akan menghambat pelepasan IL-12 dari APC yang kemudian akan menghambat TH-1 dan akhirnya menyebabkan pertukaran dengan TH-2. Selanjutnya, TH-2 dengan adanya sitokin serta kemokin, akan menyebabkan inflamasi pada dermatitis atopik.

Pada stres kronik, serotonin yang dihasilkan batang otak maupun sel mast di kulit menyebabkan terjadinya edema, vasodilatasi pembuluh darah kulit, rasa gatal, garukan, dan inflamasi. Serotonin juga menyebabkan gangguan tidur, rasa cemas, dan depresi. Karena faktor psikologis dalam dermatitis atopik besar, idealnya penanganannya juga melibatkan intervensi psikologis dan konseling.

Menurut **dr. Inne Arline Diana, Sp.KK(K)**, dan **Prof. DR. dr. Endang Sutedja, Sp.KK(K)** penyebab dermatitis atopik didasari rusaknya sawar pertahanan kulit akibat mutasi filagrin, sehingga kulit menjadi kering. Menjaga kelembaban kulit adalah langkah awal tatalaksana dermatitis atopik, sehingga dapat dihindari penggunaan kortikosteroid jangka panjang. Contoh emolien non steroid yang dapat digunakan adalah MAS063DP (ATOPICLAIR™) (krim non-steroid). ATOPICLAIR™ mengandung *glycyrrhetic acid* 2% (mengurangi rasa gatal dan terbakar melalui mekanisme anti-inflamasi dan anti-pruritus); *hyaluronic acid*, dan *shea butter* (memperbaiki barrier kulit dengan menyediakan lipid fisiologis dan hidrasi yang kuat), serta *vitisvinifera* (*grapevine*) dan *telmesteine* (menjaga barrier kulit

melalui mekanisme antioksidan).

Penelitian Boguniewicz dkk, menunjukkan bahwa ATOPICLAIR™ sangat efektif sebagai monoterapi dalam tatalaksana dermatitis atopik derajat ringan-sedang. Penelitian pada 142 bayi dan anak usia 6 bulan-12 tahun ini membandingkan ATOPICLAIR™ dan *vehicle* (krim tanpa kandungan bahan utama) selama 43 hari. Secara

klinis, kelompok ATOPICLAIR™ mengalami perubahan yang signifikan dibandingkan dengan kelompok *vehicle*.^{ET}

¹Boguniewicz M, dkk. MAS063DP is effective monotherapy for mild to moderate atopic dermatitis in infants and children: multicenter, randomized, vehicle-controlled. *Journal of Pediatrics*.2008;152: 854-9



Kiri - kanan: Prof. DR. dr. Endang Sutedja, Sp.KK(K), Prof. DR. dr. Siti Aisah Boediardja, Sp.KK(K), dr. Inne Arline Diana, Sp.KK(K)



NO ITCH. NO SCRATCH. NO WORRIES.

With 78% reduction in itching¹, Atopiclair™ doesn't let atopic dermatitis get in the way of fun.

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

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

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

TAKE THE WORRY OUT OF ATOPIC DERMATITIS.

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



TRANSFARMA MEDICA INDAH
 Suite 802, 8th Fl., Wilmas Pondok Indah 2,
 Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. V-1A,
 Pondok Indah, Jakarta Selatan 12310,
 Telp. 021-7997323

Distributor: PT. Anugerah Pharmindo Lestari

www.atopicclairasia.com



Optimizing Hypertension Management in Primary and Referral Care for Morbidity and Mortality Reduction

Hipertensi adalah penyakit yang sering dijumpai dalam pelayanan kesehatan primer di Indonesia dengan prevalensi sebesar 26,5% (Riskesdas 2013). **Dr. dr. Yuda Turana, Sp.S** sebagai ketua pelaksana *The 8th Annual Scientific Meeting of*

Indonesian Society of Hypertension (InaSH) dalam acara *press conference* yang diadakan di Jakarta pada tanggal 7 Maret 2014, menyebutkan bahwa baru 24,2% kasus hipertensi yang terdeteksi, sementara 75,8% kasus hipertensi belum terdeteksi maupun

ditangani dengan baik (Riskesdas 2007). Dari 24,2% kasus yang telah terdeteksi, hanya 18% yang memiliki tekanan darah terkontrol. Penanganan hipertensi di Indonesia belum adekuat walaupun berbagai jenis obat antihipertensi telah banyak tersedia.

Hal ini menunjukkan hipertensi masih merupakan masalah bersama yang memerlukan partisipasi seluruh pihak, baik dokter, pemerintah, swasta maupun masyarakat luas.

dr. Nani Hersunarti, Sp.JP, FIHA selaku ketua InaSH, menyebutkan



Prof. Dr. dr. Suhardjono, Sp.PD, KGH

pentingnya pemeriksaan tekanan darah (TD) secara berkala di fasilitas kesehatan untuk mendeteksi ada tidaknya hipertensi, dikarenakan hipertensi seringkali tidak memberikan gejala kecuali sudah terjadi komplikasi. Dalam acara ini juga, **Dr. Arieska Ann Soenarta, Sp.JP, FIHA** menjelaskan bahwa dalam tata laksana hipertensi, selain dengan terapi farmakologis diperlukan juga perubahan gaya hidup seperti membatasi konsumsi garam, melakukan aktivitas fisik secara teratur, menghindari rokok, mengonsumsi buah dan sayur lebih banyak, serta mengurangi konsumsi lemak jenuh dan kolesterol.




...75,8% kasus hipertensi belum terdeteksi, maupun ditangani dengan baik...

-Riskesdas 2007



Lebih lanjut dalam acara tersebut, **Prof. Dr. Dr. Suhardjono, Sp.PD, KGH** menyebutkan nilai TD $\geq 140/90$ mmHg sebagai batasan untuk mendiagnosis hipertensi. InaSH membuat panduan tata laksana hipertensi berdasarkan pada acuan yang terbaru. Semua kelas obat antihipertensi (diuretik, *angiotensin converting enzyme inhibitor/ACE inhibitor*, *angiotensin II receptor blocker/ARB*, *calcium channel blocker/CCB*, *beta-blocker*) dapat digunakan kecuali apabila ada indikasi khusus. Pemilihan obat antihipertensi antar pasien belum tentu sama, disesuaikan dengan kondisi pasien masing-masing. Hingga saat ini, diuretik atau *hydrochlorothiazide* (HCT) masih cukup efektif digunakan, terutama sebagai terapi tambahan/kombinasi dengan obat antihipertensi yang lain.



Powered by outcomes


Hypertension

Coronary Artery Disease (angina pectoris)


Chronic Heart Failure

Start with Concor®


for cardioselective beta-blockade



Take the first step to cardioprotection



Merck Serono is a division of Merck



Keterangan lebih lengkap dapat diperoleh di:
Merck Serono is a Division of Merck
PT. Merck Tbk, Perkantoran Hias Arkadia Tower F Level 15, Jl. TB. Simatupang Kav. 88 Ps. Minggu - Jakarta Selatan 12520, Telp. +62 21 2898 5000, Fax. +62 21 2898 5418

Sementara pada pasien hipertensi dengan penyakit jantung misal: *post-MI* (myokard infark) dan gagal jantung kronik harus diberikan *beta-blocker* selama tidak ada kontraindikasi dan dapat ditoleransi dengan baik (obat kelas I). *Beta-blocker* sama efektifnya dengan obat antihipertensi lainnya dalam menurunkan tekanan darah dan terbukti mencegah kejadian kardiovaskular pada pasien dengan gangguan jantung. Pada pasien dengan gagal ginjal yang menjalani dialisis, aktivasi saraf simpatis akan meningkat sehingga penggunaan *beta-*

blocker lebih menguntungkan.

Peningkatan tekanan darah sistolik >20 mmHg diatas target pengobatan, biasanya langsung diberikan terapi kombinasi dengan 2 obat antihipertensi dengan tujuan untuk mendapatkan penurunan tekanan darah yang berarti dan mengurangi risiko kerusakan organ. Penanganan hipertensi yang baik dapat menurunkan risiko terjadinya berbagai komplikasi seperti *stroke*, penyakit kardiovaskular dan gagal ginjal yang dapat menyebabkan kematian. **ET**



Panduan Tatalaksana Dislipidemia Terkini Berdasarkan ACC/AHA 2013 “Sudah *update*-kah anda?”

Dislipidemia merupakan masalah yang cukup sering ditemui dalam praktik sehari-hari, sehingga para dokter diharapkan mampu untuk melakukan tatalaksana terhadap pasien-pasien dengan gangguan metabolisme lipoprotein tersebut. Dalam melakukan tatalaksana dislipidemia, setidaknya ada tiga pertanyaan mendasar yang harus dijawab oleh dokter, di antaranya “apakah kadar kolesterol pasien saya harus diturunkan?”, “berapakah dosis statin yang harus saya berikan?” dan “berapakah target kadar kolesterol yang harus saya capai?”

“...ada perbedaan cukup mendasar panduan ACC/AHA 2013 dengan NCEP ATP III ...”

Untuk dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut dengan tepat, diperlukan adanya suatu panduan tatalaksana dislipidemia. Sebelum akhir tahun 2013, tatalaksana dislipidemia mengacu kepada panduan dari National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) berupa *Updated NCEP ATP III* yang dipublikasikan pada tahun 2004. Setelah hampir 10 tahun lamanya, American College of Cardiology dan American Heart Association (ACC/AHA) bersama dengan NHLBI mempublikasikan panduan terkini mengenai tatalaksana dislipidemia.

Terdapat perbedaan yang cukup mendasar antara panduan tatalaksana dislipidemia ACC/AHA 2013 dengan panduan *Updated NCEP ATP III* yang dipublikasikan

pada tahun 2004, beberapa di antaranya : (1) Tidak adanya target spesifik tertentu yang harus dicapai di dalam menurunkan kadar kolesterol LDL. Hal ini disebabkan usaha untuk menurunkan kadar kolesterol LDL hingga mencapai target tertentu seringkali berakibat pada *under-* maupun *overtreatment*; (2) Tatalaksana dislipidemia dalam mengurangi risiko kejadian penyakit jantung aterosklerosis membagi pasien di dalam 4 kelompok besar, yaitu: kelompok I-Pasien-pasien yang sudah menderita penyakit jantung aterosklerosis (*secondary prevention*), kelompok II-Pasien-pasien dengan kadar kolesterol LDL ≥ 190 mg/dL, kelompok III-Pasien-pasien diabetes yang berusia 40-75 tahun, dengan kadar kolesterol LDL 70-189 mg/dL yang tidak menderita penyakit jantung aterosklerosis, dan kelompok IV-Pasien-pasien tanpa diabetes atau tanpa penyakit jantung aterosklerosis dengan kadar kolesterol LDL 70-189 mg/dL tetapi memiliki risiko untuk mendapat penyakit jantung aterosklerosis dalam 10 tahun sebesar $\geq 7,5\%$ yang dihitung dengan new Pooled Cohort Equations (Yang dimaksud dengan penyakit jantung aterosklerosis di sini adalah *acute coronary syndromes*, riwayat infark miokard, angina stabil maupun tak stabil, riwayat revaskularisasi koroner ataupun arteri lainnya, *stroke*, TIA dan penyakit arteri perifer yang diduga disebabkan oleh aterosklerosis); (3) Pasien-pasien kelompok I dan II direkomendasikan untuk mendapat *high-intensity statin therapy*, sementara kelompok III dan IV dengan *moderate-intensity statin therapy*. *High-intensity statin* adalah kelompok statin yang dianggap mampu menurunkan kadar kolesterol LDL awal hingga

High-intensity statin	Moderate-intensity statin
Atorvastatin 40-80 mg	Atorvastatin 10 (20) mg
Rosuvastatin 20 (40) mg	Rosuvastatin (5) 10 mg
	Simvastatin 20-40 mg
	Pravastatin 40 (80) mg
	Lovastatin 40 mg
	Fluvastatin 2x40 mg

*Dosis statin yang tidak dicetak tebal adalah dosis yang disetujui oleh FDA namun tidak turut diuji dalam RCT pada penelitian ini

$\geq 50\%$ dan *moderate-intensity statin* adalah kelompok statin yang dianggap mampu menurunkan kadar kolesterol LDL awal hingga 30- $<50\%$; dan (4) Pasien dengan diabetes yang berusia <40 atau >75 tahun, terapi statin diberikan dengan mempertimbangkan keuntungan yang didapat pasien

dengan mengurangi risiko terjadinya penyakit jantung aterosklerosis terhadap efek samping serta interaksi obat yang dapat timbul.

Dengan demikian, panduan ACC/AHA 2013 ini membawa paradigma baru di dalam tatalaksana dislipidemia yang diharapkan dapat lebih baik dalam menurunkan

risiko terjadinya penyakit jantung aterosklerosis. **ST**

Referensi:

1. Stone NJ et al, 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults, *Journal of the American College of Cardiology* 2013)



Dokter Tidur Sehat, Pasien Selamat

dr. Andreas Prasadja, RPSGT
Sleep Disorder Clinic
RS. Mitra Kemayoran, Jakarta

Dokter adalah salah satu kelompok yang paling kurang tidur. Shift kerja bergilir, jam praktek panjang, jadwal "on-call", hingga konsul via telpon di tengah malam menjadi keseharian bahkan sejak masa

pendidikan. Malahan ada sahabat sering mengalami kecelakaan lalu lintas ringan karena tak dapat menahan kantuk setelah aktivitas sehari-hari di rumah sakit pendidikan.

Kesehatan, performa fisik, kognitif, dan stabilitas emosional dijaga dan disegarkan oleh tidur. Pengemudi truk di AS maksimum boleh berkendara 10 jam/hari, dan 60 jam tiap minggunya.

Setelah mengendara 10 jam, ia wajib beristirahat 8 jam. Seorang pilot tak boleh terbang lebih dari 30 jam / minggu atau 100 jam / bulan. Jika pilot demi keselamatan penumpang dibatasi waktu kerjanya, bagaimana dengan dokter? Kenyataannya kita kerap mengabaikannya, meski sadar kecepatan dan ketepatan kerja dokter sangat penting bagi nyawa pasien. Hasilnya?

Kesehatan kita dan keselamatan pasien jadi taruhannya.

Berikut fakta-fakta tentang tidur sehat bagi tenaga kesehatan:

- Kebutuhan tidur manusia dewasa adalah 7-9 jam/hari.
- Tidur < 5 jam sehari menurunkan konsentrasi dan kewaspadaan. Kurang tidur kronis (5-10 hari)

menurunkan kemampuan kognitif, motorik, dan stabilitas emosional.

- Tidak tidur 24 jam sama efeknya dengan kadar alkohol 0,1% dalam darah.
- Efek emosional dokter dengan kekurangan tidur tak ringan, seperti depresi, kehidupan keluarga yang buruk, tak mampu berempati pada pasien, hingga dorongan bunuh diri.

Beberapa penelitian tentang akibat kurang tidur pada dokter:

- Mengurangi daya kemampuan matematika dan bahasa. (*J Med Educ 1985.*)
- Menurunkan daya analisa hasil ECG. (*N Eng J Med 1971*)
- Hasil intubasi lebih buruk. (*Ann Emerg Med 1994*)
- Menambah waktu dan tingkat kesalahan tindakan medik. (*Lancet 1998, BMJ 2001.*)
- Meningkatkan kejadian kesalahan medis di ICU. (*N Eng J Med 2004*)
- Tingkatkan kecelakaan lalu lintas di kalangan medis. (*Acad Emerg Med 2000*)
- Memperburuk komunikasi dan empati pada pasien. (*J Med Educ 1986*)

Tips bagi para dokter:

- Tak ada satu zat pun dapat menggantikan efek restoratif tidur. Ketika sudah terlalu lelah dan melakukan kesalahan sederhana, seperti berulang kali salah menulis, segera cari waktu untuk beristirahat.
- Tidur 15-20 menit sudah cukup untuk memberikan kesegaran untuk melanjutkan pekerjaan.
- Kenali efek kafein, ia bekerja setelah 30 menit dikonsumsi dan baru akan hilang setelah 9-15 jam.
- Hindari operasi elektif di waktu biasanya tidur.
- Atur ruang operasi atau IGD seterang mungkin, agar kita lebih terjaga.
- Jika mengantuk setelah bertugas, jangan mengemudi!
- Gunakan kaca mata gelap selepas tugas malam, untuk membantu tidur di pagi hari.

Kesehatan dan keselamatan dokter dan pasiennya sangat penting. Para supervisor pasti pernah menemukan bagaimana staf / residen menjadi lamban, kurang konsentrasi dan salah mengambil keputusan setelah jam kerja yang panjang. Dokter / residen yang sedang mengantuk kerap melakukan kesalahan untuk hal sepele dan tidak jarang juga pada masalah yang lebih serius. Kesehatan dan keselamatan dokter serta perawatan terbaik bagi pasien harus selalu jadi perhatian utama. Kesehatan tidur dokter, diakui atau tidak, merupakan elemen yang paling penting untuk diperhatikan di sini. **MD**

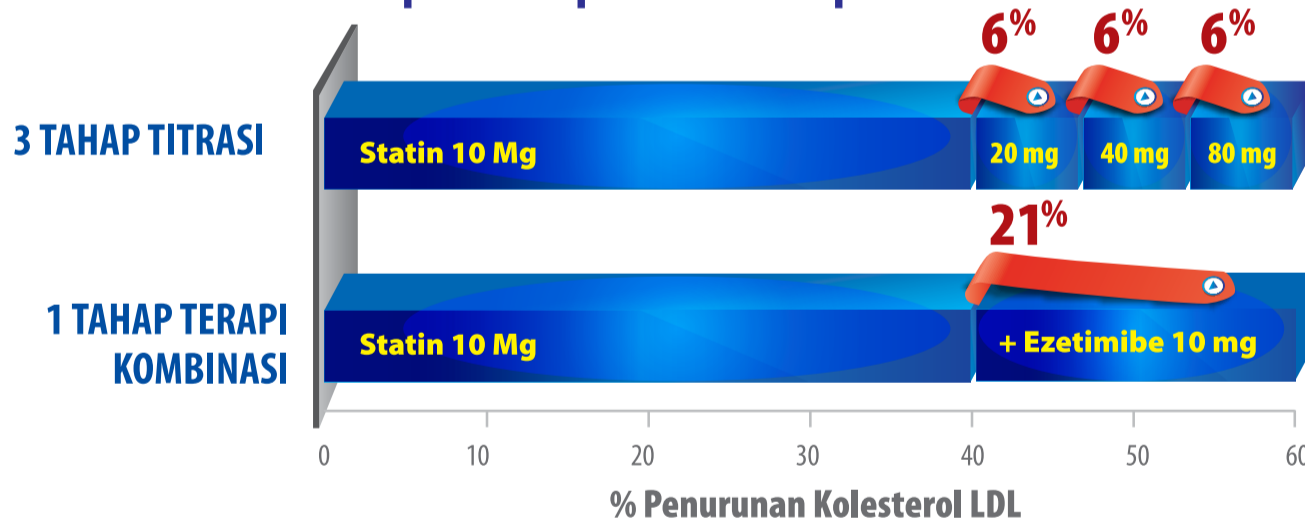
EZETROL® (ezetimibe)

**EZETROL + STATIN
HYBRID terapi**

**UNTUK PASIEN YANG TIDAK MENCAPI TARGET
DENGAN STATIN MONOTERAPI**

Tambahkan EZETROL® pada statin pilihan anda untuk penurunan LDL-C yang lebih besar³

Penurunan Bertahap: 1 Tahap atau 3 tahap?



Study design

Knopp (1999): General conclusion derived from a thorough overview of all available drug therapy for lipid disorders at the time of publication. The review focused on the characteristics of statin in particular. The 6 statins highlighted were lovastatin, pravastatin, simvastatin, atorvastatin, fluvastatin, and cerivastatin. Gagne C, et al (2002): The efficacy and safety of adding ezetimibe to ongoing statin therapy in patients with primary hypercholesterolemia was evaluated in a randomized, double-blind, placebo-controlled study. The study group included 769 adults (aged < 18 years) with primary hypercholesterolemia who had not achieved NCEP ATP II goals with dietary alteration and statin monotherapy. Patients receiving a stable dose of a statin for > 6 weeks were randomized to receive concurrent treatment with placebo (n = 390) or ezetimibe (n = 379), 10 mg/day, in addition to continuing their open-label statin for 8 weeks. The primary efficacy variable was the percent change in low-density lipoprotein (LDL) cholesterol from baseline with statin monotherapy to end point after intervention. Ongoing statin therapy plus ezetimibe led to change of = 23.1% for LDL cholesterol (HDL cholesterol = 2.7%; triglycerides = 14.0%) compared with LDL cholesterol = 3.7% (p < 0.001), HDL cholesterol = 1.0% (< 0.05), and triglycerides = 2.9% (< 0.001) for placebo added to ongoing statin therapy. Among patients not at LDL cholesterol goal at-on statin baseline, 71.5% receiving statin plus ezetimibe versus 18.9% receiving statin plus placebo reached goal at end point (Odds ratio 23.7; p < 0.001).

PRODUCT INFORMATION EZETROL

Indications: EZETROL® administered with a statin or alone, is indicated as adjunctive therapy to diet for the reduction of elevated total-C, LDL-C, Apo B, and triglycerides (TG), and to increase HDL-C in adult and adolescent (aged 10 to 17 years) patients with primary (heterozygous familial and nonfamilial) hypercholesterolemia. EZETROL® administered in combination with fenofibrate, is indicated as adjunctive therapy to diet for the reduction of elevated total-C, LDL-C, Apo B, and non-HDL-C in adult patients with mixed hyperlipidemia. EZETROL® administered with simvastatin, is indicated to reduce the risk of major cardiovascular events in patients with chronic kidney disease. **Dosage and Administration:** The recommended dose of EZETROL® is 10 mg once daily, used alone, with a statin, or with fenofibrate. **Use in Renal Impairment/Chronic Kidney Disease:** Monotherapy - In patients with renal impairment, no dosage adjustment of EZETROL® is necessary. **Combination Therapy with Simvastatin** - In patients with mild renal impairment (estimated GFR ≥ 60 mL/min/1.73 m²), no dosage adjustment of EZETROL® or simvastatin is necessary. In patients with chronic kidney disease and estimated GFR < 60 mL/min/1.73 m², the dose of EZETROL® is 10 mg and the dose of simvastatin is 20 mg once a day in the evening. In such patients, the use of higher doses of simvastatin should be closely monitored. **Selected Safety Information About EZETROL®:** **Contraindications:** EZETROL® is contraindicated in patients with hypersensitivity to any component of this medication. When EZETROL® is to be administered with a statin or with fenofibrate, please refer to the Package Insert for that particular medication. **Precautions:** When EZETROL® is to be administered with a statin or with fenofibrate, please refer to the Package Insert for that particular medication. When EZETROL® is coadministered with a statin, liver function tests should be performed at initiation of therapy and according to the recommendations of the statin. EZETROL® is not recommended in patients with moderate or severe hepatic insufficiency. Patients starting therapy with EZETROL® should be advised of the risk of myopathy and told to report promptly any unexplained muscle pain, tenderness, or weakness. EZETROL® and any statin that the patient is taking concomitantly should be immediately discontinued if myopathy is diagnosed or suspected. The coadministration of ezetimibe with fibrates other than fenofibrate is not recommended. Caution should be exercised when initiating ezetimibe in the setting of cyclosporine. **Pregnancy and Nursing Mothers:** **Pregnancy:** No clinical data on exposed pregnancies are available. Caution should be exercised when prescribing EZETROL® to pregnant women. **Nursing Mothers:** EZETROL® should not be used in nursing mothers unless the potential benefit justifies the potential risk to the infant. **Drug Interactions:** Concomitant therapy with cyclosporine increases exposure of ezetimibe and cyclosporine. **Side Effects:** In clinical trials, the following common (≥ 1/100, < 1/10) drug-related adverse experiences were reported in patients taking EZETROL® administered alone: abdominal pain, diarrhea, flatulence, fatigue, or coadministration with a statin: ALT and/or AST increased, headache, myalgia; or coadministration with fenofibrate: abdominal pain. **Use in Special Populations: Pediatric Patients:** Children and adolescents ≥ 6 years: No dosage adjustment is required. Children < 6 years: Treatment with EZETROL® is not recommended. **For more information on indications, precautions, and side effects, please consult the full Prescribing Information.**

REFERENCES: 1. Leitersdorf E. Intl. J Clin Pract. 2001;56:116-119. 2. Bays H. Ezetimibe. Expert Opin Investig Drugs. 2002; 11:1578-1604. 3. Gagne C, Bays HE, Welles SR et al. Am. J Cardiol 2002;90:1084-1091.



PT. Merck Sharp & Dohme Indonesia
27th Floor Wisma BNI 46,
Jl. Jend Sudirman Kav. 1, Jakarta 10220 - Indonesia
Card 1102490-0000



Waspadai Penyakit Kelamin pada Anak

Beberapa dekade lalu, infeksi menular seksual (IMS) pada anak merupakan hal yang dianggap jarang ditemukan, sehingga relatif tidak menjadi perhatian praktisi medis. Namun saat ini data menunjukkan adanya tendensi peningkatan kasus IMS pada anak dan remaja. Hal ini diduga kuat berkorelasi dengan meluasnya penyalahgunaan teknologi informasi untuk pornografi. Pornografi membuat sebagian orang tidak mampu menggunakan lagi nalar dan nurani dalam menyalurkan hasrat seksual, sehingga menjadikan kelompok yang lemah, yaitu anak, sebagai sasaran tindakan kekerasan seksual.

Dr. Reiva Farah Dwiyaana, Sp.KK, M.Kes, dari Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RS Hasan Sadikin – FK Universitas Padjajaran Bandung mengemukakan, adanya penyakit kelamin pada anak yang kemungkinan besar dilatarbelakangi riwayat tindakan kekerasan seksual harus menjadi salah satu perhatian dokter. “Sebagai dokter yang menerima pasien, janganlah kita menutup mata akan kemungkinan pasien anak terkena penyakit kelamin,” ujarnya dalam simposium “*Skin and Genital Care from Infancy to Adolescence*” di Jakarta pada bulan Desember 2013. Data di seluruh dunia menyebutkan infeksi menular seksual yang paling sering ditemukan adalah klamidia, gonore, infeksi human papiloma virus, herpes simpleks virus, dan bahkan sifilis.


Menurut Dr. Reiva, ada beberapa ciri perilaku pasien anak dengan keluhan

seputar genital yang harus diamati terkait kemungkinan tindak kekerasan seksual. “Umumnya anak akan tampak ketakutan lebih dari sewajarnya, dan menjadi semakin histeris ketika diminta untuk membuka celana untuk diperiksa,” lanjutnya. Dalam kondisi menghadapi pasien seperti ini, dokter juga harus berhati-hati, dan pemeriksaan harus didampingi oleh perawat dan orang tua /

wali pasien. Penjelasan dan persetujuan tindakan medis (*informed consent*) harus dilakukan dalam bahasa yang mudah dimengerti dan jelas. Pemeriksaan pun harus dilakukan dengan hati-hati dan teliti untuk menentukan kemungkinan ada tidaknya tanda-tanda yang mengarah pada riwayat tindakan kekerasan seksual pada pasien tersebut.

ML





**PEDIATRIC ENDOCRINOLOGY CHAPTER
INDONESIAN PEDIATRIC SOCIETY**

Endorsed by
**Indonesian Pediatric Society
DKI Jakarta Branch**

**CALL FOR PAPER
DEADLINE!
15 MARCH 2014**

2nd

PEDIATRIC

ENDOCRINOLOGY UPDATE

With the Theme

“Enhancing Pediatrician Competency in Endocrine Problems”

JS Luwansa Hotel & Convention Center
Jakarta

Sunday – Monday, 11 – 12 May 2014

HOT TOPICS

This update meeting is to bring the participants recent updates on the diagnosis and treatment of frequently recognized endocrinology conditions affecting children in daily practices. The topics include:

- Growth & Thyroid Symposia: Short Stature, the Pediatrician Specialty - Newborn Screening Result, What Does It Mean?
- Puberty Symposia: Infertility Origin in Pediatric Population - Tall but Short
- DSD Symposia: External Genitalia Abnormalities - DSD Without Ambiguity (Hypospadias, Undescended Testis, etc) - Ambiguous Genitalia and Child's Future
- Endocrine Emergencies Symposia: Hypoglycemia, the Endocrine Rationale - Electrolyte Imbalance, When Is It Endocrinological? - Maintaining Water and Electrolyte Homeostasis in Children
- Bone Disorders Symposia: Fracture in Children, The Primary Cause - Are We Disrupting Our Child Bone Health?
- Adolescent Symposia: Menstrual Disorders for Pediatricians
- Diabetes Symposia: Deciding Your Patients' Insulin Regimen - Insulin Resistance in Metabolic Syndrome

URGE REGISTRATION FOR

Endocrinologists -both pediatric and adults, General Practitioners, General Pediatricians, Obstetric Gynecologist, Clinical Pathologist, Radiologist -with an interest Clinical Endocrinology and Metabolism


INVITED OVERSEAS SPEAKER

Dr. Reiko Horikawa, MD, PhD (Japan)
Chief, Division of Endocrinology and Metabolism, National Center for Child Health and Development/Certified Pediatrician (certified by Japan Pediatric Society), Certified Pediatric Endocrinologist (certified by Japan Endocrine Society)


AND WELL-KNOWN NATIONAL SPEAKERS:

- Jose R.L. Batubara
- Erwin Soenggoro
- Bambang Tridjaja
- Nanis S. Marzuki
- Aman B. Pulungan
- Frida Soesanti
- Arrie Rodjani
- Endang Triningsih

SECRETARIAT



Pediatric Endocrinology Chapter
Indonesian Pediatric Society (IDAI)
Gedung IDAI, Jalan Dempo No.7,
Matraman Dalam, Jakarta Pusat
Tel: 021.3148610 Fax: 021.3913982



C/O. Global echo Organizer convex
Jl. Kebon Sirih Timur No. 4, Jakarta Pusat 10340
Phone : +6221 2305835/3149318/3149319
Hot Line : +62811882080
Fax : +6221 3153392
E-mail : secretariat@geoconvex.com

Rontgen Bukan Dasar Diagnosis TB Anak

Dapatkan pemeriksaan rontgen menjadi dasar diagnosis tuberkulosis (TB) pada anak? Menurut **dr. Ratno Sidauruk Sp.A,** dari Div. Pencitraan Ilmu Kesehatan Anak, RS Cipto Mangunkusumo, Jakarta, “Seringkali gambaran tuberkulosis pada anak tidak khas, sehingga dalam menegakkan diagnosis tetap lebih mementingkan klinis. Rontgen hanyalah salah satu pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis.”

Bila memang dicurigai TB, dilakukan pemeriksaan rontgen toraks AP (bukan PA) dan lateral kanan. “Pemeriksaan posisi AP karena secara teknis lebih memungkinkan pada anak. Pemeriksaan foto lateral kanan karena akan memberi gambaran lebih jelas adanya pembesaran kelenjar getah bening di hilus. Gambaran yang ditemukan pada TB adalah infiltrat, pembesaran KGB hilus, dan kalsifikasi. Bila TB berat, dapat ditemukan konsolidasi, atelektasis, milier, efusi pleura, atau bahkan destroyed lung.” lanjutnya. ML

HOT SHOT: Teknik Hidrasi Optimal Untuk Mengatasi Panas dan Kehilangan Cairan Saat Berolahraga



dr. Samuel Oetoro, MS, Sp.GK

"...Tubuh masih butuh asupan mineral, sehingga yang direkomendasi adalah minuman air yang mengandung mineral.."



dr. Bambang Djarwoto, Sp. PD-KGH

"...46,1% remaja dan 42,5% remaja kurang cairan. Ini fakta, bukan mitos!.."



Dr. Rachmad Wishnu Hidayat, Sp.KO

"...Pada saat sebelum latihan fisik, kita dianjurkan untuk minum sebanyak 500-600 ml.."

Berempat di Hotel Ritz Carlton Mega Kuningan, Jakarta, tanggal 25 Februari 2014 lalu Perhimpunan Dokter Spesialis Kesehatan Olahraga (PDSKO) bekerja sama dengan PT Tirta Investama menyelenggarakan *talkshow HOT SHOT* untuk kedua kalinya. *Talkshow HOT SHOT* yang berarti *Hydration Optimization Techniques* sebagai tembak jitu untuk menurunkan panas yang membara akibat kehilangan cairan saat olahraga ini dibawakan oleh para pakar di bidangnya, dihadiri dokter spesialis kesehatan olahraga, para instruktur, dan *personal trainer* dari klub-klub kebugaran di Jakarta.

Air sangat diperlukan oleh tubuh, dan sekitar 60% dari berat badan kita adalah air. Yang mungkin tidak banyak diketahui, ternyata otot memiliki kandungan air yang tinggi sekitar 73%. Karenanya, agar otot dapat mengembang, kebutuhan tubuh akan air harus tercukupi. Agar air dapat masuk ke dalam sel diperlukan keseimbangan elektrolit yang berbeda-beda pada setiap kelompok usia.

Selain elektrolit, mineral juga berperan dalam mengatur air yang masuk dan keluar sehingga bentuk sel tetap terjaga. Oleh karena itu, kita perlu mengonsumsi air yang mengandung mineral. Air destilasi atau *pure water* sebenarnya tidak disarankan karena tidak mengandung mineral. Biasanya air destilasi ini digunakan untuk keperluan farmasi dan kosmetika.

Sama halnya dengan air destilasi, air yang mengandung oksigen ataupun air yang bersifat

basa dinilai kurang memberikan manfaat. Ini karena oksigen diedarkan ke seluruh tubuh melalui proses di saluran pernafasan, bukan saluran cerna. Sementara air yang bersifat basa begitu memasuki lambung dan bercampur dengan cairan lambung akan kehilangan sifat basanya.

Bagaimana dengan minuman isotonik? Banyak orang beranggapan setelah berolahraga tubuh mengeluarkan keringat yang mengandung banyak garam. Padahal menurut **dr. Samuel Oetoro, MS, Sp.GK**, penelitian menunjukkan 99% kandungan keringat adalah air, dengan kadar elektrolit rendah. Apabila kita melakukan latihan yang berat, seperti lari marathon dan cuaca sangat panas, maka penggantian elektrolit memang diperlukan. Namun apabila kita tidak melakukan latihan fisik yang berat, seperti misalnya olah raga selama satu jam di gym, maka tubuh tidak memerlukan minuman berelektrolit. Untuk keadaan seperti ini minuman yang direkomendasi adalah minuman yang mengandung sedikit NaCl, bukan minuman isotonik, agar lebih cepat masuk ke dalam sel tubuh.

Tanpa disadari, banyak orang mengalami kekurangan cairan. Dikatakan oleh **dr. Bambang Djarwoto, Sp. PD-KGH**, sebanyak 46,1% remaja dan 42,5% orang dewasa mengalami kekurangan cairan. Ketika mengalami kekurangan cairan, kemampuan fisik akan menurun dan menimbulkan gejala seperti sulit berkonsentrasi dan mudah lelah, sehingga diperlukan adanya



keseimbangan antara cairan yang masuk dan keluar tubuh. Tubuh diperkirakan memerlukan 8 gelas air per hari. Namun akan perlu ditambah saat berolahraga atau latihan jasmani karena pada saat itu metabolisme tubuh meningkat sehingga terjadi peningkatan suhu.

Ternyata, pria cenderung berkeringat lebih banyak dibandingkan wanita. Ini karena pria memiliki kandungan otot yang lebih banyak. Keringat (cairan) yang keluar harus diganti, karena bila terjadi kekurangan cairan saat latihan jasmani / olahraga akan berisiko terjadinya cedera, seperti misalnya menjadi kurang fokus saat latihan treadmill. Semakin berat intensitas latihan dan semakin lama waktu latihan maka tubuh semakin panas. Namun intensitas latihan tidak dapat dinilai semata dari keringat yang muncul. Dalam ruangan ber-AC, keringat cepat menguap karena kelembabannya yang rendah sehingga kita merasa tidak berkeringat. Kebutuhan cairan saat melakukan latihan jasmani di dalam ruangan, sama

pentingnya dengan latihan jasmani di tempat terbuka.

Pemenuhan kebutuhan cairan pada latihan jasmani memiliki perbedaan dengan pemenuhan kebutuhan cairan sehari-hari. **Dr. Rachmad Wishnu Hidayat, Sp.KO**, menekankan pentingnya menjaga asupan cairan bahkan sejak sebelum kita memulai latihan jasmani. Hal ini karena penelitian menunjukkan hampir 90% anak dan 36% orang dewasa mengalami dehidrasi sebelum berolahraga. Selain menyebabkan performa olahraga tidak optimal, mereka yang mengalami dehidrasi sebelum berolahraga menjadi rentan untuk mengalami cedera.

Dr. Rachmad menyarankan minum 500-600 ml air empat jam sebelum memulai latihan jasmani, yang dapat ditambahkan jumlahnya apabila kita belum berkemih hingga 2 jam sebelum latihan. Bila sudah berkemih dan warna urin terlihat gelap, tambahkan 3-5 ml air per kg BB, kemudian ditambahkan sekitar 250-350 ml atau segelas air kira-kira 10-15 menit sebelum latihan.

Bila latihan jasmani dilakukan kurang dari 60 menit, kita dapat minum 100-250 ml air putih tiap 15-20 menit.

Apabila kita berlatih dengan intensitas tinggi selama 60 menit atau lebih, kita dapat minum *sport drink* atau minuman isotonik berkarbohidrat dan elektrolit. Olahraga dengan intensitas tinggi dan durasi lama akan menguras cadangan gula di otot sehingga perlu segera diganti.

Setelah selesai latihan jasmani disarankan untuk minum 600-700 ml air tiap penurunan 0,5 kg berat badan. Oleh karena itu, kita perlu menimbang berat badan sebelum dan sesudah latihan. Suhu air minum yang disarankan sekitar 15-21°C agar mudah diserap tubuh. Idealnya kekurangan cairan harus tergantikan dalam 2 jam pasca latihan. Tidak perlu khawatir mengenai mitos minum air yang bersuhu sejuk / dingin dapat meningkatkan berat badan, karena berat badan dipengaruhi oleh otot, lemak, tulang dan air, bukan suhu air minum. **ST**

Liputan *National Basal Summit 2014*

Perkembangan Insulin Basal untuk Regulasi Glikemik yang lebih Baik



Baru-baru ini Novo Nordisk mengadakan *National Basal Summit 2014* di hotel Sanur Paradise, Bali yang dihadiri oleh lebih dari 200 dokter baik spesialis maupun dokter umum. Acara yang diselenggarakan bekerja sama dengan Perkeni Bali ini bertujuan untuk menyegarkan pengetahuan para dokter mengenai insulin basal, Perkembangan insulin basal dalam dunia kedokteran memberikan cakrawala baru pada penanganan diabetes melitus. Pada prinsipnya insulin basal akan dikembangkan dan diharapkan generasi baru nantinya akan memberikan kendali glikemik yang lebih baik dengan angka kejadian hipoglikemia lebih rendah. Berikut adalah saripati dari topik-topik menarik yang dibawakan oleh para pembicara di acara tersebut.

Prof. Dr. dr. Ketut Suastika Sp.PD-KEMD, membuka acara dengan

sehingga meminimalisir terjadinya hipoglikemia.

Prof. Dr. dr. Agung Pranoto, SpPD-KEMD, setelah membahas mengenai teori insulin basal acara dilanjutkan oleh Prof. Dr. dr. Agung Pranoto, SpPD-KEMD dari Surabaya. Beliau membahas mengenai penggunaan insulin basal dalam praktik sehari-hari. Sebenarnya sangat mudah memulai insulin basal cukup dengan memberikan suntikan insulin basal 10 unit per hari, kemudian dosis dititrasikan setiap 3 hari sampai target gula darah puasanya tercapai. Memang tidak mudah untuk mengajak pasien agar mau disuntik insulin, itulah sebabnya dibutuhkan edukasi dan motivasi dari dokter kepada pasien supaya pasien bisa menerima bahwa terapi insulin adalah salah satu terapi yang efektif dalam mengendalikan gula darah pasien. Sebelum mengakhiri sesi beliau, Prof.



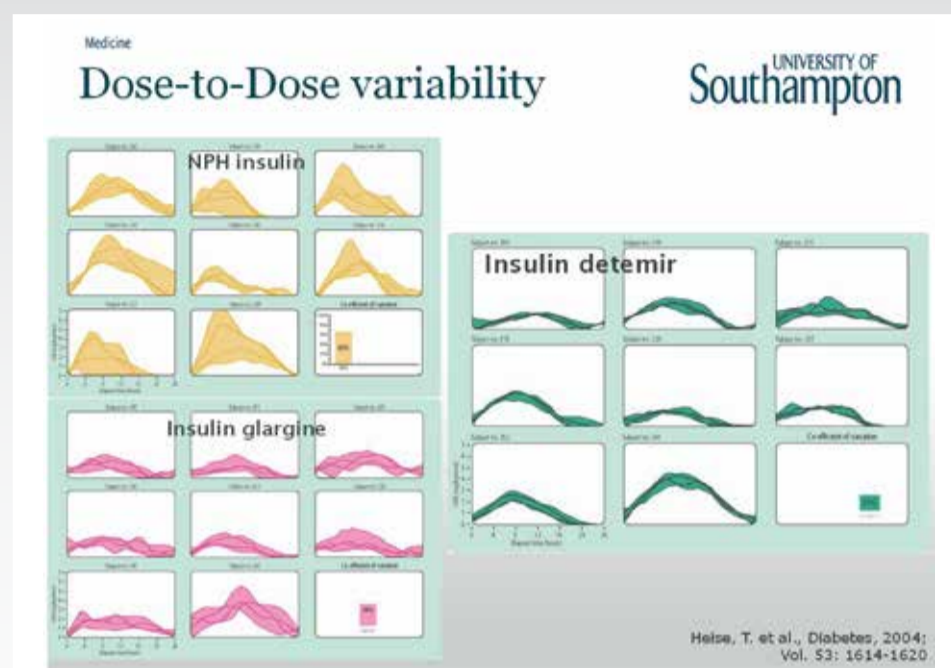
Gambar 1. Suasana diskusi terbuka membahas mengenai situasi terkini penggunaan insulin basal di Indonesia.

memaparkan fakta tentang penggunaan insulin pada pasien, di mana banyak klinisi mempunyai ketakutan untuk menggunakan insulin, di mana hipoglikemiasih menjadi alasan utama. Hal ini mengkhawatirkan, oleh karena data-data menunjukkan bahwa pada saat diabetes melitus tipe 2 (DM2) terdiagnosis, lebih dari 50% fungsi sel beta pankreas sudah menurun. Penurunan ini bersifat progresif, sehingga akhirnya insulin akan dibutuhkan untuk kontrol gula darah dalam rangka mencegah terjadinya komplikasi mikro dan makro-vaskular.

Insulin basal memegang peranan penting dalam pencapaian target gula darah pasien, insulin kerja menengah (NPH) masih memungkinkan terjadinya hipoglikemia dikarenakan masih adanya *peak*, kelemahan ini bisa diatasi dengan pemberian basal insulin analogseperti insulin Detemir dimana lebih *flat*

Agung juga memberikan interactive quiz untuk mengevaluasi peserta memahami *lecture* yang beliau sampaikan.

Dr. Dante Saksono PhD, Sp.PD-KEMD, mengungkapkan konsep MAGE (*mean amplitude of glycemic excursion*) dalam pencegahan komplikasi mikro dan makro-vaskular pada DM2. Konsep ini mengemukakan bahwa, dalam pencegahan komplikasi DM2, ternyata mencapai target glikemik standar (A1C, GDP dan GD2PP) saja tidak cukup. Perubahan kadar gula darah yang lebar, seperti pada saat terjadi hipoglikemia dan hiperglikemia *post-prandial*, juga dikaitkan dengan peningkatan risiko kardiovaskular yang signifikan. Peningkatan risiko ini, disebabkan oleh karena perubahan ini menyebabkan terjadinya peningkatan stres oksidatif pada jaringan, terutama pada jaringan endotel. Hal inilah yang menyebabkan tidak hilangnya risiko kardiovaskular,



Gambar 2. Insulin Detemir memiliki dose to dose variability terendah diantara ketiga jenis insulin basal yang digunakan saat ini.

Summary

Insulin naïve participants initiated on IDet (Indonesia)

	Baseline HbA _{1c}	Δ HbA _{1c}	Efficacy		Safety	Other
			Δ FPG	Δ PPG	Hypoglycaemia	Weight neutral
IDet	9.5%	↓2.2%	↓101 mg/dL	↓115 mg/dL	↓	↑0.9*

Significant improvement (p<0.001)

Achieve
Together, we can

*p<0.001



Gambar 3. Inisiasi insulin basal Detemir pada pasien dengan antidiabetik oral di Indonesia, tidak dikaitkan dengan peningkatan insidens hipoglikemia.

bahkan pada pasien DM2 yang mempunyai regulasi gula darah yang baik sekalipun.

Hipoglikemia, merupakan faktor penting yang berperan dalam meningkatkan angka kejadian kardiovaskular pada DM tipe 2. Sebagaimana telah diperlihatkan oleh studi ADVANCE dan ACCORD, yang menunjukkan peningkatan mortalitas oleh karena aritmia jantung pada saat hipoglikemia.

Insulin-insulin analog generasi terbaru dirancang untuk mengatasi masalah variabilitas di atas. Sebelumnya insulin kerja panjang (NPH) mempunyai masa kerja kurang dari 24 jam, peak yang sering menyebabkan hipoglikemia dan variabilitasnya masing sangat tinggi sehingga efek samping hipoglikemia juga lebih besar. Sebaliknya, insulin basal analog seperti Detemir dan Glargine telah dirancang untuk mempunyai masa kerja yang panjang dengan variabilitas yang lebih kecil, demikian disampaikan oleh **Prof. Richard Holt MA, MB, BChir, PhD, FRCP, FHEA** dari **University of**

Southampton, UK.

Hasil-hasil studi terhadap kedua insulin basal analog tersebut telah menunjukkan hasil yang baik, di mana variabilitas gula darah dan kejadian hipoglikemia pada pasien-pasien yang menggunakan insulin basal analog secara signifikan lebih rendah dibandingkan dengan yang menggunakan NPH.

Prof. Dr. dr. Pradana Soewondo Sp.PD-KEMD, mengemukakan study A1chieve, dimana Indonesia juga termasuk dalam penelitian A1chieve ini. Menurut Prof. Dr. dr. Pradana Soewondo, SpPD-KEMD di study A1chieve detemir terbukti mampu menurunkan HbA_{1c} sampai dengan 2,2%, memperbaiki GDP and GD2PP serta menurunkan risiko hipoglikemia. **Professor Robert Chen** dari Australia, menambahkan bahwa kedepan akan ada pengembangan insulin basal, dikarenakan insulin basal mempunyai peranan penting dalam terapi diabetes tipe 2. Generasi baru insulin basal kedepannya diharapkan bisa menjawab beberapa kebutuhan pasien yang selama ini belum terpenuhi.

Tips Praktis Menghadapi Kejang pada Anak

dr. Amanda Soebadi, SpA

Dept. Ilmu Kesehatan Anak

RS Cipto Mangunkusumo, Jakarta

Kejang adalah salah satu kedaruratan neurologis yang paling sering dijumpai di IGD. Dua sampai lima persen anak pernah mengalami kejang sebelum usia 5 tahun. Berikut beberapa tips praktis tata laksana kejang pada anak bagi dokter jaga Instalasi Gawat Darurat (IGD):

1. Pertolongan pertama: Jangan lupa A-B-C

Saat anak datang dengan kejang, penampilan kejang yang tampak menakutkan sering membuat kita "gatal" untuk segera memberikan obat. Namun seperti pada semua kasus gawat darurat, hal pertama yang harus dilakukan adalah mengamankan jalan napas (*Airway*) dengan cara memiringkan pasien, agar muntahan / benda lain yang ada dalam mulut dapat keluar. Jangan memasukkan benda apapun ke dalam mulut karena dapat menyebabkan aspirasi. Berikan oksigen (*Breathing*), dan pasang akses vena bila memungkinkan (*Circulation*).

2. Perhatikan urutan pemberian antikonvulsan

Pemberian obat antikonvulsan yang benar pada saat yang tepat sangat menentukan tata laksana kejang selanjutnya. Diazepam sebagai antikonvulsan lini pertama hanya boleh diberikan maksimum dua kali, baik intravena maupun rektal. Misal, jika di rumah pasien sudah mendapat diazepam rektal satu kali, maka di IGD diazepam hanya boleh diberikan satu kali lagi. Pemberian diazepam berlebihan dapat menyebabkan depresi pernapasan. Jika setelah dua kali pemberian diazepam kejang belum berhenti atau pasien kejang kembali, maka perlu diberikan antikonvulsan lini kedua, yaitu fenitoin atau fenobarbital.

3. Jangan lupa loading dose

Fenitoin dan fenobarbital merupakan antikonvulsan *medium-onset, long-acting*. Untuk menghentikan kejang akut perlu diberikan terlebih dahulu *loading dose* 20 mg/kg intravena, secara bolus pelan untuk fenobarbital dan secara *drip* dalam NaCl 0,9% dengan pengenceran 10 mg/ml dalam 15-20 menit untuk fenitoin. Dengan cara ini, efek terapi tercapai dalam 10-30 menit. Jika langsung diberikan dosis rumatan tanpa *loading dose*, dosis terapi baru akan tercapai dalam beberapa hari. Sebaiknya berkonsultasi dengan dokter

spesialis anak sebelum pemberian antikonvulsan lini kedua ini.

4. Tidak semua anak kejang perlu pemeriksaan laboratorium lengkap

Pemeriksaan laboratorium dan penunjang lain pada anak dengan kejang bergantung pada dugaan penyebab. Pemeriksaan elektrolit dilakukan pada anak dengan diare dehidrasi berat dan dugaan ensefalopati metabolik, pemeriksaan gula darah sewaktu bila diduga hipoglikemia, dan CT-scan kepala bila dicurigai perdarahan intrakranial. Pada kejang demam (kejang didahului demam, sebelum dan sesudah kejang anak kompos mentis) tidak diperlukan pemeriksaan laboratorium, elektroensefalografi (EEG), maupun pencitraan. Pungsi lumbal dilakukan bila ada kecurigaan infeksi susunan saraf pusat.

5. Kejang demam tidak selalu memerlukan pengobatan jangka panjang dan tidak berubah menjadi epilepsi

Pengobatan jangka panjang pada kejang demam hanya diberikan jika terdapat kejang lama (>15 menit), adanya kelainan neurologis yang nyata sebelum atau sesudah kejang, kejang



fokal, dan dipertimbangkan bila kejang berulang dua kali atau lebih dalam 24 jam, kejang demam pada bayi kurang dari 12 bulan, dan kejang demam 4 kali

atau lebih dalam satu tahun. Kurang dari 5% anak dengan kejang demam akan mengalami epilepsi di kemudian hari. **MD**

Konsumsi kacang-kacangan pada wanita hamil dapat mengurangi alergi

Wanita hamil yang mengonsumsi kacang tanah dan kacang-kacangan lainnya selama kehamilan

dapat mencegah keturunan mereka untuk menderita alergi terhadap kacang. Penelitian terhadap ibu-

ibu hamil yang dilakukan oleh Michael Young MD dari *Boston's Children Hospital, Massachusetts*

mengungkapkan adanya hubungan terbalik antara terjadinya alergi kacang-kacangan dengan konsumsi kacang





Asian Pacific Digestive Week
AP DW 2014 BALI

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





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

Organised by 

Hosted by    

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

oleh ibu sebanyak lima kali atau lebih dalam sebulan, dibandingkan dengan mereka yang kurang mengonsumsi kacang. (OR 0,31; IK 95% 0,13-0,75).

Adanya studi ini mendukung hipotesis bahwa paparan dini terhadap alergen dapat meningkatkan terjadinya toleransi dan menurunkan risiko alergi makanan pada masa kanak-kanak. Namun demikian studi-studi sebelumnya menunjukkan adanya hubungan searah antara alergi makan pada anak-anak dan pola makan ibu pada masa akhir dan setelah kehamilan, termasuk telur dan kacang-kacangan.

Panduan-panduan klinis terkini mendukung pola makan terbuka terhadap alergen-alergen yang potensial, sehingga ibu-ibu hamil dibebaskan untuk makan sesuai dengan keperluan gizi dan kesukaannya selama masa hamil. Selain itu, menambahkan kacang-kacangan pada diet semasa hamil juga mampu meningkatkan asupan protein dan asam folat, yang berguna untuk mencegah gangguan perkembangan syaraf. **ss**

Peranan San Fransisco Syncope Rule Dalam Menilai Sinkop Yang Mengancam Keselamatan Pasien

Sinkop atau “pingsan” merupakan kehilangan kesadaran sementara dan kekuatan postural tubuh secara tiba-tiba, yang diakibatkan oleh hipoperfusi serebral global sesaat dengan karakteristik berupa onset yang cepat, durasi yang singkat dan dapat pulih dengan sempurna secara spontan. Dengan adanya hipoperfusi global dan keempat karakteristik sinkop tersebut, kita dapat membedakan sinkop dengan keadaan lain yang juga mengakibatkan kehilangan kesadaran, seperti misalnya epilepsi. Terdapat pula istilah presinkop yang sering digunakan untuk menggambarkan “perasaan seperti mau pingsan” yaitu hilangnya kekuatan postural tubuh dan kepala terasa ringan, yang terjadi sebelum kehilangan kesadaran. Seseorang dapat saja mengalami presinkop tanpa harus berlanjut menjadi sinkop.

Sinkop harus menjadi perhatian kita sebagai klinisi, dikarenakan hampir sepertiga dari orang dewasa dikatakan pernah mengalami paling sedikit satu kali serangan sinkop

selama hidupnya. Serangan pertama umumnya terjadi di antara usia 10 dan 30 tahun, di mana 47% wanita dan 15% pria mengalami puncak serangan pada usia sekitar 15 tahun. Hanya 5% orang dewasa yang mengalami serangan pertama di atas usia 40 tahun. Namun demikian, data menunjukkan peningkatan serangan sinkop pada pria dan wanita yang berusia di atas 65 tahun.

Sinkop dapat diklasifikasikan menjadi 3 bagian besar, di antaranya adalah sinkop refleks atau sinkop yang dimediasi oleh persyarafan termasuk sinkop vasovagal yang sering terjadi pada seseorang yang mengejan saat berkemih dan sinkop sinus karotis yang dapat terjadi pada seseorang dengan kerah kemeja yang terlalu ketat yang menekan sinus karotis. Selain sinkop refleks, terdapat pula sinkop yang terkait dengan hipotensi ortostatik, di mana terjadi gangguan pada sistem otonom yang bersifat kronis sehingga gagal untuk memberikan respon vasokonstriksi yang memadai saat berdiri, di mana terjadi penurunan volume darah balik vena ke jantung dalam jumlah besar. Yang terakhir, sinkop dapat

disebabkan oleh adanya gangguan pada jantung yang disebut juga dengan sinkop kardiak. Aritmia adalah penyebab tersering sinkop kardiak, sehingga direkomendasikan untuk melakukan pemeriksaan EKG pada pasien sinkop.

Saat menerima pasien sinkop, selain mencoba untuk mencari etiologi sinkop dan melakukan tatalaksana, kita juga memikirkan apakah pasien sinkop perlu mendapat perawatan di rumah sakit. Hal yang dapat menjadi pertimbangan kita dalam memutuskan perawatan adalah apakah serangan sinkop yang terjadi ini memiliki risiko yang tinggi terhadap keselamatan pasien. Salah satu sarana yang dapat digunakan dalam menilai risiko ini adalah San Fransisco Syncope Rule.

San Fransisco Syncope Rule menggunakan 5 parameter CHES, yaitu *Congestive heart failure* (adakah riwayat gagal jantung kongestif), *Hematocrit* <30% (kadar hematokrit <30%), *ECG abnormality* (adakah penemuan yang abnormal pada rekaman EKG 12 lead, termasuk perubahan gambaran EKG yang bersifat baru atau tidak didapatkan

gambar sinus rhythm), *Shortness of breath* (adakah riwayat sesak nafas), dan *Systolic blood pressure* <90mmHg (tekanan darah sistolik <90 mmHg). Adanya salah satu saja dari 5 parameter ini pada pasien yang mengalami serangan sinkop, maka ia dinilai memiliki risiko tinggi untuk meninggal, terkena infark miokard, aritmia, emboli paru, stroke, perdarahan subaraknoid ataupun kondisi lain yang dapat menyebabkannya kembali ke rumah sakit dalam 30 hari setelah serangan.

Sebuah *systematic review* mengenai San Fransisco Syncope Rule di tahun 2011 yang dilakukan oleh Saccilotto dan kawan-kawan menyebutkan San Fransisco Syncope Rule memiliki sensitivitas 87%, dengan hanya kurang dari 5% pasien dengan skor San Fransisco Syncope Rule nya negatif tetapi mendapatkan kejadian mengancam jiwa seperti yang disebutkan di atas. Bahkan studi terbaru untuk populasi Asia yang dilakukan oleh Tan C dan kawan-kawan di tahun 2013 menyebutkan San Fransisco Syncope Rule memiliki sensitivitas 94,2% (95% CI 89,0%; 97%) dan spesifisitas

50,8% (95% CI 47,7%; 53,8%).

San Fransisco Syncope Rule adalah sarana yang valid untuk menilai serangan sinkop yang berisiko tinggi untuk mengancam keselamatan jiwa pasien. Namun demikian, San Fransisco Syncope Rule hanyalah sarana penunjang, sehingga kondisi klinis pasien dan *judgement* klinisi tetap merupakan yang utama di dalam pengambilan keputusan. **ST**

Referensi:

1. Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc JJ, Brignole M, Dahm JB et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *European Heart Journal*. 2009; 30(21):2631-2671.
2. Saccilotto RT, Nickel CH, Bucher HC, Steyerberg EW, Bingisser R, Koller MT. San Fransisco Syncope Rule to predict short-term serious outcomes : a systematic review. *CMAJ*. 2011; 183(15) : e1116-11126
3. Tan C, Sim TB, Thng SY. Validation of the San Fransisco Syncope Rule in two hospital emergency departments in Asian population. *Acad Emerg Med*. 2013; 20(5) : 487-497

Melanjutkan pendidikan di luar negeri merupakan salah satu pilihan bagi rekan-rekan sejawat setelah lulus profesi dokter. Seperti halnya peribahasa “lain ladang lain belalang, lain lubuk lain lainnya”, tentu terdapat perbedaan budaya dan kebiasaan yang harus dihadapi. Berikut ini beberapa hal unik, aneh, dan menarik yang dihadapi beberapa sejawat ketika melanjutkan pendidikan di luar negeri:

MD GLOBE



Sharing stories from around the world

“Ada pengalaman unik ketika bersekolah di Jerman, yaitu menolong partus pasangan wanita sesama jenis! Ditambah lagi anaknya ternyata diberi nama yang kebetulan sama dengan nama saya! Pengalaman paling aneh, adalah ketika pertama kali melihat orang bule berkaraoke, karena jelas bukan hal biasa di sana. Kalau pengalaman paling menarik? Ketika mencoba operasi laparoskopis dengan teknologi 3D yang menggunakan kacamata khusus. Rasanya seperti nonton film IMAX di TMII!!

dr. Merwin Tjahjadi

merwintjahjadi@yahoo.com

Sedang proses adaptasi di FKUI-RSCM Jakarta

Alumni Hannover Medical School, Germany

“Yang berkesan ketika studi di Malaysia, kami diijinkan untuk melakukan berbagai tindakan dan prosedur medis selama dapat mempertanggungjawabkannya. Kami dapat bekerja dengan tenang karena dilindungi oleh supervisor. Pengalaman lucu adalah ketika saya diledek kurang belajar oleh pasien karena tidak dapat berbahasa mandarin..”

dr. Lilian Gunawan M.Med , Sp.A

liliangunawan@hotmail.com

Spesialis Anak, praktek di Jakarta Selatan

Alumni Universiti Sains Malaysia

“Dalam satu kesempatan ketika di Canada, saya jaga malam bersama seorang junior. Keesokannya ternyata hasil echocardiography yang dilakukan junior itu dianggap *rubbish* oleh sang profesor. Menariknya, yang kena marah bukan si junior, tetapi saya sebagai seniornya. Saya diajarkan bahwa seorang senior harus bertanggung jawab terhadap kualitas kerja juniornya.

dr. Shirley Leonita, Sp.A(K)

flowersla1979@yahoo.com

Spesialis Anak, praktek di Pekanbaru

Alumni Hospital for Sick Children , Toronto, Canada

“Ketika lulus dokter umum di Jakarta dan hendak mencoba ke Amerika Serikat, saya mendengar berbagai info simpang siur dan tidak jelas tentang status dokter Indonesia di luar negeri. Informasi yang ada hanya seputar USMLE. Belum masalah Kaplan courses, dan upaya mendapat student visa. Selain itu dokter dari Indonesia sering kalah bersaing dengan calon residen dari negara lain karena minimnya karya ilmiah atau penelitian. Namun dengan semangat tidak mau menyerah dan usaha terus menerus, ternyata semua bisa diatasi. Bagi sejawat yang suatu saat mau mencoba ke USA, ada baiknya sejak dini melatih membuat karya ilmiah.”

Anton Surja, MD

asurja@cox.net

Dipl. of the American board of psychiatry and neurology, praktek di Oklahoma, USA

Alumni University of Louisville, USA

Dua studi terbaru gagal menemukan manfaat suplemen dengan multivitamin

Asupan multivitamin harian gagal memperbaiki fungsi kognitif pada pria usia lanjut dan tidak menurunkan kejadian kardiovaskular pada pasien pasca infark miokard, demikian ditunjukkan oleh dua uji klinis acak. Studi pertama menunjukkan tidak adanya perbedaan antara fungsi kognitif global atau ingatan verbal antara kelompok multivitamin dan plasebo telah diikuti selama 8,5 tahun. Studi kedua menunjukkan bahwa laju titik akhir komposit termasuk kematian total, infark berulang, *stroke*, revaskularisasi koroner atau rawat inap untuk angina tidak berbeda bermakna pada kelompok multivitamin dosis tinggi dibandingkan plasebo (27% vs. 30%;

HR 0,89; IK 95% 0,75-1,07).

Ahli kesehatan publik dari *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, **Eliseo Guallar, MD, DrPH** menyatakan, "Tinjauan sistematis dan panduan-panduan klinis pada pencegahan penyakit kronik baik primer maupun sekunder telah secara konsisten tidak menemukan adanya peranan suplemen vitamin dan mineral, bahkan mungkin berbahaya." Berdasarkan hal ini pesan yang disampaikan adalah sederhana, yaitu sebagian besar suplementasi rutin yang sering dikonsumsi orang ternyata tidak mencegah penyakit kronik atau kematian, oleh karena itu penggunaannya tidak dapat dibenarkan dan sebaiknya dihindari. **ss**



Rekomendasi skrining paru untuk individu risiko tinggi

Skrining kanker paru tahunan dengan menggunakan CT-scan dosis rendah direkomendasikan bagi individu dengan risiko tinggi, demikian pernyataan dari *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF). Rekomendasi ini (grade B) diberikan untuk individu dewasa berusia 55-79 tahun dengan riwayat merokok 30 bungkus per tahun atau telah berhenti dalam kurun waktu 15 tahun sebelumnya.

Saat ini, USPSTF hanya merekomendasikan penggunaan CT-scan dosis rendah untuk kepentingan skrining kanker paru. Hal ini

dikarenakan CT-scan dosis rendah telah menunjukkan sensitivitas yang tinggi serta spesifisitas yang cukup untuk melakukan skrining kanker paru pada orang-orang yang berisiko tinggi, dibandingkan dengan rontgen thorax dan pemeriksaan sitologi sputum.

Juru bicara USPSTF **Michael L. LeFevre, MD, MSPH** menyatakan bahwa, "Cara terbaik untuk mencegah kematian karena kanker paru adalah dengan berhenti merokok, sehingga kami menekankan dengan tegas, terutama di dalam pertimbangan klinis, bahwa rekomendasi ini

tidak boleh dijadikan alasan untuk tetap merokok." Rekomendasi ini juga tidak menyarankan untuk melakukan skrining terhadap individu-individu dengan komorbid signifikan, terutama yang mendekati batas usia 80 tahun.

Skrining paru direkomendasikan untuk dilakukan setiap tahun, bahkan sampai individu tersebut telah berhenti merokok lebih dari 15 tahun atau mengalami gangguan kesehatan yang membatasi harapan hidup atau tidak mau/mampu menjalani pembedahan paru kuratif. **ss**



Hubungan dokter-pasien: *partnership* berdasar kepercayaan

dr. Yudy Sp.F

Dokter Spesialis Forensik

RS Cipto Mangunkusumo, Jakarta

Hebohnya kasus dr. Ayu dkk. akhirnya semakin membuka wacana baru dalam dunia kedokteran di Indonesia. Satu hal yang menjadi perhatian adalah hubungan dokter-pasien. Hubungan dokter-pasien sudah bergeser dari hubungan kontraktual menjadi hubungan *partnership*. Ini diungkapkan **Prof. dr. Budi Sampurna, SpF, SH, DFM, SpKP** dalam Kuliah Umum "Perlindungan Hukum Bagi Profesi Dokter" bertempat di FKUI, Salemba, pada akhir tahun 2013 lalu

Sistem hubungan kontraktual dianggap sudah kuno dan tidak sesuai lagi dengan perkembangan zaman saat ini. Dokter hendaknya tidak lagi merasa menjadi 'dewa' yang berkuasa dalam proses penyembuhan penyakit, tetapi hendaknya menjadi partner dalam proses tersebut. Ini berarti dokter tidak lagi boleh merasa lebih superior dibandingkan pasien dan pihak keluarga pasien. Di sisi lain tentunya pasien juga dituntut dapat bekerja sama dalam proses penyembuhan penyakitnya.

Dalam perspektif lain, agar proses *partnership* berjalan baik dibutuhkan kepercayaan (*trust*) pasien terhadap dokter. Bila terjadi

ketidakpercayaan (*distrust*) pasien, maka sudah pasti dokter mengalami kesulitan melakukan pengobatan dan justru menimbulkan risiko masalah medikolegal. Oleh karena itu, dalam kondisi sudah terdapat *distrust* pasien, dokter sesungguhnya diperkenankan secara hukum untuk 'menolak' pasien selama tidak dalam situasi yang membahayakan jiwa. Hal sebagaimana diatur dalam Peraturan Konsil No. 4/2011. Hal tersebut dinyatakan oleh **Luthfie Hakim, SH, MH**. Ditambahkan pula, hendaknya para dokter diharapkan memahami 28 jenis pelanggaran disiplin profesi dokter sebagaimana termaktub dalam Peraturan Konsil tersebut. **MD**



5 aplikasi medis terbaik dan gratis untuk gadget Anda

Aplikasi medis baik untuk sistem operasi iOS (iPad, iPhone dan iPod) maupun Android saat ini semakin beragam dan canggih. Namun demikian, di tengah banyaknya aplikasi yang tersedia seringkali kita sulit menentukan aplikasi mana saja yang paling berguna untuk praktik sehari-hari. Berikut adalah daftar 5 aplikasi medis terbaik yang tersedia di kedua sistem operasi yang akan membuat praktik sehari-hari semakin canggih dan tentunya tidak perlu menggunakan biaya untuk memperolehnya.

1. Medscape

Medscape sampai saat ini tetap merupakan aplikasi medis terbaik yang dapat diunduh gratis tanpa embel-embel. Meskipun gratis, fitur-fitur di dalam aplikasi ini adalah salah satu yang terbaik di kelasnya, seperti referensi obat, diagnosis klinis, kalkulator medis hingga ke materi edukasi pasien. Selain itu aplikasi ini memungkinkan pengguna untuk mengunduh keseluruhan data yang ada ke dalam gadget mereka,

sehingga tidak memerlukan koneksi internet untuk akses data.

2. Calculate by QxMD

Calculate merupakan program kalkulator klinis yang terlengkap dan termudah dalam penggunaannya. Aplikasi ini memungkinkan kita melakukan kalkulasi sederhana seperti indeks massa tubuh, luas permukaan tubuh, laju filtrasi ginjal, hingga perhitungan kompleks seperti prognosis dan stratifikasi risiko untuk penyakit-penyakit tertentu. Aplikasi ini juga gratis dan tidak membutuhkan koneksi internet dalam penggunaannya

3. Skyscape

Skyscape merupakan salah satu aplikasi smartphone pelopor mulai dari masa Palm dan merupakan salah satu program aggregator terbaik hingga saat ini. Kelebihan aplikasi ini adalah kemampuannya untuk menambahkan modul-modul yang sangat beragam, mulai dari guidelines, buku sampai kalkulator spesifik, namun dengan biaya tambahan. Namun demikian, modul-

modul gratis dari aplikasi ini seperti referensi obat, kalkulator klinis Archimedes sampai ke ringkasan panduan klinis merupakan salah satu yang terbaik di kelasnya.

4. Medpage Today

Medpage today merupakan aplikasi berita kedokteran terbaik oleh karena tampilannya yang sederhana namun disertai dengan fitur pencarian berita yang sangat ekstensif. Kita dapat mengatur mulai dari jumlah berita yang disinkronisasi, kategori bidang spesialisasi yang diinginkan hingga topik khusus yang ingin terus diupdate. Aplikasi ini memungkinkan kita untuk terus mengetahui mengenai berita dan perkembangan terbaru di dalam dunia kedokteran, tanpa harus repot-repot membuka website atau mencari sendiri secara manual.

5. Unbound Medline

Unbound Medline merupakan aplikasi search engine untuk studi-studi yang diterbitkan secara online di Medline atau juga kita kenal sebagai PubMed. Ada banyak

program serupa dengan aplikasi ini, namun tidak ada yang memberikan kemampuan untuk advance search sebaik ini, terlebih lagi aplikasi ini

tidak berbayar. Bagi yang sering mencari referensi melalui jurnal terbaru, pastikan untuk mengunduh aplikasi ini ke dalam gadget anda. **ss**



Bagi sejawat yang memiliki foto menarik, kolom MD Snapshot menerima kiriman foto. Ketentuan foto adalah karya orisinal bertema dunia kesehatan, dan sudah mendapat persetujuan pihak terkait. Foto dikirim dalam format JPEG dengan resolusi minimal 300 dpi ke email redaksi: info@tabloidmd.com, disertai nama dan alamat pengirim.

MD SNAPSHOT



“Pegangan erat-erat”

oleh dr. Martin Leman Sp.A



“Fitting”

oleh Ricka Febriana

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



Vaksinasi Flu Pada Tenaga Kesehatan Dapat Meningkatkan Keamanan Pasien

Influenza, penyakit yang seringkali “disepelekan” oleh pasien maupun tenaga kesehatan merupakan penyakit saluran pernafasan yang harus dianggap serius. Hal ini dikarenakan influenza mudah sekali menular dan tidak jarang dalam perkembangannya menjadi serius sehingga memerlukan perawatan rumah sakit dan bahkan berujung kepada kematian.

Tenaga kesehatan seperti dokter dan perawat merupakan kelompok populasi yang berisiko tinggi untuk terkena penyakit influenza. Influenza dapat menular dengan mudah setelah kontak dengan pasien yang menderita influenza dan dapat pula ditularkan oleh tenaga kesehatan kepada pasien, keluarga pasien hingga keluarganya sendiri. Umumnya tenaga kesehatan tetap bekerja dan berhubungan dengan pasien walaupun sedang terkena flu, sehingga tenaga kesehatan pun merupakan kelompok populasi yang berisiko untuk menularkan penyakit influenza kepada pasien.

Menurut sebuah tinjauan sistematis terkini, vaksinasi influenza terhadap tenaga kesehatan dapat memperbaiki keamanan pasien, terutama dalam hal mortalitas. Vaksinasi influenza ini sendiri telah

direkomendasikan pada lebih dari 40 negara. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HIPAC) dan Advisory Committee on Immunization Practices merekomendasikan semua tenaga kesehatan yang bekerja di Amerika Serikat untuk divaksinasi influenza setiap tahunnya dikarenakan virus influenza yang senantiasa bermutasi.

Suatu meta-analisis yang dilakukan oleh Faruque Ahmed, PhD. dkk dari Immunization Services Division, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, terhadap studi-studi yang diterbitkan dari tahun 1948 sampai Juni 2012, menunjukkan bahwa vaksinasi terhadap tenaga kesehatan memberikan efek protektif terhadap morbiditas terkait influenza. Empat studi acak dan 4 observasional, dengan rerata usia pasien berkisar 77-86 tahun, menunjukkan penurunan risiko kematian oleh karena semua sebab sebesar 29% (RR 0,71; IK 95% 0,59-0,85).

Berdasarkan hasil studi tersebut di atas, peneliti merekomendasikan pemberian vaksinasi influenza terhadap tenaga kesehatan. Pendapat editorial yang menyertai

publikasi ini, oleh Marie R. Griffin dari Department of Health Policy, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tennessee, menyebutkan bahwa keuntungan yang akan diperoleh pasien melebihi risiko yang ditimbulkan oleh vaksinasi, sehingga beliau menyimpulkan, “Vaksinasi pada tenaga kesehatan dapat melindungi pasien-pasien dan penghuni fasilitas perawatan jangka panjang yang rentan, serta harus dipandang sebagai sebuah rekomendasi berbasis bukti.”

Selain meningkatkan keamanan pasien, pemberian vaksinasi influenza juga akan meningkatkan “keamanan” tenaga kesehatan itu sendiri karena menjadi tidak mudah tertular dan terkena penyakit influenza. Memulai pada diri sendiri juga merupakan langkah awal sebelum kita menganjurkan pemberian vaksinasi influenza kepada pasien-pasien kita.

Vaksin influenza yang beredar di Indonesia cukup beragam, tetapi tidak ada yang menimbulkan efek samping yang berarti di dalam pemberiannya. Tersedia pula vaksin influenza yang “halal” bagi tenaga kesehatan maupun pasien-pasien yang seringkali mempertanyakan komponen dari vaksin yang akan diberikan. **ss**



Vitamin E memperbaiki status fungsional penyakit Alzheimer

Pada pasien-pasien dengan penyakit Alzheimer ringan sampai sedang, vitamin E 2000 IU perhari dapat memperlambat penurunan status fungsional dan mengurangi beban pengasuh, demikian hasil dari suatu studi klinis acak skala besar yang baru diselesaikan. Hal ini memberikan landasan kepastian untuk mendukung rekomendasi panduan-klinis sebelumnya untuk penggunaan Vitamin E pada dementia sedang berat, namun terkendala kontroversi beberapa studi lain.

Studi ini yang dilakukan pada 613 pasien (97% pria) dan diikuti selama rerata 2,3 tahun menunjukkan bahwa penggunaan vitamin E dengan dosis 2000 IU perhari mampu memberikan penurunan status fungsional (*Alzheimer's Disease Cooperative Study/Activities of Daily Living*, ADCS-ADL) yang lebih lambat secara signifikan

dibandingkan dengan plasebo. Laju perburukan ADCS-ADL berkurang sebesar 19% ($p=0,03$) dengan vitamin E dibandingkan plasebo, sehingga memberikan hasil yang bermakna secara klinis untuk menunda progresivitas penyakit Alzheimer.

Dosis vitamin E yang diberikan pada studi ini cukup besar, mengingat beberapa rekomendasi untuk penyakit lainnya hanya berkisar antara 400-800 IU per hari. Pada beberapa studi dosis tinggi lebih dari 800 IU perhari menunjukkan peningkatan komplikasi, antara lain yang paling berbahaya adalah perdarahan intra-kranial. Sampai adanya bukti-bukti yang mendukung keamanan pendekatan ini, nampaknya dosis vitamin E setinggi ini masih berada dalam ranah penelitian klinis dan bukan pada aplikasi praktis sehari-hari. **ss**



NATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

APRIL-JUNE 2014

Tanggal	Event	Tempat	Contact Person
11-13 April 2014	PIT PDUI (Perhimpunan Dokter Umum Indonesia)	Hotel Ritz Carlton Pacific Place, Jakarta	
25-26 April 2014	PIT V HUGI (Himpunan Uroginekologi Indonesia)	Hotel J.W Marriot, Surabaya	PT BlesslinkRema 031-5501639/031-5013374 www.hugi2014.com
27-28 April 2014	JADE 14 th (Jakarta Anti Microbial Update)	Hotel Shangrila, Jakarta	
01-03 Mei 2014	InaPRAS 18th An. Scientific Mt of Indonesian Ass Of Plastic Reconstructive & Aesthetic S	Hotel Novotel, Bogor	
02-04 Mei 2014	JNHC 14 th (Jakarta Nephrology & Hypertension Course & Symposium Hypertension)	Hotel Ritz Carlton, Jakarta	
02-04 Mei 2014	PERFITRI (Perhimpunan Fertilisasi In Vitro Indonesia)	Hotel Trans Luxury, Bandung	021-3928720/021-3928719; perfitri@gmail.com
09-11 Mei 2014	PERSANDI (Perhimpunan Dokter Spesialis Andrologi Indonesia)	Hotel Hyatt, Jogjakarta	
13-17 Mei 2014	Konas IV PABI (PersatuanDokterSpesialis BedahUmum Indonesia)	Hotel Trans Luxury, Bandung	022-70888720/ 022-2033925; pabibandung2014@gmail.com
23-25 Mei 2014	JACIN (Jakarta Allergy & Clinical Immunology Network)	Hotel Shangrila, Jakarta	
28-31 Mei 2014	PDGI Kongres XXV (PersatuanDokter Gigi Indonesia)	Hotel Aston Milenia& Pontianak Convention Center	0852-4593-7211/0561-779773; kongrespdgi2014@yahoo.com
31 Mei-1 Juni 2014	KPPIK (Kursus Penyegar dan Penambah Ilmu Kedokteran)	Hotel Shangrila, Jakarta	0815-190-75465; 021-3106737/021-3106443; kppik2014.cmefkui@gmail.com
Juni 2014	PIT BTKVI (Bedah Toraks, kardiakdan Vaskular Indonesia)		
Juni 2014	KONAS PETRI (Perhimpunan Peneliti Penyakit Tropik Indonesia)		
Juni 2014	KONAS XI PERKENI (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia)		
Juni 2014	Kongres PDPI (PerhimpunanDokterParu Indonesia)		

INTERNATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

APRIL-AUGUST 2014

Tanggal	Event	Tempat	Contact Person
17-19 April 2014	7 th Asian Pacific Congress of Heart Failure	BNDCC, Bali	021-5681149 / 021-5684220 inheart@indosat.net.id
30 Mei-3 juni 2014	American Society of Clinical Oncology (ASCO) Meeting	McCormick Place, Chicago	meetings@asco.org; http://am.asco.org
31 Mei-3 Juni 2014	European Society of Anesthesiology (ESA): Euranesthesia 2014	Stockholm, Sweden	
2-4 Juni 2014	8 th World Congress on Prevention of Diabetes and its Complications	Oslo, Norway	
2-4 Juni 2014	American Heart Association (AHA): Quality of Care and Outcomes Research in Cardiovascular Disease and Stroke Conference (QCOR)	Baltimore	
8-12 Juni 2014	Movement Disorder (MDS): International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders	Stockholm, Sweden	
9-12 Juni 2014	European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN): Annual Meeting	Jerusalem, Israel	
11-14 Juni 2014	EULAR (European League Against Rheumatism): 2014 Congress	Paris, Perancis	
13-16 Juni 2014	International Society of Hypertension (ISH): 25 th Scientific Meeting	Athena, Yunani	
13-17 Juni 2014	American Diabetes Association (ADA): Annual Scientific Sessions Moscone Center,	San Fransisco	
21-24 Juni 2014	Endocrine Society : Annual Meeting (ENDO 2014)	Chicago	
25-28 Juni 2014	European Society for Medical Oncology (ESMO) Conference: 16 th World Congress on Gastrointestinal Cancer	Barcelona, Spain	
19-20 Juli 2014	2014 Update in Gastroenterology and Hepatology for the Primary Care Practitioner	Monterey, USA	cme@ucdmc.ucdavis.edu
20-25 Juli 2014	International AIDS Society: International AIDS Conference	Melbourne, Australia	
7-10 Agustus 2014	American Pyschological Association (APA) Annual Convention	Washington DC, USA	
29-31 Agustus 2014	American Academy of Pediatrics (AAP): Practical Pediatrics CME Course	Las Vegas, USA	



Down to the South: MELBOURNE CITY

Melbourne, ibukota negara bagian Victoria, merupakan kota terpadat kedua setelah Sydney di Australia. Untuk mencapai kota ini memang cukup melelahkan, terutama karena proses imigrasi di Tullamarine Airport yang ketat dan lama. Meski demikian, terdapat banyak objek di kota di ujung selatan benua Australia ini yang menjadikannya kota yang menarik.

Lokasi belanja yang murah meriah dan menarik di Melbourne adalah **Queen Victoria Market (QVM)** yang dibangun tahun 1878. Area pasar ini terbagi dua blok besar, yaitu pasar dalam gedung yang menjual aneka produk daging, ikan, pastry, dan sebagainya ; dan bagian yang berisi lapak-lapak di area yang terbuka. Bagi kebanyakan turis, justru bagian yang terbuka ini yang paling dicari. Di sini tempat dijual segala macam souvenir, baju, sepatu, alat rumah tangga, dsb. Uniknya, lokasi setiap lapak

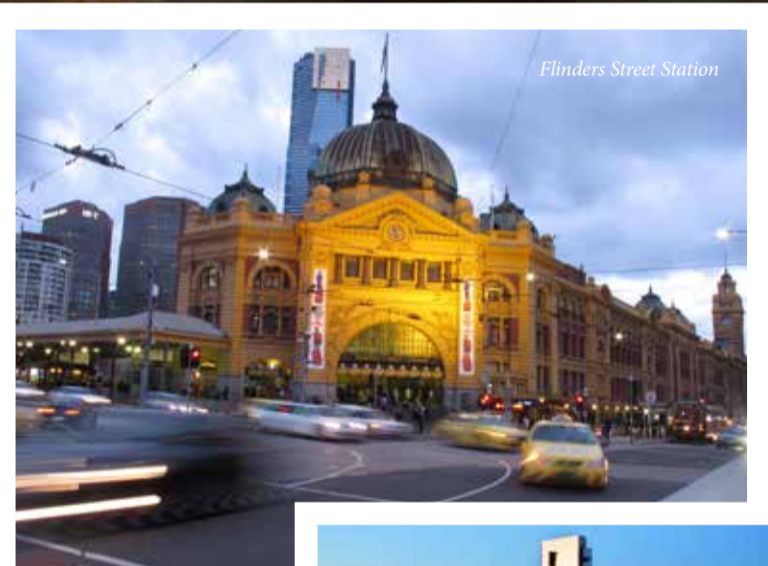
berpindah-pindah sesuai harinya, dengan jadwal tertentu. Bagi yang hanya berkesempatan sekali datang ke QVM, harus tahu jadwalnya agar tidak kecewa. QVM mulai buka jam 06.00 dan sudah tutup pukul 14.00. Khusus hari Jumat, buka sampai pukul 17.00, sedangkan Senin dan Rabu tutup. Selain banyak turis dari berbagai negara, juga tidak jarang malah kita bertemu sesama orang Indonesia di sini. Penjaga kios pun ada yang ternyata orang Indonesia, yang biasanya mahasiswa yang kuliah di Melbourne.

Bagi Anda yang tertarik melihat kota Melbourne dari ketinggian, wajib mampir ke **Eureka Tower** yang berlantai 88 dan merupakan gedung tertinggi di Melbourne, yaitu 297 meter. Di lantai 88 ini terdapat Skydeck 88, yaitu lantai di mana kita dapat melihat hampir seluruh kota Melbourne dari atas. Waktu terbaik untuk naik ke lantai 88 adalah sesaat sebelum matahari terbenam, karena kita dapat menyaksikan

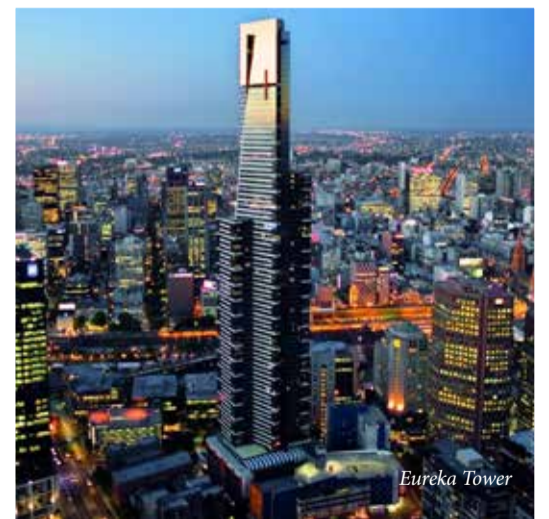
terbenamnya matahari di cakrawala kota Melbourne disertai lampu-lampu kota yang mulai menyala.

Ikon lain dari kota Melbourne adalah **Flinders Street Station** yang merupakan stasiun kereta api yang dibangun tahun 1905. Stasiun yang terletak di persimpangan Flinders Street dan Swanston Street ini kerap menjadi objek fotografi karena pencahayaannya yang menarik dan lalu lintas yang padat di depannya. Sedangkan bagi yang mau mencari pernak-pernik cinderamata, dapat mengunjungi beberapa toko souvenir yang tak jauh darinya di Swanston Street.

Sisi kota Melbourne yang juga sayang kalau dilewati begitu saja adalah area sepanjang tepian **Yarra River**, sungai yang membelah kota Melbourne. Kalau anda kebetulan habis mengikuti acara di Melbourne Convention and Exhibition Centre, coba jalan sedikit ke arah Timur, yaitu ke daerah South Wharf Road, menyusuri tepian sungai. Di sini



Flinders Street Station



Eureka Tower

terdapat beberapa café kecil berlantai kayu yang dapat menjadi tempat santai menghabiskan sore hari, menikmati pastry lezat sambil mengamati langit senja hari. Kalau berjalan kearah Timur Laut, kita akan menyusuri Yarra Promenade yang berisi kafe, kios es krim, dan restoran cukup mewah. Di sepanjang tepian sungai di area ini, terdapat beberapa menara obor yang akan menyemburkan api tepat di pukul 18.00. Sepanjang jalan ini kita dapat sekedar duduk-duduk,

mengamati burung camar yang beterbangan dan mencari remahan roti, sambil melihat lampu-lampu dari gedung-gedung kota Melbourne. **ML**