



TABLOID MD

INSIDER'S INSIGHT

Area distribusi Tabloid MD :



FOR MEDICAL PROFESSIONALS ONLY

AGUSTUS 2017

6 Revolusi Pengobatan Hepatitis C dengan Antiviral Golongan Baru



MD UPDATE

10 Vaginal Birth After Cesarean (VBAC): Should We Do It?



MD PRACTICE

11 Demam Berdarah Dengue dengan Gejala Menyerupai Apendisitis Akut



MD CASE EXPERIENCE

12 Persiapan Menyusui bagi Calon Ibu



MD INSIGHT

MD HEADLINES

DAMPAK *stunting* PADA PERKEMBANGAN KOGNITIF ANAK

Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, menyebutkan prevalensi *stunting* di Indonesia adalah 37,2%, dan termasuk kategori masalah kesehatan serius. Secara definisi, *stunting* adalah nilai *Z-score* tinggi badan menurut umur <2SD di bawah median pada kurva WHO dari populasi, dan ini merupakan petanda malnutrisi kronik. Dalam Kongres Nasional Ilmu Kesehatan Anak XVII di Jogjakarta, Agustus 2017, Prof. DR. Dr. Hardiono D. Puspongoro, Sp.A(K) menjelaskan pentingnya hal ini. “*Stunting* memengaruhi banyak hal di kemudian hari, khususnya perkembangan kognitif dan masalah ini selama bertahun-tahun prevalensinya tetap tinggi.”

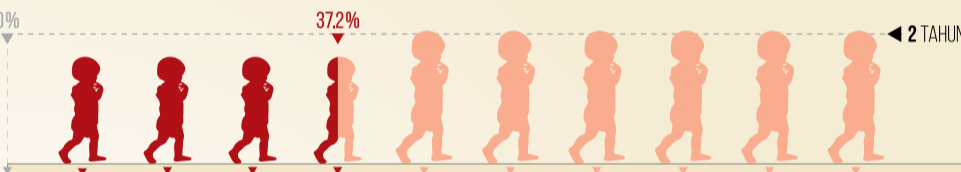
Berdasarkan penelitian, *stunting* didapatkan pada 20% bayi baru lahir. Selain itu, sebanyak 80% *stunting* terjadi karena faktor gizi dan infeksi pada usia 6-18 bulan. Padahal masa dalam kandungan sampai usia 2 tahun pertama, yang dikenal sebagai 1000 hari kehidupan, adalah periode kritis anak mengalami *stunting*.

Menariknya, ternyata *stunting* diturunkan ke generasi berikutnya. Anak yang lahir dari ibu yang *stunting*, akan memiliki *developmen-*

tal quotient dan fungsi kognitif yang kurang dibanding yang lahir dari ibu yang normal. “Dari penelitian terbaru, didapatkan hipotesis bahwa *stunting*

bukan semata kekurangan gizi, tetapi karena kurangnya asam amino esensial dan kolin

“Penelitian menunjukkan bahwa *catch-up* harus dilakukan sebelum usia 2 tahun. Anak yang mengalami *catch-up* pada usia 5 tahun, ternyata memiliki fungsi kognitif yang lebih buruk dengan yang tidak mengalami *stunting*, dan sama buruk dengan yang tetap *stunting*.”



yang diperlukan untuk sintesis sfingolipid dan gliserofosfolipid,” urai guru besar neurologi anak FK Universitas Indonesia ini.

Dalam jangka panjang *stunting* juga memberikan berbagai masalah. Anak yang mengalami *stunting* ternyata akan mengalami gangguan memori, kemampuan belajar, daya konsentrasi, dan bahasa ketika dewasa. Penelitian juga menunjukkan bahwa anak yang *stunting* mengalami keterlambatan gerak, apatis, dan kurang eksploratif. Bahkan

juga berdampak menyebabkan ansietas, depresi, dan rasa kurang percaya diri.

“Yang menjadi masalah adalah bagaimana kita berupaya melakukan perbaikan sebelum terlambat,” kata Prof. Hardiono lebih lanjut.

Sebagai dokter, di sinilah pentingnya pengukuran berat badan dan tinggi badan yang dilanjutkan dengan pemetaan kurva pertumbuhan. Dengan kurva pertumbuhan maka penyimpangan terdeteksi segera dan dapat dilakukan intervensi. Dokter pun harus mampu menjelaskan dalam bahasa yang sederhana pada orangtua, agar tidak mengabaikan adanya masalah pertumbuhan yang terdeteksi sejak dini. MD

DINGIN KOK DITIUP?

GEJE
[gak jelas]

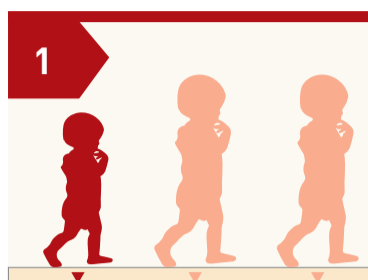
#AdaAQUA

www.AdaAQUA.com

Dehidrasi ringan dapat menurunkan konsentrasi dan fokus.
Perawatan terbaik adalah dengan minum air putih yang cukup.
AQUA adalah merek dagang terdaftar di Direktorat Jenderal Kekayaan Intelektual.



DAFTAR ISI



1
Dampak *Stunting* pada Perkembangan Kognitif Anak



2
Editorial - MD Inbox



3
Mengetahui Jenis Air dan Minuman



4
Metformin Efektif Mencegah DMT2 pada Pasien Diabetes Gestasional



5
Gigi Sensitif Jangan Dibiarkan



5
Penggunaan Vitamin D dan Kalsium pada Osteoporosis



6
Revolusi Pengobatan Hepatitis C dengan Antiviral Golongan Baru



7
Buku Ajar Kardiologi Sudah Hadir di Indonesia



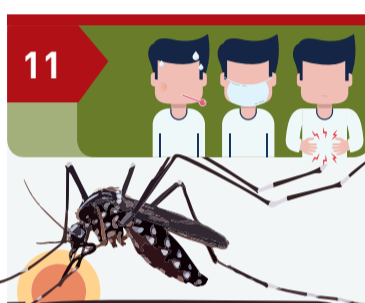
8
Advance Acne Management



9
New Hope for Seborrheic Dermatitis



10
Vaginal Birth After Cesarean (VBAC): Should We Do It?



11
Demam Berdarah Dengue dengan Gejala Menyerupai Apendisitis Akut



12
Persiapan Menyusui bagi Calon Ibu



13
Overuse & Misuse of Nebulation Therapy in Daily Practice



14
Pangan Kemasan Aman Perlu Dipahami



15
Calendar Event

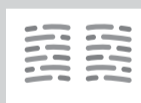


16
Sisi Lain Nusa Tenggara Timur

MD EDITORIAL

TabloidMD edisi kali ini memuat beragam bahasan, salah satunya adalah case experience yang mengulas kasus demam berdarah dengue dengan gejala menyerupai apendisitis akut. Kemudian antiviral golongan baru dalam pengobatan hepatitis C juga dapat memperluas wawasan. Yang agak berbeda, dalam edisi Agustus ini TabloidMD juga mengulas sedikit mengenai isi Buku Ajar Kardiologi dan diharapkan buku ini dapat menjadi salah satu referensi bacaan para sejawat.

Semoga bermanfaat dan salam sehat.



MD INBOX

Kriteria keabsahan kasus untuk artikel Tabloid MD.

Selamat pagi, TabloidMD.

Saya dokter umum yang masih dalam masa *internship*. Saya ingin membuat artikel tentang pengalaman kasus menarik di daerah terpencil tempat saya bekerja. Masalahnya, di tempat saya saat ini tidak ada dokter spesialis yang sesuai dengan topik yang dibahas.

Apakah boleh artikel dikirim tanpa ada supervisi dari seorang dokter spesialis?

Artikel yang ingin dikirim berupa pengalaman kasus. Namun karena keterbatasan fasilitas, banyak pemeriksaan penunjang tidak dilakukan. Apakah kasus seperti ini boleh diajukan?

Hormat kami,
dr. Redinal Santoso
Sulawesi Utara

Terima kasih dr. Redinal atas pertanyaannya.

Untuk artikel laporan kasus, sebenarnya dalam tabloidMD akan dimuat dalam kolom *Case Experience*. Kolom ini bertujuan menjadi tempat berbagi pengalaman unik atau menarik yang dialami dokter dalam praktek sehari-hari. Bila artikel dibuat oleh dokter umum, idealnya memang ada dokter spesialis yang mendampingi dengan tujuan menjaga aspek ilmiah di dalamnya. Meski demikian hal ini tidak mutlak selama isi dapat dipertanggungjawabkan oleh penulis. Kasus yang diajukan sebenarnya tidak selalu harus lengkap pemeriksaan penunjangnya, selama diagnosis dan aspek yang ingin diajukan tidak terpengaruh. Untuk setiap tulisan yang dikirimkan ke redaksi, dewan redaksi akan membahasnya terlebih dahulu apakah sesuai dengan kriteria atau tidak, atau apakah perlu revisi. Bila sudah sesuai tentu akan kami muat. Kami tunggu kiriman artikelnya ya.

Hormat kami,
Redaksi

Chairperson:
Irene Indriani G., MD

Business Manager:
Hardini Arivianti

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

Designers:
Joshua Didi
Irene Riyanto
C. Rodney

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

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

Distribution:
Ardy Angga Irawan

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

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

ISSN No. 2355-6560



Metformin

Efektif Mencegah DMT2

pada Pasien Diabetes Gestasional



Penggunaan metformin jangka panjang menunjukkan efek proteksi kuat untuk mencegah terjadinya diabetes mellitus tipe 2 (DMT2) pada wanita dengan riwayat diabetes mellitus gestasional (DMG), demikian hasil temuan terbaru dari studi *Diabetes Prevention Program* (DPP). Studi ini menunjukkan bahwa, setelah 15 tahun sejak dimulainya observasi, wanita dengan DMG yang mendapatkan metformin mengalami penurunan risiko terkena DMT2 sebesar 41% dibandingkan penurunan sebesar 18% pada kelompok kohort secara keseluruhan.

Gambaran Studi DPP

Studi DPP dimulai tahun 1966 dan mengikuti individu-individu berisiko tinggi diabetes, dilihat dari indeks masa tubuh (IMT) dan gangguan toleransi glukosa oral. Kelompok ini dirandomisasi menjadi tiga kelompok, masing-masing mendapatkan intervensi gaya hidup intensif dengan diet dan olah raga, atau metformin 850 mg dua kali sehari, atau plasebo. Observasi DPP dilakukan sampai tahun 2002 dan membandingkan insidens diabetes tiap kelompok. Kelompok plasebo mengalami diabetes dengan laju 11% per tahun, sedangkan intervensi gaya hidup intensif menurunkan risiko sebesar 58% dan metformin dikaitkan dengan penurunan risiko sebesar 31%.

Pada analisis awal, metformin menurunkan risiko DMT2 di masa datang sebesar 51% pada pasien dengan DMG. Selain itu dua subkelompok yang mendapatkan keuntungan lebih besar dari metformin termasuk individu berusia ≤ 60 tahun dan individu dengan $IMT \geq 35$ kgm^2 . Setelah masa

observasi DPP selesai, kelompok plasebo dihentikan dan semua pasien ditawarkan intervensi gaya hidup berbeda. Sebagai tambahan kelompok metformin awal terus diberikan dan dimasukkan ke fase lanjutan (DPPOS, *Diabetes Prevention Program Outcomes Study*), yang dimulai tahun 2003 dan terus berlangsung sampai sekarang. Setelah dievaluasi selama 15 tahun, terlihat bahwa perbedaan diantara subgrup mengenai keuntungan pencegahan metformin telah menghilang, kecuali pada individu dengan DMG.

Aplikasi Klinis

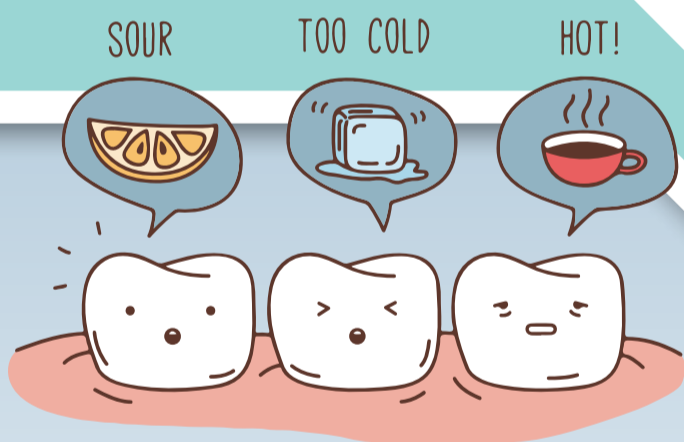
Intervensi gaya hidup dengan mengatur pola makan, olahraga secara teratur dan penurunan berat badan sebesar 5-10% tetap merupakan inisiatif pertama dan utama pada individu berisiko tinggi diabetes. Perubahan gaya hidup sehat juga harus selalu diupayakan dan dipertahankan bahkan pada individu yang sudah mengalami diabetes. Namun demikian metformin,

berdasarkan data dari studi DPP yang terus berjalan merupakan alternatif yang menarik dan harus dipertimbangkan.

Metformin terutama berguna pada individu dengan DMG, khususnya pada individu yang gagal atau tidak disarankan untuk menurunkan berat bada 5-10% dari *baseline*. Pada individu-individu ini intervensi gaya hidup ditambah dengan metformin diperlukan untuk mencegah terjadinya diabetes. Metformin dapat mulai dipertimbangkan pada individu-individu demikian apabila dalam waktu 2-3 bulan intervensi gaya hidup tidak berhasil menurunkan berat badan sesuai target. Usia muda bukan halangan untuk menginisiasi metformin pada individu-individu demikian, mengingat metformin sebagai pencegahan diabetes terutama bermanfaat pada usia ≤ 60 tahun, terutama pada individu dengan obesitas morbid ($IMT \geq 35$ kgm^2). **DSS**

Daftar Pustaka

1. American Diabetes Association 2017 Scientific Sessions, June 11, 2017; San Diego, California. Abstract 169-OR



Hipersensitivitas dentin atau yang lebih dikenal dengan istilah gigi sensitif merupakan masalah gigi umum dan paling sering mengenai gigi taring dan premolar di kedua sisi. Gigi sensitif ini ditandai dengan nyeri pendek dan tajam akibat timbulnya respons dentin yang terbuka terhadap panas, dingin, taktil, dan sebagainya.¹

Penderita gigi sensitif di Indonesia (Ipsos, 2011) sekitar 45%-nya cenderung merasakan ngilu/nyeri/sakit saat mengonsumsi makanan dan minuman dingin, panas, manis, dan asam. Sedangkan sekitar 52% masyarakat tidak menyadari kondisi gigi sensitif yang dideritanya dan tidak berkonsultasi dengan dokter gigi secara teratur.

Seperti kondisi klinis lainnya, diagnosis akurat diperlukan sebelum mengawali terapi mengatasi gigi sensitif. Diagnosis dapat dibantu

dengan melakukan pemeriksaan dan riwayat klinis. Penyebab sakit pada gigi perlu ditentukan sebelum diagnosis gigi sensitif ini ditegakkan. Beberapa teknik yang dapat dilakukan antara lain melihat respons ada tidaknya nyeri dengan mengetuk gigi (mengindikasikan kemungkinan adanya pulpitis/atau area periodontal), diminta mengigit sesuatu (kemungkinan adanya fraktur), atau ada tidaknya nyeri yang mungkin disebabkan oleh restorasi gigi yang baru saja dilakukan.¹

Beberapa faktor yang diduga dapat menimbulkan gigi sensitif adalah erosi enamel dan resesi gusi. Kedua hal ini disebabkan terlalu sering mengeratkan gigi (*bruxism/teeth grinding*), menyikat gigi terlalu keras, atau mengonsumsi makanan/minuman bersifat asam. "Kesalahan perawatan gigi, seperti menyikat gigi terlalu sering atau berlebihan,

dapat mengakibatkan bagian dentin mendapatkan paparan dari luar," jelas drg. Hardini Dyah Astuti, Sp. Perio beberapa waktu lalu. Kondisi ini bila tidak ditangani dapat menimbulkan ketidaknyamanan yang berkepanjangan, terutama bila dialami pada usia produktif (20-50 tahun) yang memiliki rutinitas harian.

"Salah satu penanganan gigi sensitif di tahap awal adalah dengan menggunakan pasta gigi desensitisasi yang mengandung formula khusus guna mencegah rasa nyeri pada saraf

gigi. Namun ingatkan pasien untuk tetap berkonsultasi dengan dokter gigi apabila kondisi rasa nyeri masih terasa lebih dari 14 hari agar penyebab utamanya dapat diketahui, misalnya adanya gigi berlubang." Selain itu, dokter gigi juga perlu mengingatkan pasien untuk menyikat gigi minimal 2 jam setelah makan atau minum dan menyikat gigi sebaiknya setelah sarapan pagi dan sebelum tidur malam.

Salah satu perlindungan untuk gigi sensitif adalah pasta gigi yang mengandung senyawa bioaktif yaitu

NovaMin® yang dapat membentuk lapisan pelindung di atas bagian sensitif pada gigi dan memberikan perlindungan lebih lama dengan cara menyikat gigi dua kali sehari. NovaMin ini tersusun dari kalsium, sodium, fosfat, dan silikat yang merupakan elemen alami penyusun struktur gigi. **HA**

Daftar Pustaka

1. Dentin hypersensitivity: Recent trends in management. *J Conserv Dent*. 2010 Oct-Dec; 13(4): 218-224.

gigi SENSITIF

Jangan Dibiarkan



Penggunaan VITAMIN D & KALSIUM PADA OSTEOPOROSIS

dr. Susanti Himawan



makanan yang mengandung tinggi kalsium. Produk olahan susu (susu, keju, yogurt) adalah sumber kalsium terbaik karena kandungannya yang tinggi, tingkat penyerapannya tinggi, dan biaya relatif rendah. Suplementasi kal-

sium telah menunjukkan efektivitas dalam pencegahan patah tulang akibat osteoporosis pada wanita pascamenopause.

Vitamin D merupakan nutrisi penting dalam pemeliharaan kesehatan tulang. Fungsi utama vitamin D adalah mengatur penyerapan kalsium di usus dan merangsang untuk menjaga kadar kalsium serum. Namun demikian, mayoritas populasi ternyata tidak memiliki kadar vitamin D yang adekuat. Faktanya, sekitar 90% orang dewasa berusia 51-70 tahun tidak mendapatkan vitamin D yang cukup dari makanan mereka.

Sinar matahari adalah sumber vitamin D yang paling umum. Tingkat serum 25(OH)-D lebih rendah pada individu yang menggunakan tabir surya pada yang memiliki kulit berpigmen. Rekomendasi umum untuk vitamin D yang adekuat dari sinar matahari adalah paparan pada wajah, lengan, tangan, dan kaki selama 5-15 menit (jam 10.00-15.00), minimal dua kali seminggu. Setelah terpapar terhadap sinar matahari, tabir surya bisa digunakan untuk mengurangi kerusakan kulit. Penting untuk diingat bahwa meskipun sinar UV dari matahari dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker kulit, tetapi penggunaan tabir surya merupakan predisposisi terjadinya defisiensi vitamin D.

Jika tidak mendapatkan paparan sinar matahari yang cukup, maka sumber makanan vitamin D dapat dikonsumsi, diantaranya ikan berlemak (salmon, mackerel, sarden), kuning telur, dan minyak ikan *cod*. Namun karena kurangnya makanan yang mengandung vitamin D, suplemen vitamin D seringkali diperlukan untuk mencapai asupan yang adekuat.

Suplementasi vitamin D bersama dengan kalsium terbukti lebih bermanfaat dalam mengurangi

kejadian jatuh dan meningkatkan kepadatan tulang pada wanita lanjut usia yang telah mengalami patah tulang panggul. Studi meta-analisis menunjukkan bahwa suplementasi vitamin D oral dengan dosis 700-800 unit per hari dapat mengurangi risiko terjadinya fraktur panggul dan nonvertebra pada lansia. Dosis vitamin D oral sebesar 400 IU/hari tidak cukup untuk pencegahan terjadinya patah tulang. Sebuah artikel medis menyimpulkan bahwa vitamin D2 kurang efektif dibandingkan vitamin D3 dalam mempertahankan kadar vitamin D.

Suplementasi kalsium dan vitamin D terbukti dapat mengurangi keropos tulang dengan memperbaiki keadaan hiperparatiroidisme sekunder dan mencegah kejadian jatuh dengan meningkatkan kekuatan dan fungsi otot, serta keseimbangan tubuh. Oleh karena itu, suplementasi kalsium dan vitamin D umumnya direkomendasikan dalam pencegahan patah tulang pada osteoporosis. Lansia direkomendasikan untuk mendapatkan vitamin D paling sedikit 1000 IU/hari dengan kalsium 1000-1200 mg/hari untuk mengurangi risiko terjadinya patah tulang. Namun, klinisi juga sebaiknya menilai asupan kalsium dan vitamin D dari berbagai sumber serta mempertimbangkan pemberian suplemen sesuai dengan kondisi pasien.

Data tentang efek suplemen kalsium dan vitamin D terhadap BMD dan risiko jatuh serta patah tulang pada pria masih terbatas. Suplementasi gabungan antara 1000-1200 mg kalsium dan 800 IU vitamin D per hari harus dipertimbangkan secara khusus pada pria lanjut usia, pasien dalam pengobatan glukokortikoid dan pasien osteoporosis dengan pengobatan antiresorptif atau obat anabolik. Total asupan kalsium (diet plus suplemen) sebaiknya tidak melebihi 2000 mg/hari untuk menghindari kemungkinan efek sampingnya. **MD**

Daftar Pustaka

1. John A Sunyecz. Therapeutics and Clinical Risk Management 2008;4(4) 827-836
2. Li-Ru Chen, et al. International Journal of Gerontology 8 (2014) 183e188
3. Evelien Gielen, et al. Journal of Osteoporosis. 2011.

Osteoporosis menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat seiring dengan bertambahnya penduduk berusia lanjut. Risiko untuk mengalami osteoporosis bisa terjadi pada semua penduduk dengan berbagai latar belakang etnik. Osteoporosis sering terjadi tanpa gejala, sehingga dianggap sebagai 'silent disease'. Fraktur yang terjadi akibat dari osteoporosis berdampak pada gangguan mobilitas dan dependensi, dimana sekitar 25% memerlukan perawatan jangka panjang. Fraktur yang disebabkan oleh osteoporosis dapat menyebabkan nyeri kronis, kecacatan, dan juga gejala psikologis, seperti depresi.

Pengobatan osteoporosis direkomendasikan untuk pasien dengan fraktur panggul atau vertebra dan juga pasien dengan T-skor *Bone Mineral Density* (BMD) $\leq -2,5$ pada tulang femoralis, atau tulang belakang,

yang diukur dengan menggunakan alat DXA. Selain itu pengobatan juga direkomendasikan untuk wanita pascamenopause dan pria berusia diatas 50 tahun dengan massa tulang femoralis, panggul, atau tulang belakang yang rendah (T-skor -1 sampai $-2,5$, kategori osteopenia) serta probabilitas kejadian patah tulang panggul 10 tahun mendatang sebesar $\geq 3\%$ atau probabilitas semua kejadian patah tulang terkait osteoporosis 10 tahun mendatang sebesar $\geq 20\%$ berdasarkan kriteria risiko fraktur absolut dari WHO.

Beberapa rejimen terapeutik telah dirancang untuk mencegah atau mengobati osteoporosis

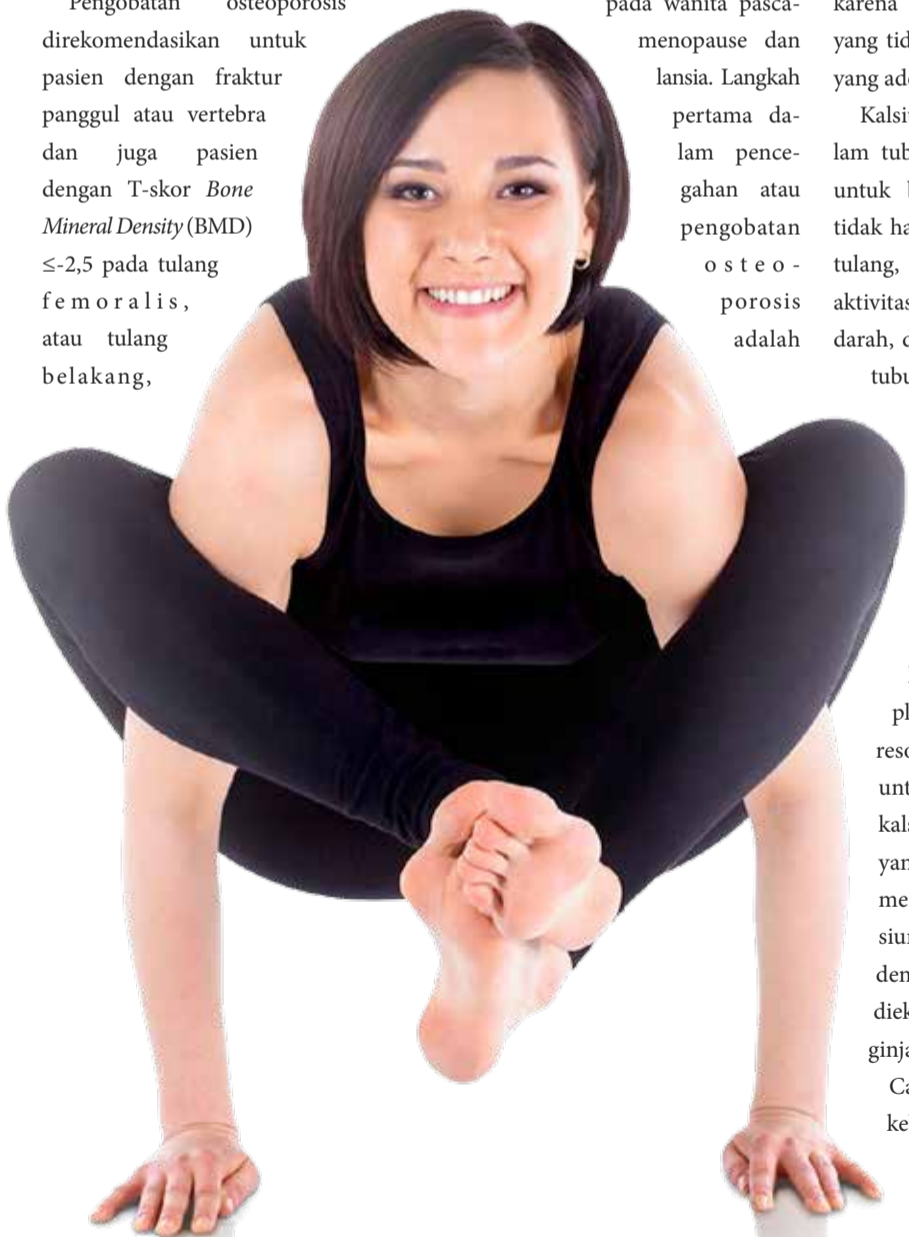
pada wanita pascamenopause dan lansia. Langkah pertama dalam pencegahan atau pengobatan osteoporosis adalah

memastikan nutrisi yang adekuat, terutama menjaga asupan kalsium dan vitamin D.

Kalsium adalah penyusun utama tulang dan vitamin D membantu mempertahankan homeostasis kalsium. Suplemen kalsium dan vitamin D telah lama dikenal sebagai 'batu penjurus zat gizi' yang penting untuk pencegahan dan/atau penanganan osteoporosis dan fraktur. Konsumsi kalsium dan vitamin D secara kontinu pada penderita osteoporosis sangat penting untuk perawatan optimal. Faktanya, sekitar 90% wanita mungkin tidak mendapatkan cukup kalsium yang cukup dan lebih dari 50% wanita yang diobati karena kehilangan massa tulang yang tidak memiliki kadar vitamin D yang adekuat.

Kalsium adalah unsur penting dalam tubuh manusia dan diperlukan untuk banyak fungsi sel. Kalsium tidak hanya penting untuk kesehatan tulang, tetapi juga penting untuk aktivitas neuromuskular, koagulasi darah, dan fungsi jantung. Meskipun tubuh menyimpan lebih dari 99% kalsium di tulang dan gigi, namun kalsium juga dapat ditemukan pada cairan ekstraseluler atau plasma. Kadar kalsium dalam plasma inilah yang mengatur keseimbangan kalsium. Jika kadar kalsium plasma menurun, maka resorpsi tulang akan meningkat untuk mengembalikan kadar kalsium plasma. Asupan kalsium yang cukup diperlukan untuk menjaga keseimbangan ini. Kalsium diserap dalam usus halus dengan bantuan vitamin D dan diekskresikan terutama melalui ginjal, serta sedikit melalui feses.

Cara terbaik untuk memenuhi kebutuhan kalsium sehari-hari adalah melalui asupan



Memelihara Kesehatan Tulang Anda

Revolusi Pengobatan Hepatitis C dengan Antiviral Golongan Baru

Beban penyakit yang disebabkan oleh hepatitis sangat besar, saat ini hepatitis viral membunuh 1,45 juta orang setiap tahunnya, setara dengan HIV dan lebih banyak dari tuberkulosis atau malaria. Namun demikian, meskipun kematian oleh karena HIV/AIDS turun sejak 2010, kematian karena hepatitis terus meningkat. Virus hepatitis B dan C menyebabkan sebagian besar kematian, terutama oleh karena karsinoma hepatoselular dan sirosis. Sejak tahun 1990 kematian oleh karena hepatitis B telah menetap, sedangkan kematian karena hepatitis C terus meningkat dan diprediksi demikian sampai dekade berikut.

Namun saat ini terapi hepatitis C telah mengalami revolusi luar biasa, dalam beberapa tahun terakhir peluncuran antiviral kerja langsung (*direct acting antiviral*, DAA) telah menghasilkan *sustained virological response* (SVR) di atas 95% untuk banyak kelompok pasien. Terapi-terapi baru ini efektif, minimal efek samping dengan waktu terapi pendek serta memberikan kesempatan kesembuhan baru untuk kelompok yang sebelumnya tidak bisa diterapi. Revolusi terapeutik ini telah merubah aturan main terapi hepatitis C, mengarah ke masa terapi bebas interferon (IFN) dan meningkatkan kemungkinan eradikasi hepatitis C.

Pada tahun 2011, terapi standar untuk hepatitis C adalah IFN-*pegylated* dan ribavirin selama 24

atau 48 minggu. Terapi ini menghasilkan 45% SVR pada pasien genotipe 1. Generasi pertama DAA dengan inhibitor protease (PI) dikombinasikan IFN-peg dan Ribavirin meningkatkan SVR menjadi 75%, namun dengan peningkatan efek samping signifikan. Pengembangan golongan DAA baru (**tabel 1**) seperti, inhibitor nukleosida dan non-nukleosida NS5B polimerase, inhibitor protease baru dan inhibitor NS5A, meningkatkan laju SVR lebih baik lagi. Kombinasi obat-obatan DAA yang digunakan pada regimen non IFN dengan atau tanpa ribavirin, menghasilkan SVR di atas 95% untuk pasien genotipe 1. Terapi kombinasi baru ini tidak hanya baik untuk genotipe 1, tapi juga untuk semua genotipe hepatitis C yang ada, ditambah lebih mudah ditoleransi sehingga meningkatkan eligibilitas terapi, juga menurunkan masa terapi menjadi 12 atau 24 minggu serta menurunkan jumlah obat yang harus diminum.

Regimen DAA terkini sangat efektif dengan kontraindikasi minimal, sehingga jumlah pasien yang dapat diterapi sangat besar. Ditambah dengan biaya pengobatan yang besar, berkisar antara USD 54.000-145.000 untuk 12 minggu terapi membuat akses terhadap pengobatan menjadi sulit untuk negara berkembang dan golongan yang tidak mampu. Beberapa usaha sudah dilakukan untuk membuat akses menjadi lebih mudah, seperti subsidi silang (harga Sofosbuvir di Mesir

berkisar USD 900/terapi) atau pun usaha untuk membuat obat generik lokal seperti yang dilakukan oleh India (harga Sofosbuvir generik berkisar USD 500-1800). Namun demikian bagi penderita di negara berkembang, di mana sebagian besar penderita berada tetap merupakan suatu tantangan untuk memaksimalkan sumber daya terbatas dan memberikan hasil pengobatan optimal.

Salah satu faktor terpenting keberhasilan terapi adalah ketaatan terhadap rekomendasi regimen.

Komitmen pasien untuk keberhasilan terapi harus dievaluasi sebelum memulai pemberian obat. Penekanan terhadap pentingnya meminum obat setiap hari dengan jadwal tepat dan diskusi mengenai efek samping yang mungkin terjadi sangat penting bagi ketaatan pasien. Sebelum memulai terapi, evaluasi klinis dan virologis secara menyeluruh dibutuhkan, termasuk stadium penyakit hati, ada tidaknya sirosis, genotipe virus hepatitis C termasuk kadar RNA HCV, juga evaluasi obat-obatan yang dikonsumsi saat ini untuk melihat kemungkinan interaksi obat.

Indonesia sendiri saat ini telah menyediakan pengobatan Sofosbuvir generik yang dapat diakses dengan harga terjangkau, sebesar 3 juta rupiah untuk terapi selama 12 minggu. Ketersediaan obat ini saat ini masih menjadi masalah, oleh karena distribusi yang belum merata. Saat ini pengobatan dapat dilakukan di bagian Hepatologi Departemen Ilmu Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Cipto Mangunkusumo (RSCM). Usaha terus dilakukan oleh pemerintah yang bekerjasama dengan lembaga swadaya masyarakat, organisasi profesi dan badan donor untuk memperluas penyediaan obat ini beserta golongan DAA lainnya di seluruh Indonesia. **DSS**

Daftar Pustaka

1. Keating GM. *Drugs*. 2015 Apr 1;75(6):675-85.

Tabel 1. Cara kerja dan contoh obat-obatan anti HCV terbaru.

Golongan	Cara kerja	Contoh
Inhibitor Protease	Menghambat translasi dan pemrosesan poliprotein	telaprevir, boceprevir, asunaprevir, vaniprevir, simeprevir, paritaprevir
Inhibitor NS5A	Menghambat kompleks replikasi	daclatasvir, ledipasvir, ombitasvir
Inhibitor NS5B	Menghambat replikasi RNA virus	sofosbuvir, dasabuvir

Listed in:

astellas | **TRANSPLANT**
ADVANCING TRANSPLANTATION—TOGETHER

RELIABLE
FUTURE LIFE
RESEARCH DEDICATION
EXPLORING INVESTIGATOR-DRIVEN STUDIES
トランスプラント リバース
LIVER ALWAYS INNOVATING
LIVER KIDNEY
IMMUNOGLOBULIN
アステラス製薬株式会社
ALLOGENEIC
FOCUS
DEVOTION
CONCENTRATION
SIGNAL ACTIVATION

HONEST
STAMINA
INNOVATIVE
CLINICAL RESEARCH
T-REG CELLS
PERSONAL COMMITMENT
POLYMORPHISMS
FOCUS EXPERIMENTAL
TAILORING THERAPY TO EACH PATIENT

RESPONSIVE
LIFE
TGF-β
OPPORTUNISTIC INFECTION
INTERLEUKIN-2
ORGAN DONATION
DONATION
IMMUNOGLOBULIN
ENABLING
SERIOUS
LEADERSHIP
EXPERTISE
LIVER ALWAYS INNOVATING THROUGH THE SIGNAL ACTIVITY

Prograf
Tacrolimus

PROGRAF XL
tacrolimus prologed release

Buku Ajar Kardiologi

SUDAH HADIR DI Indonesia

Topik bahasan Buku Ajar Kardiologi terdiri dari beberapa bagian (Fundamental Penyakit Kardiovaskular; Genetika dan Pengobatan Personal; Evaluasi Pasien; Gagal Jantung, Aritmia, Kematian Jantung Mendadak dan Sinkop; Penyakit Jantung Aterosklerosis; Penyakit Jantung Katup, Perikard, dan Pembuluh Darah Pulmoner; Penyakit Jantung Bawaan dan Pediatrik; Penyakit Jantung pada Kondisi Khusus; serta Penyakit Jantung dan Gangguan Organ Lain) yang terbagi ke dalam 72 bab dan menjadi dua jilid. Pemilihan topik ini dilakukan

berdasarkan atas pertimbangan kebutuhan akan pengelolaan pasien secara komprehensif.

Sekilas Isi

Dalam buku ajar jilid 1 dibahas mengenai beberapa modalitas pencitraan, seperti ultrasonografi, *Cardiovascular Magnetic Resonance* (CMR), kardiologi nuklir, ekokardiografi, *computed tomography* kardiak, ultrasonografi duplek, kate-terisasi jantung, arteriografi koroner dan pencitraan intrakoroner. Kesemuanya itu berperan penting dalam menegakkan diagnosis, evaluasi lu-

asnya penyakit, dan prediksi keluaran penyakit serta membantu menggambarkan sistem kardiovaskular secara cepat dan akurat, termasuk arteri koroner, dinding arteri koroner, katup jantung, miokard dan struktur-struktur lainnya.

Gagal jantung (hingga dengan penurunan fraksi ejsi) dibahas dari diagnosis hingga tata laksana. Pemantuan hemodinamik noninvasif merupakan salah satu komponen penting dalam perawatan pasien kritis karena dengan memahami hal ini, dokter akan terbantu dalam

Sering dengan pesatnya kemajuan keilmuan dan teknologi di bidang kardiovaskular, Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia kembali membuat dan menerbitkan Buku Ajar Kardiologi. Terbitnya buku ini di tahun 2017 adalah untuk memberikan pemahaman dan kemampuan diagnosis dan tata laksana terkini penyakit kardiovaskular. Pemahaman akan patomekanisme penyakit kardiovaskular juga menjadi keharusan bagi dokter ahli penyakit jantung, dokter penyakit dalam, dan dokter umum agar memiliki kemampuan diagnosis dan tata laksana.



mendeteksi masalah dan patofisiologi yang mendasarinya sehingga dapat menjadi panduan pemberian terapi. Di bab lainnya, terdapat bahasan gagal jantung diastolik; diagnosis dan terapi aritmia; pacu jantung permanen dan defibrilator jantung implan; gangguan irama supraventrikular; dan fibrilasi atrium (dari gambaran klinis, mekanisme, dan tata laksana); henti jantung dan kematian jantung mendadak; dan hipotensi dan sinkop (sebagai bab terakhir dalam jilid 1).

Dalam satu dekade terakhir bidang intervensi jantung struktural mengalami perkembangan yang cukup pesat dengan ditemukannya kemajuan dalam *image guidance*, ketersediaannya keterampilan khusus, dan penyelesaian uji klinis penting dari perangkat baru. Hal ini dibahas lengkap dalam jilid 2. Penyakit jantung dari bawaan (nonsianotik, sianosis, pada remaja dan dewasa), reumatik dan dalam kondisi-kondisi khusus (misalnya kehamilan), serta penyakit-penyakit yang mengenai aorta, arteri perifer, vena, katup jantung, perikardial, jantung trauma, kardiomiopati, dan endokarditis infektif juga ditulis secara detail. Begitu pula mekanisme, diagnosis dan tata laksana hipertensi sistemik karena hipertensi merupakan faktor risiko utama terjadinya kelainan kardiovaskular. Kelainan lipid dan lipoprotein (dislipidemia) juga perlu dipahami karena penurunan kadar LDL (khususnya) dapat membantu mengurangi risiko penyakit kardiovaskular.

Intervensi dalam jilid 2 meliputi koroner perkutan dan transkateter pada penyakit jantung struktural dewasa. Infark miokard dan segmen

ST dari patologi, patofisiologi dan gambaran klinis serta tata laksana baik yang disertai dengan elevasi maupun yang non elevasi menjadi pengisi jilid 2. Dokter juga perlu memahami bagaimana manajemen perioperatif pada pasien yang akan menjalani operasi jantung begitu pula dengan anestesi dan bedah nonjantung. Penyakit sistemik, gangguan tidur terkait pernapasan, tumor, gangguan endokrin, infeksi HIV, hemostasis, fibrinolisis, trombosis merupakan beberapa faktor yang perlu diketahui bila berkaitan dengan penyakit kardiovaskular.

Buku ini menjadi lengkap dengan mengenali bagaimana aspek psikologis pada penyakit kardiovaskular, ditambah lagi bagaimana rehabilitasi jantung komprehensif berdasarkan olahraga, dan apa yang perlu dilakukan sebagai pendekatan klinis terhadap pasien dengan nyeri dada.

Sebagai editor Buku Ajar Kardiologi Jilid 1 adalah Yoga Yuniadi, Dony Yugo Hermanto, dan Anna Ulfah Rahajoe. Sedangkan jilid 2 adalah Yoga Yuniadi, Dony Yugo Hermanto, dan Bambang Budi Siswanto. Diharapkan buku ini dapat menjadi salah satu sumber referensi yang komprehensif karena isinya mencakup pengetahuan dasar kardiovaskular, seperti anatomi, biologi molekuler, fisiologi, patofisiologi, diagnostik hingga tata laksana pasien, baik secara standar maupun yang terbaru atau canggih. Selain itu, buku ini dapat dijadikan salah satu sumber bahan bacaan untuk mahasiswa kedokteran, residen kardiologi, dan para spesialis jantung dan pembuluh darah. **HA**

The Most Comprehensive Cardiovascular Textbook In Indonesia

With 72 up-to-date chapters on Cardiology & Vascular Medicine

FULL COLOR

Get it Now

Only for IDR 1.4 M

Special price for Cardiology residents & medical students*

Contact Us : Yayasan Cardiovascular Indonesia
 Jl Letjen S Parman Kav 87, Slipi
 CP : Putri 081908352530



Advance Acne Management

Pada tanggal 11 Agustus 2017, salah satu simposium dalam Kongres Nasional Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia membahas tata laksana, terapi rumatan dan adjuvan akne vulgaris.

Hadir sebagai pembicara pertama, **dr. Mark Tang** (Singapura) yang membawakan presentasi berjudul **1. Advance Acne Management; Holistic Approach of Topical Treatment for Higher Patient Compliance and Satisfaction.**

Perempuan remaja dan dewasa memiliki karakter morfologi akne yang berbeda. Pada remaja umumnya berupa lesi inflamasi dengan komedo, terutama area dahi, hidung dan telinga (zona T). Sedangkan pada dewasa sebagian besar merupakan lesi inflamasi (papul, pustul dan nodul) umumnya area dagu, rahang dan leher (zona U) dengan/tanpa komedo minimal atau lebih sering berupa komedo tertutup. Berdasarkan awitan, perempuan dewasa memiliki dua sub tipe akne, yakni persisten (kelanjutan dari remaja), dan *late-onset* (timbul saat dewasa). Pilihan pengobatan pada perempuan dewasa dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain risiko iritasi, respons lambat, kepatuhan, usia subur, dan dampak psikososial.

Selain isotretinoin, pilihan pengobatan AV adalah terapi kombinasi *benzoyl peroxide* dan retinoid atau antibiotika topikal, namun cenderung lebih iritatif sehingga berdampak pada kepatuhan.

Beberapa terapi adjuvan dapat menjadi pilihan kombinasi dengan terapi konvensional, seperti pengelupasan kimia, injeksi steroid intralesi, *blue light*, terapi fotodinamik dan dermokosmetik. **2. Dermo-cosmetics** menjadi salah satu pilihan yang banyak diminati karena bersifat alami, melembabkan dan memiliki efek *mattifying*, tidak mengandung antibiotika, aman bagi ibu hamil dan bagi pasien yang berencana untuk berkeluarga, dapat digunakan pada pasien yang tidak dapat mentoleransi *benzoyl peroxide* atau retinoid.

Selanjutnya **Dr. dr. Irma Bernadette, SpKK(K)** memaparkan 'An Indonesian Multicenter Study Assessing the Efficacy and Tolerability of Nicotinamide Plus Cream in Moderate Acne Patients.'

Studi "Effectivity of Nicotinamide Combination as Adjuvan Therapy for Moderate Acne Vulgaris in Indonesia" menilai penggunaan kosmesutikal (Papulex® atau PPX) dan membandingkan efikasi

dan tolerabilitas dari *Adapalene 0.1% cream* dan Nicotinamide + *Antibacterial adhesive* + Zinc PCA dengan *Adapalene 0.1% cream* dan plasebo pada pengobatan AV derajat sedang sampai dengan 6 minggu (usia 12-50 tahun) di lima rumah sakit selama lima bulan. Hasil studi secara multisenter dan acak tersamar ganda tersebut menunjukkan, Nicotinamide + *Antibacterial adhesive* + Zinc PCA dalam *Papulex® oil-free cream* aman, dapat ditoleransi dengan baik dan secara signifikan menurunkan jumlah lesi noninflamasi pada AV derajat sedang, dibandingkan dengan plasebo.

Keamanan dan efikasi Adapalene terhadap AV telah dipelajari dalam berbagai uji klinis, baik digunakan secara tunggal maupun dengan antimikroba, dan memiliki tolerabilitas yang lebih baik dibandingkan retinoid topikal lainnya. Nicotinamide – bentuk niasin aktif secara fisiologis – bersifat antiinflamasi setara dengan khasiat klindamisin topikal pada pengobatan AV. *Antibacterial adhesive* bersifat antiproliferatif, *anti adhesive* dan

anti biofilm. Sedangkan Zinc PCA mampu melembabkan kulit dan mengendalikan produksi sebum.

Sebagai pembicara ketiga, **dr. Rointan Simanungkalit, SpKK(K)** memaparkan presentasi berjudul 'Maintenance and Adjuvant Therapy

of Acne Vulgaris'. Pengendalian lesi, pencegahan jaringan parut dan minimalisasi morbiditas merupakan tujuan utama pengobatan AV. Hal yang sulit dari pengobatan adalah mengendalikan relaps bahkan setelah pengobatan berhasil, oleh

BAGAN REKOMENDASI TERAPI AKNE
IAEM 2015

GRADE / THERAPY	MILD	MODERATE	SEVERE
1 st LINE TOPICAL	RA, SA BPO / pustul wanita hamil	RA, BPO, AB BPO wanita hamil	AB BPO wanita Hamil
ORAL	-	Dox E wanita hamil	Azitro, Quinolon E wanita hamil
2 nd LINE TOPICAL	AA BPO wanita hamil	AA, SA, TAIL BPO wanita hamil	AA, SA, TAIL BPO wanita hamil
ORAL		AB lain	F: Aan M: IsotO
3 rd LINE TOPICAL	RA+BPO, AB> BPO wanita hamil	AB>, RA+BPO BPO wanita hamil	AA, SA, TAIL BPO wanita hamil
ORAL		AB lain	F: Isotret GCS/GSS (AF)
AJUVAN KIE, SC, SP, LL, K(PPX, SS)		
MAINTENANCE KIE, SC, RA < 0.01 - 0.025% K(PPX)		

RA: Retinoic Acid, BPO: Benzoyl Peroxide, AB: Antibiotik, Dox: Doxycyclin, Azitro: Azitromycin, E: Eritromycin, AA: Azelaic Acid, AS: SA: Salicylic Acid, TAIL: Triamcinolon Acetonide Intra Lesi, AAN: Anti Androgen, F: Female, M: Male, IsotO: Isotretinoin Oral, AB>: Antibiotik konsentrasi >, GCS: GlucoCorticoid Systemic, CSS: CorticoSteroid Systemic, AF: Akne Fulminan, KIE: Komunikasi Informasi Edukasi, SC: Skin Care, SP: Skin Peeling, LL: Laser and Light Therapy, K: Kosmesutikal, PPX: Papulex® (ABA, Nicotinamide, Zinc PCA), SS: Sunscreen yang Hipoalergenik dan Non Komedogenik.

sebab itu memerlukan manajemen jangka panjang.

Selain tata laksana standar, terapi rumatan dan terapi adjuvan juga diperlukan. Terapi rumatan adalah penggunaan agen terapeutik secara teratur untuk memastikan lesi AV tetap dalam tahap remisi. Terapi rumatan juga berlaku untuk pengobatan dan pencegahan mikrokomedo, serta perbaikan dari hiperpigmentasi pascainflamasi dan/atau jaringan parut atrofi. Terapi rumatan meliputi edukasi, perawatan kulit (pembersih dan pelembab), retinoid topikal, kosmesutikal (Nicotinamida, *Antibacterial adhesive*, Zinc PCA), dan tabir surya.

Terapi adjuvan adalah berbagai prosedur yang berguna sebagai tambahan pada keseluruhan regimen pengobatan, antara lain ekstraksi komedo atau elektrokauterisasi, injeksi steroid intralesi, pengelupasan kimia (dengan menggunakan asam glikolat, asam salisilat atau kombinasi resorsinol dan asam salisilat), serta terapi fotodinamik. **DH**

PAPULEX™
Great Skin. Great Confidence.

Seimbang dengan
The Power of 3
Kulit Bebas Jerawat!

Love Your Skin

DERMOCOSMETIC
INDONESIA ACNE
GUIDELINE
RECOMMENDED

PERDOSKI



NEW HOPE FOR SEBORRHEIC DERMATITIS

Berbagai studi yang mempelajari *seborrheic dermatitis* (dermatitis seboroik/DS), prevalensi pada populasi dewasa diperkirakan mencapai 50% dan dapat menyebabkan rasa tidak nyaman hingga mengganggu kualitas hidup para penderitanya. Hal ini menjadi salah satu topik yang dibahas dalam Kongres Nasional XV Perdoski tanggal 12 Agustus 2017 lalu di Semarang. Hadir sebagai moderator adalah **dr. Lies Marlysa Ramali, SpKK (K)**.

Patogenesis dermatitis seboroik ketombe merupakan spektrum dan terbentuknya ketombe belum berkelanjutan akibat gangguan yang diketahui secara pasti. Baik DS dan terjadi di daerah seboroik. Keduanya

memiliki perbedaan, ketombe terbatas hanya di kulit kepala, gatal, dan tidak ada inflamasi. Sedangkan DS dapat mengenai seluruh area seboroik, terdapat inflamasi dan gatal. Dari berbagai studi, diketahui patofisiologi DS terdiri dari 3 faktor utama yaitu aktivitas kelenjar sebaceous, *Malassezia spp*, dan kerentanan individu (respons imun) yang melibatkan sawar epidermal, status nutrisi, neurogenik, dan stres. Hal ini diungkapkan oleh **Prof. dr. Kusmarinah Bramono, Ph.D, SpKK(K)** dalam presentasinya yang berjudul 'New Dimension in the Etiopathogenesis of Seborrheic Dermatitis: Role of *Malassezia spp*'.

Ragam hasil studi mengenai *Malassezia spp* pada DS menunjukkan jumlah spesies ini pada pasien DS dengan ketombe, lebih banyak dibandingkan pada individu normal. Selain menghasilkan lipase, *Malassezia* juga dapat menghasilkan metabolit toksik dan *reactive oxygen species*. *Malassezia* ini menghasilkan asam lemak tak jenuh (asam oleat, asam arakidonat) dan asam lemak jenuh (asam stearat). Asam stearat ini akan dimetabolisme oleh *Malassezia* sehingga menyebabkan pertumbuhannya menjadi kontinu. Sedangkan asam lemak tak jenuh

lainnya tidak dimetabolisme oleh *Malassezia* sehingga terakumulasi pada kulit dan pada akhirnya menghasilkan beberapa metabolit (IL-8, IL-12, TNF α , Ca⁺⁺ intraseluler \uparrow , TEWL \uparrow , dll) sehingga timbulah DS dan ketombe.

Variasi kandungan lipid pada kulit kemungkinan akan memengaruhi ketebalan kapsul lipid *Malassezia*. Pada yang tipis, jamur ini akan meningkatkan sitokin proinflamasi sehingga akan memicu timbulnya DS dan ketombe. Sedangkan pada yang tebal, *Malassezia* akan menurunkan jumlah sitokin yang sama sehingga jamur ini akan bertahan sebagai

sistemik (Itraconazole, terbinafine, fluconazole). Pada DS non-skalp ringan dapat diberikan antijamur topikal, AIAFp, kortikosteroid topikal (kelas I), *topical calcineurin inhibitor* (TCI). Sedangkan pada yang sedang hingga berat, dapat diberikan kortikosteroid topikal dan antijamur sistemik (Itraconazole, terbinafine, fluconazole).

Dalam penatalaksanaan DS terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain menghindari faktor pemicu (iritan, humiditas), dan memperbaiki tanda-tanda klinis, serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Menurut **dr. Rataporn Ungpakorn**



komensial. Faktor-faktor lain yang saling memengaruhi, adalah aktivitas kelenjar sebaceous dan kerentanan individu (mencakup respons imun, dan permeabilitas sawar epidermal).

Kini Indonesia sudah memiliki *guideline* dalam penatalaksanaan dermatitis seboroik dan hal ini dipaparkan oleh **Dr. dr. Sandra Widaty, SpKK(K)** dalam presentasi bertajuk 'Clinical and Management Problem in Chronic Relapsing Seborrheic Dermatitis: Asia Pacific Guidelines'. Algoritme tata laksana dermatitis seboroik skalp dan dermatitis seboroik non-skalp (berdasarkan derajat keparahan) termuat di dalam buku 'Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran: Tata Laksana Dermatitis Seboroik'.

Spesies *M globoza* dan *M restricta* ditemukan >80% pasien DS di Cina, sedangkan pada skalp pasien DS di Indonesia terdapat *M globoza* (52%) dan *M dermatitis* (23%). Namun dengan terapi - antijamur - kolonisasi *Malassezia spp* dapat dikendalikan dan menunjukkan hasil yang baik.

Manifestasi klinis DS dapat dinilai dengan menggunakan *Seborrheic Dermatitis Area Severity Index* (SDASI) yang mencakup penampilan klinis dan daerah yang terkena. Skoring ini penting untuk menentukan terapi dan evaluasi respons terapi. Untuk modalitas terapi pada skalp dan bagian yang berambut (DS ringan), adalah antijamur topikal, *anti inflammation anti fungal properties* (AIAFp), keratolitik, dan kortikosteroid (kelas I-II). Untuk DS sedang-berat dapat dipertimbangkan pemberian kortikosteroid topikal dan antijamur

(Thailand), penatalaksanaan DS bertujuan untuk mengendalikan inflamasi (steroid), proliferasi *Malassezia* (antijamur), dan formasi krusta (keratolitik) yang termuat dalam presentasi 'New Hope for Seborrheic Dermatitis Treatment'.

Elewski B (2009) melakukan studi membandingkan AIAFp (Sebclair™) dengan desonide (0.05%) menilai efikasi. Hasilnya pada kelompok dengan AIAFp terdapat perbaikan yang signifikan dalam mereduksi eritema, krusta, gatal ($p < 0.0001$).

Lini pertama dalam algoritme DS adalah krim/sampo kortikosteroid, krim/sampo antijamur, AIAFp (Sebclair™). Bila terapi berhasil, dapat diberikan rumatan dengan kortikosteroid topikal, antijamur topikal, dan AIAFp. Bila tidak menunjukkan hasil yang diharapkan, dapat dipertimbangkan pemberian antijamur oral, isotretinoin oral, dan fototerapi.

Keunggulan yang dimiliki oleh Sebclair™ antara lain telah terbukti efikasinya, tidak terdapat batasan usia atau durasi pemakaian, tidak terdapat batasan area (dapat digunakan pada area wajah dan intertriginosa), dan tidak dilaporkan adanya efek samping. Kunci utama dalam keberhasilan penatalaksanaan DS memerlukan diagnosis yang tepat, pemilihan obat yang telah disetujui oleh FDA, telah menemukan faktor-faktor yang mengganggu, dan terapi rumatan. Untuk rumatan, pertimbangkan obat yang sudah terbukti efikasinya dan memiliki profil keamanan yang tinggi, serta memiliki efek samping jangka panjang yang minimal. **HA**

SEBCLAIR™ CREAM
HELP PATIENTS WITH THEIR

TRANSFORMATION



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

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

References:

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



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

ID/SEB/102016/004



Vaginal Birth After Cesarean (VBAC)

SHOULD WE DO IT?

dr. Jonathan Kevin Djuanda

Angka persalinan secara operatif / *Sectio Caesarea* (disingkat SC) di dunia saat ini dinilai telah meningkat dratis melebihi anjuran *World Health Organization* (WHO). Angka operasi SC di Amerika Serikat saat ini adalah 32% dari seluruh persalinan, meningkat 53% sejak tahun 1996.¹ Hal ini menyebabkan peningkatan penyakit dan komplikasi yang berhubungan dengan SC, seperti plasenta previa dan plasenta akreta.² Pandangan "*once cesarean, always a cesarean*" dinilai juga berkontribusi dalam peningkatan dilakukannya SC. Akan tetapi pandangan ini telah diubah dengan fakta bahwa persalinan spontan per vaginam (PSP) setelah riwayat persalinan caesarea (VBAC) sangat dimungkinkan, selama memenuhi kriteria yang telah disusun. Guise, *et al* melaporkan bahwa angka keberhasilan VBAC mencapai 75%, dengan angka komplikasi bahkan kurang dari 1%.³ ACOG menyatakan bahwa 60-80% ibu hamil yang menggunakan VBAC akan berhasil.^{1,2}

VBAC diawali terlebih dahulu dengan percobaan persalinan atau "*Trial of Labor After Previous Cesarean Delivery*" (TOLAC). Risiko yang dihadapi pasien dalam TOLAC sama dengan pasien yang akan dilakukan SC elektif ulangan, seperti perdarahan, infeksi, tromboembolisme, histerektomi, dan kematian. TOLAC yang berlangsung baik akan diakhiri dengan VBAC. Pada tahun 2010 ACOG mengeluarkan panduan yang menyatakan bahwa VBAC adalah pilihan yang tepat dan aman bagi sebagian besar wanita yang pernah dilakukan SC sebelumnya.¹ TOLAC juga dapat dipertimbangkan pada wanita yang riwayat operasi sebelumnya tidak jelas.^{1,2} **Tabel 1** menunjukkan faktor-faktor yang dapat meningkatkan atau menurunkan keberhasilan TOLAC.

ACOG merekomendasikan bahwa sebagian besar wanita dengan riwayat satu kali operasi SC sebelumnya dengan

insisi segmen bawah rahim (SBR) harus dijelaskan mengenai VBAC dan ditawarkan untuk dilakukan TOLAC. Bila diketahui bahwa wanita tersebut memiliki risiko tinggi terjadinya komplikasi seperti insisi uterus klasik atau bentuk T, riwayat ruptur uterus atau dengan kontraindikasi PSP, seperti plasenta previa, maka TOLAC bukanlah pilihan.

Makrosomia. Ibu hamil dengan bayi makrosomia (berat bayi lebih dari 4000 gr) memiliki angka keberhasilan VBAC lebih rendah. Bila pada persalinan sebelumnya terjadi distosia, angka keberhasilan VBAC juga lebih rendah, termasuk bila berat bayi pada kehamilan yang sekarang lebih besar daripada pada persalinan yang dilakukan SC.

Usia kehamilan lebih dari 40 minggu. Beberapa penelitian menyatakan bahwa angka keberhasilan VBAC lebih rendah pada pasien dengan usia kehamilan lebih dari 40 minggu. Penyebabnya masih belum diketahui, namun usia kehamilan lebih dari 40 minggu **bukanlah** kontraindikasi dilakukannya TOLAC.^{1,2}

Tessmer-Tuck, *et al* menyatakan bahwa faktor independen yang mempengaruhi secara langsung keberhasilan VBAC adalah: usia kurang dari 30 tahun, indeks massa tubuh kurang dari 30, riwayat VBAC sebelumnya, riwayat PSP sebelumnya, dan tidak adanya indikasi untuk dilakukan SC ulangan.⁴ Ada dua metode prediktor yang sering digunakan, yaitu nomogram yang disusun oleh Grobman WA, *et al*, (Lihat **Gambar 1**)^{4,5} dan sistem skoring yang disusun oleh Flamm, *et al* (Lihat **Tabel 2**).^{3,6} Selain kedua model ini, banyak penelitian lain yang berusaha menyusun model dan skoring untuk memprediksi keberhasilan TOLAC dan VBAC. Penggunaan skoring dan model prediktor hanya untuk membantu menyusun keputusan dilakukannya TOLAC dan VBAC.

Saat ini nomogram Grobman lebih banyak digunakan karena tidak menggunakan data antepartum, sehingga bisa memprediksi keberhasilan VBAC sebelum pasien memasuki proses persalinan. Skoring Flamm, *et al* membutuhkan data antepartum dan selain itu skoring ini disusun pada tahun 1997 sehingga sudah cukup lama dan membutuhkan evaluasi lebih lanjut.

Skor pasien menurut **Tabel 2** ini dijumlahkan dan angka persentase keberhasilannya dapat dilihat berdasarkan tabel di bawah ini (lihat **Tabel 3**).

Dilakukannya VBAC memungkinkan untuk menurunkan risiko perdarahan dan infeksi, termasuk mempercepat pemulihan paska persalinan. VBAC juga mengurangi risiko terkait operasi SC, seperti cedera pada kandung kemih dan saluran cerna, adhesi dan plasenta akreta.^{2,7} Salah satu komplikasi utama VBAC adalah risiko terjadinya ruptur uterus dan kegagalan ke-

Tabel 3. Persentase Keberhasilan VBAC Berdasarkan Skoring Flamm, *et al*⁶

Jumlah Skor	Persentase
≤ 2	49%
3	60%
4	67%
5	77%
6	87%
7	93%
≥ 8	95%

*Dengan rentang skor 0 - 10

majuan persalinan. Risiko ruptur dilaporkan meningkat bila dilakukan induksi, namun banyak penelitian yang memberikan hasil yang bervariasi, sehingga pertimbangan dilakukannya induksi masih belum jelas. Risiko terjadinya ruptur sangatlah rendah, hanya 0,7-0,9%,^{1,2,8} dengan catatan ibu hamil memiliki riwayat persalinan sebelumnya yang mendukung dilakukannya TOLAC. Perlu dicatat bahwa pasien yang akan dilakukan TOLAC harus berada dalam situasi di mana operasi SC darurat dapat dilakukan seandainya

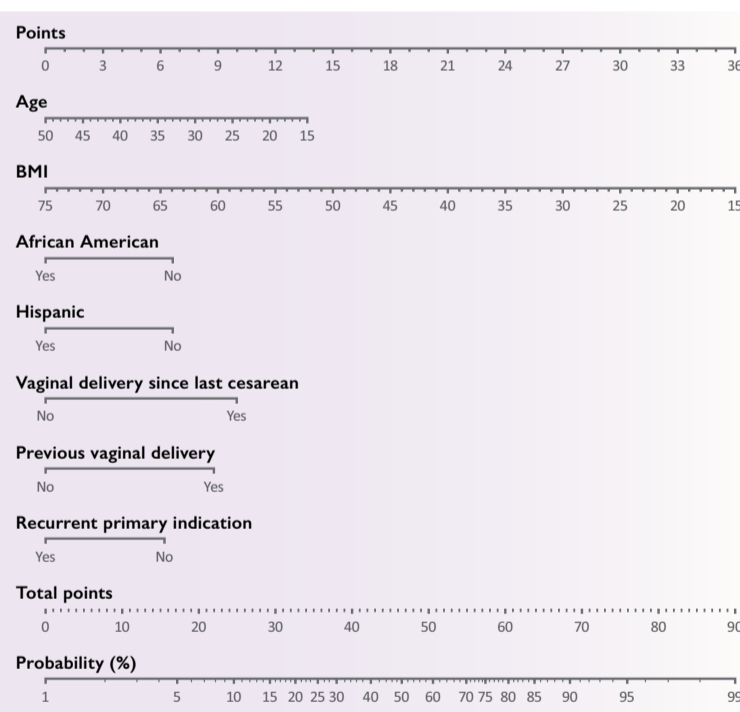
terjadinya kesulitan atau komplikasi selama proses persalinan.

Permasalahan utama yang dihadapi pelaksanaan VBAC adalah rumah sakit dan tenaga medis yang masih ragu oleh karena adanya risiko komplikasi.⁹ Dhillon, *et al* menemukan bahwa selain permasalahan di tenaga medis, ketidaktahuan pasien juga mempersulit pelaksanaan VBAC. Dilaporkan bahwa banyak pasien di India memilih untuk dilakukan SC atau SC ulangan sekalipun tidak ada indikasi mutlak dikarenakan ingin menghindari persalinan normal yang dinilai menyakitkan.

Selain itu, tindakan SC yang saat ini dinilai aman oleh karena kemajuan dalam anesthesia yang baik, teknik bedah yang semakin maju, dan obat-obatan yang semakin baik juga membuat dokter banyak menyarankan SC, termasuk untuk menghindari litigasi.⁸ Diharapkan bahwa di masa depan, pengetahuan yang mendalam mengenai riwayat obstetri pasien serta peralatan yang memadai, serta perubahan sikap baik tenaga medis maupun pasien akan mendukung dilakukannya VBAC, sehingga dengan demikian dapat menurunkan angka persalinan SC. **MD**

Daftar Pustaka

- Armstrong C. ACOG Updates Recommendations on Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. *AAFP* 2011;83(2):215-217.
- ACOG practice bulletin no. 115. Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2010;116(2):452
- Nilsson C, Lundgren I, Smith V, *et al*. Women-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): A systematic review. *Midwifery* 2015; 31: 657-663
- Tessmer-Tuck JA, El-Nashar SA, *et al*. Predicting Vaginal Birth after Cesarean Section: A Cohort Study. *Gynecol Obstet Invest* 2014;77:121-126.
- Grobman WA, Lai Y, Landon MB, *et al*. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2007; 109:806-812.
- Flamm BL, Geiger AM: Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. *Obstet Gynecol* 1997;90:907-910.
- Konstatina N, Micalopoulos G, Charalimpos G, *et al*. Vaginal birth after cesarean section in Greece and the contribution of midwives. *HJOG* 2014;13(3):73-76.
- Dhillon BS, *et al*. Vaginal birth after cesarean section (VBAC) versus emergency repeat cesarean section at teaching hospitals in India: an ICMR task force study. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2014 Sep;3(3):592-597.
- Lundgren I, Healy P, Carroll M, *et al*. Clinicians view of factors of importance for improving the rate of VBAC (vaginal birth after caesarean section): a study from countries with low VBAC rates. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016) 16:350.



Gambar 1. Grobman WA, *et al* Nomogram untuk Memprediksi Keberhasilan VBAC⁵

(Tarik garis dari faktor risiko ke garis "Points" di atas untuk mengetahui poin dari masing - masing faktor risiko. Seluruh poin kemudian dijumlahkan dan tandai jumlah tersebut di garis "Total points". Dari sana tarik garis ke bawah (ke garis "Probability") untuk mengetahui berapa persen kemungkinan keberhasilan VBAC pasien tersebut).

Tabel 2. Flamm's *Clinical Decision Rule* untuk Memprediksi Keberhasilan VBAC⁶

Karakteristik Pasien	Skor
Usia pasien <40 tahun	2
Riwayat Persalinan per vaginam (pilih salah satu)	
Persalinan per vaginam sebelum dan setelah persalinan SC pertama	4
Persalinan per vaginam setelah persalinan SC pertama	2
Persalinan per vaginam sebelum persalinan SC pertama	1
Tidak pernah	0
Indikasi selain kegagalan kemajuan persalinan yang menyebabkan dilakukannya SC pertama	1
Pendaftaran serviks ketika sudah masuk RS	
>75%	2
25 - 75%	1
<25%	0
Dilatasi serviks ≥4 saat masuk RS	1

Tabel 1. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan TOLAC¹

Faktor yang Meningkatkan Angka Keberhasilan TOLAC
Riwayat Persalinan per vaginam sebelumnya
Proses Persalinan dimulai secara spontan
Faktor yang Menurunkan Angka Keberhasilan TOLAC
Usia kehamilan di atas 40 minggu
Usia Ibu yang semakin tua
Berat Badan janin yang semakin berat
Obesitas ibu
Pre eklampsia
Indikasi rekuren dilakukannya operasi SC : (Riwayat persalinan SC sebelumnya oleh karena tidak bertambahnya dilatasi serviks atau tidak turunnya kepala bayi) atau kontraindikasi untuk persalinan per vaginam (misal insisi klasik, insisi bentuk T, plasenta previa, makrosomia)
Jarak antar kehamilan yang terlalu dekat.

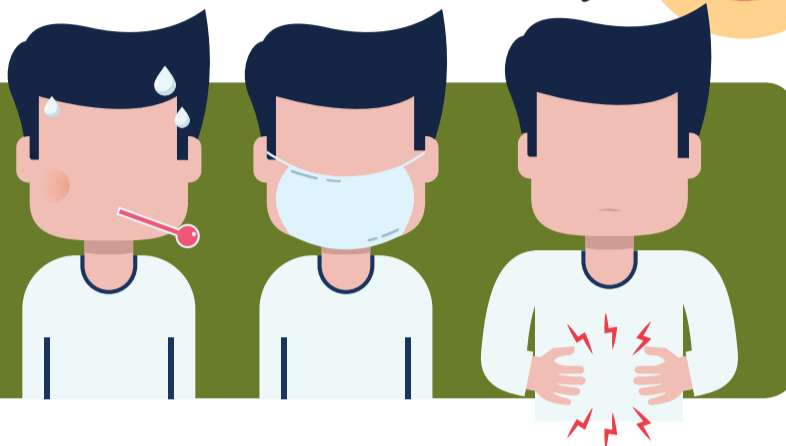
Demam Berdarah Dengue dengan Gejala MENYERUPAI Apendisitis Akut

dr. Fariz Adi Saputro
dr. Martinus M. Leman, DTMH, Sp.A



Ilustrasi Kasus

Anak laki-laki 13 tahun, berat badan 49 kg, datang ke RS dengan keluhan demam hari kedua. Pasien mengeluh batuk, pilek, mual, muntah, nyeri pada ulu hati dan perut bagian kanan bawah.



Pada pemeriksaan fisik didapatkan pasien dalam kondisi sadar penuh. Hemodinamik stabil, dengan tekanan darah 120/70, namun demam tinggi 40°C. Pada pemeriksaan paru ditemukan ronki basah kasar di kedua lapang paru. Pada regio abdomen tidak ditemukan kelainan. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan Hb 11,7 gr%, leukosit 7.800/uL, hematokrit 34 vol%, trombosit 348.000/uL. Pemeriksaan radiologi thoraks mengesankan infiltrat pada paru kanan dan kiri. Pasien dirawat dengan diagnosis kerja bronkopneumonia. Terapi yang diberikan berupa cairan rumatan, antibiotik, antipiretik, dan antiemetik.

Pada hari perawatan kedua, masih didapatkan demam tinggi hingga 39,5°C. Keluhan batuk masih ada, namun kini disertai nyeri dada dan mual makin berat. Terdapat nyeri tekan epigastrium, dan di perut kanan bawah. Laboratorium menunjukkan Hb 11,9 gr%, leukosit 3.700/uL, hematokrit 34 vol%, dan trombosit 239.000/uL. Terapi dilanjutkan dengan diagnosis bronkopneumonia.

Pada hari perawatan ketiga, pasien masih demam, memasuki hari demam ke-5, namun cenderung menurun. Keluhan nyeri perut bertambah berat. Asupan semakin sulit. Diagnosis kerja menjadi bronkopneumonia dan gastritis. Terapi dilanjutkan dengan tambahan *proton pump inhibitor*.

Hari perawatan ke-4 pasien cenderung berkurang demamnya, namun keluhan nyeri perut bertambah hebat, khususnya di kanan bawah. Tanda vital masih dalam batas normal. Pasien juga mengalami muntah semakin hebat. Dilakukan pemeriksaan ultrasonografi abdomen dan ditemukan adanya cairan bebas, nyeri tekan transducer, dan bentukan 'sausage / tubular', sesuai dengan appendicular infiltrat. Pasien dikonsulkan ke bagian bedah, dan dicurigai mengalami apendisitis akut, serta disarankan tindakan operatif segera. Untuk mengevaluasi ulang status hematologi, dilakukan pemeriksaan darah ulang, dan didapatkan Hb. 16,5 gr%, leukosit 2.700/uL, hematokrit 45 vol%, dan trombosit 39.000/uL. Pemeriksaan serologi dengue menemukan IgG (+) dan IgM (+). Diskusi antara dokter anak dan dokter bedah menyepakati untuk menunda rencana operasi, dan melakukan pemantauan hemodinamik. Diagnosis kerja menjadi demam berdarah dengue derajat 2,

disertai bronkopneumonia, dan kemungkinan apendisitis.

Hari perawatan ke-5, pasien sudah bebas demam selama dua hari. Tanda vital stabil, namun nyeri perut dan distensi bertambah. Laboratorium menunjukkan Hb 16,9 gr%, leukosit 3.500/uL, hematokrit 46 vol%, dan trombosit 29.000/uL. Tatalaksana dilakukan secara konservatif dan pemantauan hemodinamik ketat.

Pada hari perawatan ke-6, pasien berkurang keluhan nyeri perutnya. Tidak ada demam dalam tiga hari terakhir. Laboratorium menunjukkan Hb 14,9 gr%, leukosit 8.500/uL, hematokrit 40 vol%, trombosit 37.000/uL. Pada hari ke-7 pasien sudah tidak ada keluhan nyeri perut, tidak demam, dan tampak ruam kemerahan yang luas di seluruh kaki dan tangannya, dengan bintik-bintik putih di antaranya. Gambaran ini kerap disebut "white islands in the red sea" yang dapat dijumpai pada demam berdarah dengue fase konvalesen. Pasien dipulangkan pada hari ke-8, dengan diagnosis akhir demam berdarah dengue derajat 2 dan bronkopneumonia.

menunjukkan infiltrat pada kedua lapangan paru. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan nilai leukosit dan trombosit yang relatif normal. Gambaran klinis ini membuat dokter pemeriksa pada saat ini tidak memikirkan kemungkinan demam berdarah.

Pada perawatan lebih lanjut, pada perawatan hari pertama, pasien masih dalam kondisi demam. Pemeriksaan laboratorium mendapatkan gambaran leukopenia (3.800/uL) dan trombosit yang cenderung menurun. Sesungguhnya ini sudah dapat menjadi awal kecurigaan adanya infeksi virus, di luar adanya bronkopneumonia. Dalam pemeriksaan lebih lanjut di hari kedua pun didapatkan leukopenia, meskipun trombosit tampak meningkat sedikit. Nilai trombosit yang cenderung naik di hari ke-2 perawatan ini membuat dokter yang merawat tidak memikirkan kemungkinan adanya infeksi dengue, dan tidak memeriksa ulang laboratorium darah di hari ke-3.

Pada hari ke-4 karena keluhan nyeri perut menghebat, akhirnya dilakukan USG abdomen dan diduga ada apendisitis akut. Konsul bedah dilakukan dan direncanakan tindakan operatif

kerja menjadi demam berdarah dengue, dan tindakan operatif diputuskan ditunda.

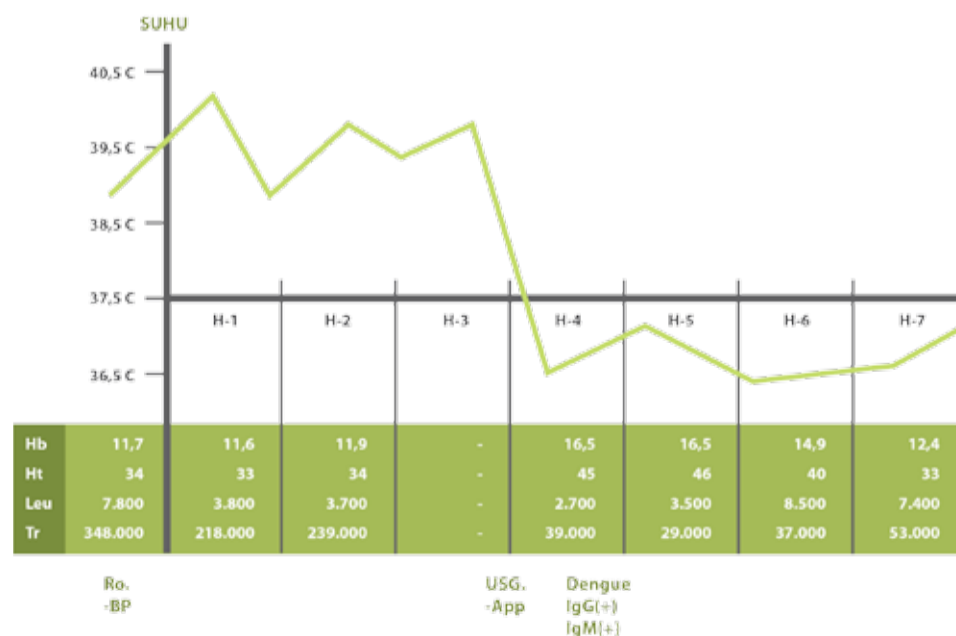
Pada kasus ini, keluhan nyeri perut tampaknya bukan disebabkan adanya usus buntu, namun merupakan bagian dari gejala ekstrasvasi cairan di rongga abdomen dan saluran cerna yang menimbulkan nyeri perut. Evaluasi ulang gejala dan nilai laboratorium pada hari ke-4 yang lebih teliti ini menghindarkan tindakan operatif yang tidak diperlukan. Lebih lanjut pasien mengalami perbaikan dan tidak memerlukan tindakan operatif.

Kasus demam berdarah dengue yang memiliki gejala seperti apendisitis akut telah dilaporkan dalam berbagai laporan kasus. Bahkan terdapat beberapa kasus di mana pasien telah menjalani tindakan operatif yang sebenarnya tidak diperlukan. Evaluasi yang lebih teliti dan pemeriksaan serologi dapat membantu dalam hal ini.

Adanya infeksi lain yang membuat pola demam dan keluhan awal tidak terlalu khas juga perlu diperhitungkan. Pada pasien ini keluhan batuk pilek dan temuan adanya gejala bronkopneumonia, menyebabkan diagnosis infeksi dengue tidak dipertimbangkan di awal perawatan. Meskipun demikian, adanya leukopenia yang tidak umum sebenarnya dapat menjadi titik kecurigaan.

Kesimpulan

Adanya komorbiditas pada infeksi dengue dapat menyulitkan diagnosis yang tepat. Evaluasi pola demam, gejala, dan nilai laboratorium dapat membantu penegakan diagnosis secara lebih tepat. Dalam hal kasus demam berdarah dengue, pemeriksaan serologi IgG dan IgM dengue dapat membantu diagnosis meskipun paling cepat baru dapat dilakukan pada hari demam ke-5. Namun saat ini pemeriksaan di hari awal demam, telah dapat digunakan pemeriksaan NS-1. Gejala akut abdomen yang menyerupai apendisitis juga dapat terjadi pada fase kedua DBD, dan dapat menyebabkan dilakukannya tindakan operatif yang sebenarnya tidak diperlukan. Dalam hal ini yang diperlukan hanyalah menjaga hemodinamik cairan tubuh. Pemeriksaan fisik dan laboratorium, dan pemantauan yang baik dapat mencegah dilakukannya tindakan medis yang tidak diperlukan. MD



Diskusi

Pasien demam berdarah dengue (DBD) umumnya datang dengan keluhan demam tinggi tiba-tiba tanpa disertai gejala pada organ lain yang jelas. Pada pasien ini, keluhan demam disertai gejala batuk pilek, mual dan muntah, dan nyeri perut kanan bawah. Pada pemeriksaan paru, juga ditemukan adanya ronki dan hasil pemeriksaan radiologis yang

bila kondisi laboratorium memungkinkan. Setelah dilakukan pemeriksaan laboratorium, didapatkan adanya hemokonsentrasi, trombositopenia, dan leukopenia yang semakin berat. Dengan memperhatikan pola demam, di mana demam tinggi tiba-tiba menghilang, diusulkan pemeriksaan tambahan serologi dengue. Hasil pemeriksaan menemukan IgG maupun IgM dengue positif. Diagnosis

Daftar Pustaka

- Kumar L, Singh M, Saxena A, et al. Case Report : Unusual Presentation of Dengue Fever Leading to Unnecessary Appendectomy. Case Reports in Infectious Diseases. Vol.2015. Article ID 465238
- McFarlane MEC, Plummer JM, Leake PA, et al. Dengue fever mimicking acute appendicitis : A Case report. International Journal of Surgery Case Reports 4 (2013) 1032-1034
- Khanna S, Vij JC, Kumar A, et al. Etiology of Abdominal Pain in Dengue Fever. Dengue Bulletin, vol 29, 2005. 85-89

Persiapan Menyusui

BAGI CALON IBU



SUSTAINING
BREASTFEEDING
TOGETHER

WABA | WORLD BREASTFEEDING WEEK

Dr. Meutia Ayuputeri MRes
Konselor Laktasi RSPI – Pondok Indah

Berbagai macam persiapan akan dilakukan oleh seorang ibu hamil dalam rangka menyambut kehadiran si buah hati. Persiapan ini biasa dimulai dari persiapan pakaian dan perlengkapan bayi, persiapan tempat tidur bayi, sampai persiapan stroller maupun car seat untuk kenyamanan saat bepergian. Apabila ibu berniat memberikan ASI pada bayinya, pasti ibu mempersiapkan perangkat untuk pemerah ASI berupa persiapan pompa ASI, botol susu, sterilisator, dan segala jenis pernik-perniknya. Artikel ini akan membahas beberapa hal penting yang perlu diketahui calon ibu dalam hal menyusui.

Manfaat ASI bagi Keluarga

ASI merupakan nutrisi alami yang diciptakan khusus untuk bayi manusia. ASI memiliki kandungan yang unik dan dinamis, berubah-ubah sesuai kebutuhan bayi. Nutrisi yang terkandung dalam ASI mudah dicerna dan kaya zat gizi dan vitamin yang penting untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. ASI juga mengandung zat-zat imunologis yang dapat mencegah infeksi dan mengurangi alergi.

Apabila seorang ibu menyusui buah hatinya, hal ini akan membantu pemulihan ibu setelah proses persalinan. Proses menyusui juga akan menciptakan kedekatan emosional antara ibu dan buah hati, terlebih lagi apabila proses ini mendapat dukungan dari ayah dan anggota keluarga lainnya.

Perkembangan Payudara Menyusui dan Produksi ASI

Pembentukan jaringan payudara seorang calon ibu telah dimulai dari sejak calon ibu tersebut berusia 18-19 minggu di dalam kandungan. Pada saat pubertas, hormon estrogen dan progesteron berperan dalam pertumbuhan sel-sel kelenjar payudara yang bertanggung jawab untuk produksi ASI dan beserta salurannya. Pematangan kelenjar payudara dan salurannya akan dimulai pada masa kehamilan dan dikenal dengan proses laktogenesis.

Laktogenesis I dimulai dari usia kehamilan sekitar 20 minggu, ditandai dengan pematangan kelenjar payudara. Kelenjar payudara telah dapat memproduksi ASI berupa *colostrum*, namun pengeluarannya dihambat oleh kadar hormon estrogen dan progesteron yang

tinggi saat kehamilan. Proses laktogenesis II terjadi pada saat kelahiran bayi. Tahap ini ditandai dengan pengeluaran ASI berupa *colostrum* akibat berkurangnya kadar hormon-hormon kehamilan. Produksi ASI akan dipertahankan oleh hormon prolaktin mulai hari ke 9 *postpartum* dalam periode galaktopoiesis. Galaktopoiesis akan berlangsung selama masa menyusui. Apabila proses menyusui berakhir, akan terjadi apoptosis sel dan *remodeling* jaringan payudara yang berlangsung dalam periode 40 hari setelah menyusui terakhir.

Proses menyusui bergantung pada mekanisme *supply and demand*. Pada saat bayi menyusu pada ibunya, hisapan bayi akan merangsang hipofisis anterior untuk memproduksi hormon prolaktin. Hormon ini berperan dalam produksi ASI. Hormon oksitosin yang disekresi oleh hipofisis posterior merangsang refleksi pengeluaran ASI dari kelenjar payudara, atau yang dikenal dengan istilah *Let Down Reflex* (LDR). Semakin sering bayi menyusu, semakin aktif hormon ibu bekerja untuk memproduksi dan mengeluarkan ASI sesuai kebutuhan bayi. Inilah alasan pentingnya ibu mengenali kapan bayi ingin minum.

Inisiasi Menyusui Dini dan Rawat Gabung

Inisiasi Menyusui Dini (IMD) sekarang ini telah menjadi hal yang wajib dilaksanakan pada semua rumah sakit sayang ibu dan bayi. Pada IMD, bayi diberi kesempatan untuk mulai menyusu sendiri segera setelah lahir. Proses IMD ini dilakukan di kamar bersalin dan kamar operasi dengan cara membiarkan kontak kulit antara

bayi dan ibunya setidaknya satu jam atau sampai menyusu awal selesai, tentunya dengan memperhatikan kondisi ibu dan bayi.

Selama perawatan *postpartum*, ibu dan bayi diharapkan dapat bersama selama 24 jam, sehingga ibu dapat belajar mengenali tanda-tanda bayi lapar dan dapat menyusui sesuai kebutuhan bayi.

Menyusui merupakan hal alamiah, namun butuh kesiapan

fisik dan mental dari calon ibu. Peran dokter dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak adalah dengan memberikan informasi relevan terutama mengenai anatomi dan fisiologi menyusui, serta pentingnya IMD dan rawat gabung. **MD**



Jakarta International GI Endoscopy Symposium & Live Demonstration 2017

**Borobudur Hotel, Jakarta
October 05-07, 2017**

SECRETARIAT:
Menteng Square Apartment, Tower A No.6
Jl. Matraman Raya No. 30E
Jakarta 10430 – Indonesia
Phone : +62-21-2961 4303, 3148680
Fax : +62-21-2395 1145, 3148681
E-mail : jiges.ld@gmail.com

Endorsed by :



OVERUSE & MISUSE

of Nebulisation Therapy

Bukan cerita baru bahwa terapi inhalasi, atau ada yang menyebut terapi uap, menjadi bentuk terapi yang sangat sering dilakukan di praktek sehari-hari. Bahkan tidak jarang orang tua yang anaknya batuk-batuk langsung datang ke klinik dan meminta terapi inhalasi.

“Dalam praktek sehari-hari, sering sekali dijumpai *overuse* dan *misuse* terapi inhalasi,” jelas Dr. Wahyuni Indawati Sp.A(K) dalam presentasinya di Kongres Nasional Ilmu Kesehatan Anak XVII di Yogyakarta, bulan Agustus 2017.

IN DAILY PRACTICE

“Yang dimaksud *‘overuse’* adalah penggunaan yang berlebihan, dalam arti terlalu sering atau terlalu banyak. Sedangkan yang dimaksud *‘misuse’* adalah penggunaan untuk indikasi yang sesungguhnya tidak tepat atau tidak diperlukan. Seharusnya, dalam kita memberikan terapi inhalasi memperhatikan karakteristik pasien, penyakitnya, dan obat yang diperlukan,” lanjutnya.

Berikut ini beberapa *misuse* dan *overuse* yang kerap terjadi dalam praktek sehari-hari:

- Terapi inhalasi menjadi terapi semua gejala pada saluran napas, termasuk hidung tersumbat, pilek, batuk, dan sesak.
 - Tidak semua keluhan pada saluran napas memerlukan terapi inhalasi. Batuk dan pilek biasa tidak memerlukan terapi inhalasi. Untuk masalah pada hidung dan nasofaring, sebenarnya lebih cocok penggunaan intranasal spray atau drop.
- Terapi inhalasi dilakukan pada anak yang selesma (*common cold*) atau rinobronkitis akut yang sebenarnya relatif tidak memiliki problem lain.
 - Pada kasus seperti ini sebenarnya tidak diperlukan bantuan untuk *mucociliary clearance*, jadi tidak perlu diberikan terapi inhalasi.
- Penggunaan dosis kecil steroid dilakukan untuk penanganan eksaserbasi akut asma bronkial.
 - Penggunaan dosis kecil steroid diindikasikan untuk kontrol asma, bukan untuk serangan asma.
- Penggunaan terapi inhalasi dengan posisi labu inhalasi tidak vertikal atau sambil berbaring.
 - Pada pemberian terapi inhalasi, posisi labu harus vertikal, sebab posisi horizontal akan menyebabkan tekanan tidak terdistribusi baik dan aerosol tidak akan terproduksi dengan baik.
- Penggunaan masker yang tidak tepat ukuran.
 - Masker yang digunakan untuk inhalasi harus memiliki ukuran yang sesuai dengan kebutuhan pasien, dan harus terpasang dengan baik. Masker yang tidak tepat ukuran akan menyebabkan pasien tidak nyaman dan terapi tidak efektif.
- Pemberian obat yang tidak mengikuti batas pengisian *fill volume* pada labu inhalasi.
 - Pengisian labu inhalasi yang kurang dari *fill volume* akan menyebabkan respons klinis obat tidak akan optimal. Sebaliknya bila volume diisi melebihi dari *fill volume* akan menyebabkan terapi inhalasi berlangsung terlalu lama dan menjadi tidak nyaman. *Fill volume* kebanyakan alat inhalasi berkisar antara 4-6 ml.
- Pemberian berbagai campuran obat sekaligus dianggap akan lebih membuat terapi efektif.
 - Setiap obat memiliki mekanisme kerja yang berbeda-beda, sehingga memiliki indikasi berbeda-beda pula. Pemberian jenis obat ditentukan respons apa yang dikehendaki dari terapi inhalasi. Pemberian obat yang tidak ada indikasinya tentu tidak akan memberi manfaat.
- Pemberian dosis anak dengan cara memberikan setengah dosis dewasa.
 - Terapi inhalasi pada dasarnya bersifat *response dependent*, dan bukan *dose dependent*. Selain itu perlu diingat bahwa terapi inhalasi adalah pemberian obat secara topikal, dan jumlah obat yang akan diterima pasien adalah berdasarkan tidal volume pasien.
- Terapi inhalasi seringkali diberikan sebagai paket inhalasi, misalnya langsung ditetapkan diberikan selama sekian kali dalam sehari, atau selama sekian hari.
 - Seharusnya frekuensi dan interval terapi inhalasi diberikan berdasarkan respons dari terapi yang telah diberikan sebelumnya. **ML**



LATEST TECHNOLOGY
Affordable Price

life.love.laughter

PAKET LHP® HEMOROID/AMBEIEN



2017
Paket
Laser
Leonardo
life.love.laughter.

Ambeien merupakan pembengkakan pembuluh darah pada rektum dan anus, terjadi pada segala usia, terutama untuk kalangan di usia 40 tahun ke atas & ibu pasca melahirkan. Jika ambeien tidak segera ditangani, maka ambeien dapat menimbulkan rasa sakit, mengganggu proses BAB, serta menimbulkan pendarahan sehingga menyebabkan anemia defisiensi besi.

Medical technology terbaru dalam penanganan ambeien di Mitra Keluarga Bekasi dengan LHP® Bedah Laser dengan keunggulan :

- Harga laser teknologi terbaru sama dengan bedah biasa
- Tidak ada insisi / pembedahan
- Aplikasi laser yang tertarget sehingga jaringan sekitar tidak rusak
- Preservasi maksimum jaringan tubuh
- Masa pemulihan lebih cepat daripada bedah biasa
- Minimum pendarahan dibanding bedah biasa

Harga paket affordable

Kelas VIP : Rp 28,5 juta Kelas II : Rp 21,5 juta
Kelas I : Rp 23,8 juta Kelas III : Rp 18,98 juta

Paket sudah termasuk :

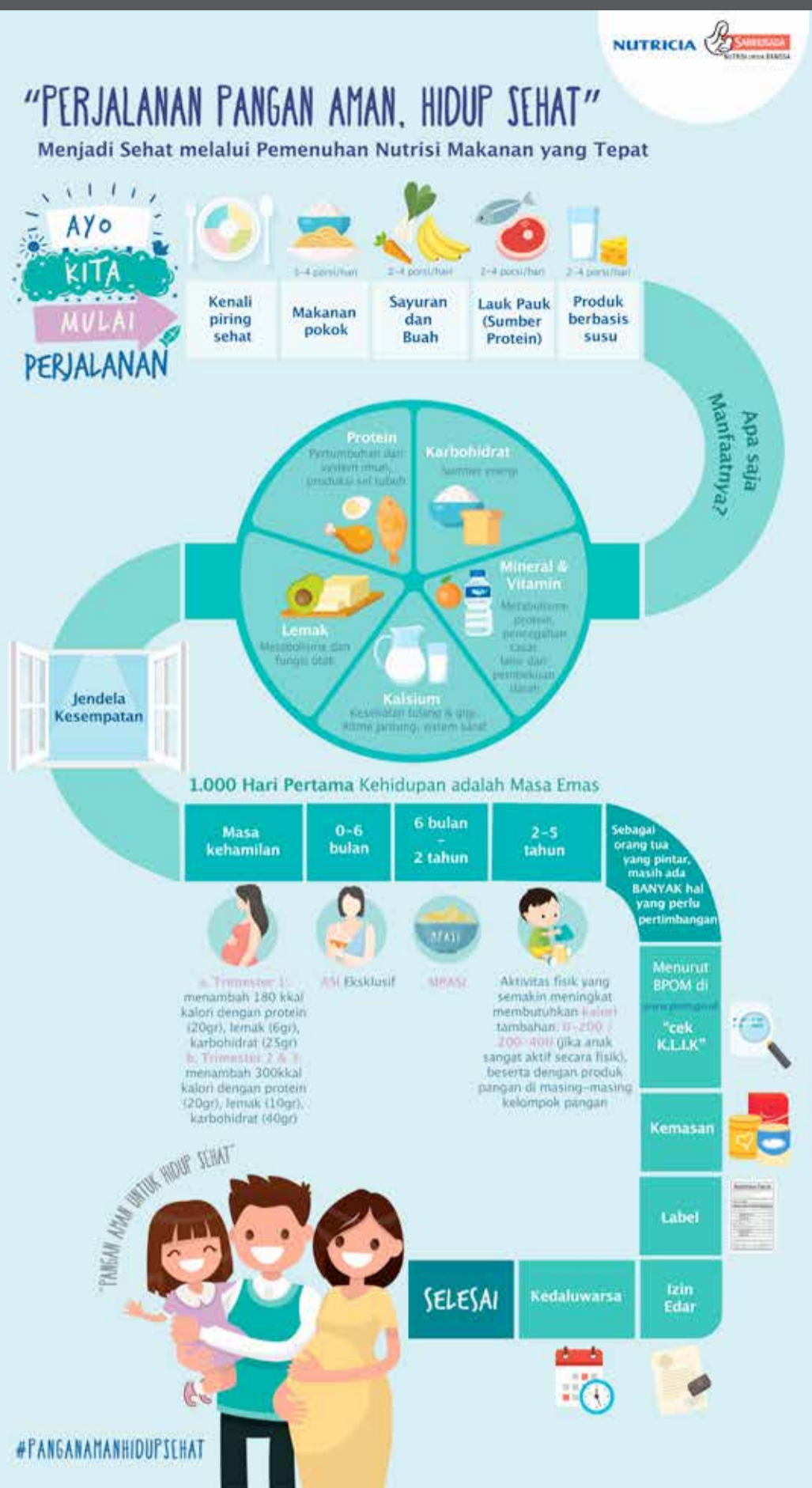
- Biaya administrasi
- Biaya operasi (sewa OK, alkes selama operasi, jasa dokter operator & anastesi)
- Kamar rawat inap selama 2 hari sesuai kelas & visit dokter

Konsultasi :

dr. Ferdy Limengka, Sp. B, FINACS
Senin, Rabu, Jumat (10.00 - 14.00 dan 18.00 - 21.00)

dr. Maryun Wiriasukarta, Sp. B
Senin - Jumat (14.00 - 16.00)
Senin & Jumat (18.00 - 20.00)

Mitra Keluarga Bekasi
Jl. Jend. A. Yani, Bekasi 17144
Counter Bedah
(021) 885 3333 ext 3902/3903
www.mitrakeluarga.com/bekasi



Mengenal PANGAN KEMASAN AMAN

Di tengah beragamnya pangan kemasan di pasaran, diperlukan pemahaman mengenai kemasan aman dan pengetahuan konsumsi yang tepat agar seimbang dan sesuai dengan kelompok usia, serta penyajian yang tepat. Pangan kemasan aman membuat asumsi masyarakat saat membeli produk di pasaran, berarti pangan tersebut diproduksi secara aman dan mengikuti kaidah-kaidah praktik keamanan. Dan pada saat disajikan di rumah juga diolah dengan syarat-syarat tertentu.

Mengenai hal ini, Halim Nababan menjelaskan, "Pangan kemasan aman adalah yang dilengkapi dengan informasi lengkap yang ditulis dalam label kemasan yang meliputi komposisi, nilai gizi, batas kedaluwarsa, ada tidaknya persetujuan Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), dan bagaimana produk ini diolah. Informasi yang tertera dalam label kemasan dapat menjadi 'jembatan' antara konsumen dan produsen."

Pentingnya budaya keamanan pangan sudah tertera dalam Undang-Undang No.18 Tahun 2012 Tentang Pangan yang mengamanatkan pelaku usaha pangan wajib menerapkan norma, standar, prosedur, dan kriteria Keamanan Pangan berbasis analisis risiko yang meliputi manajemen risiko, kajian risiko, dan komunikasi risiko.

Label kemasan memiliki dua sisi. Sisi pertama, produsen menginformasikan produk yang dibuat atau dijual dengan harapan dapat memberikan petunjuk jelas, misalnya peruntukan dan penempatannya. Sisi kedua, konsumen dapat membeli produk sesuai kebutuhan dan dapat menghemat biaya. "Manfaat membaca label kemasan yang lain, adalah konsumen tidak membuat limbah atau tumpukan makanan di rumah karena membeli produk sesuai kebutuhan sehingga lemari es dapat difungsikan dengan baik," papar pakar pangan aman ini lebih lanjut.

Untuk mengedukasi masyarakat agar menjadi konsumen yang cerdas, pemerintah melalui BPOM membuat program Cek KLIK

(K = Kemasan, L = Label, I = Izin, K = Kedaluwarsa) dengan cek kemasan dalam kondisi baik, baca informasi produk pada label, pastikan memiliki izin edar, dan cek masa kedaluwarsa. Dengan program pemerintah tersebut, diharapkan perilaku pembelian dan konsumsi masyarakat menjadi lebih tepat, baik dari segi penyimpanan, takaran, penyajian, dan kelompok usia.

Agar Nutrisi Terpenuhi

Selanjutnya dr. Juwalita Surapsari, SpGK memaparkan agar proses tumbuh kembang anak optimal, anak perlu diberikan ragam makanan agar kebutuhan nutrisinya terpenuhi karena tidak ada satupun makanan tertentu yang mengandung semua zat gizi yang dibutuhkan. Untuk membantu memenuhi kebutuhan nutrisi si kecil, dapat mengacu pada Tumpeng Gizi Nasional, yang memuat sumber karbohidrat 3-4 porsi (paling bawah), sayur dan buah sebagai sumber vitamin dan mineral (di tingkat kedua), kemudian protein dan lemak, dan yang paling atas adalah minimalisasikan asupan gula dan garam.

Dalam melengkapi kebutuhan gizi anak, salah satunya adalah susu. Susu dapat memenuhi kebutuhan makronutrien dan mikronutrien. Susu mengandung air (87,3-88,1%); protein susu unggul karena mengandung sekitar 20 macam protein (Cortez, 2007); kasein (80%), beta laktoglobulin, alfa laktalbumin; lemak (50%). "Dengan adanya laktosa dalam susu, berperan membantu penyerapan fosfor, vitamin D, magnesium, jadi dikatakan dengan adanya laktosa ini maka mikronutrien tersebut dapat diabsorpsi lebih efisien." Selain itu susu mengandung vitamin B12 yang jarang ditemukan dalam sayuran dan vitamin B2, yang keduanya penting dalam proses metabolisme energi dan kesehatan kardiovaskular.

"Terdapat dua hal yang perlu diperhatikan dalam pemilihan pangan kemasan, yaitu perlu dipahami peruntukan pangan yang disesuaikan dengan usia anak, dan perhatikan takaran saji dan cara penyajian/penyiapannya. Dengan mengikuti informasi yang tertera di label kemasan dapat

membantu memastikan porsi atau nutrisi yang sesuai dan mendapatkan manfaat dari nutrisi yang terkandung di dalamnya karena nutrisi dapat hilang bila proses penyiapannya tidak benar."

Membaca Label

Setelah sukses dengan kampanye 'Gerakan Membaca Label' 2016 lalu, kini Nutricia Sarihusada kembali mengajak para orangtua untuk memahami pangan yang aman yang holistik karena sekarang masyarakat tidak bisa lepas dari pangan kemasan yang sudah beragam jenisnya ada di pasaran. "Kampanye Pangan Aman, Hidup Sehat ini kami lakukan untuk memberikan edukasi kepada masyarakat mengenai pangan yang aman sehingga masyarakat akan menjadi konsumen yang cerdas dalam memilih dan mengonsumsi produk pangan kemasan, misalnya susu terfortifikasi," jelas Arif Mujahidin (Communication Director Grup Danone Indonesia). HA



NATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

SEPTEMBER - OKTOBER 2017

KONAS XV Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI) 2017
19-23 September 2017
Hotel Adimulia, Medan
www.konaspdpi2017.com
P : Aris 081281333213

KONAS XIII & Annual Meeting PERNEFRI 2017: Meningkatkan Profesionalisme dalam Bidang Nefrologi dan Hipertensi
21-23 September 2017
Harris Hotel & Convention, Malang
www.pernefrimalang2017.com
E : pitpernefri2017@gmail.com
P : Sekretariat PERNEFRI Malang (0341) 326167
dr. Achmad Rifa'i 081252651083
Tia 08123310424
Winda 085646449088

The 8th INAecho in conjunction with The 2nd SEA VALVE 2017 "Echocardiography: From Pediatric to Geriatric"
21-23 September 2017
Bumi Surabaya City Resort, Surabaya
E : inaecho.meeting@gmail.com
P : Meri 081388087127

KONAS VII Perhimpunan Gerontologi Medik Indonesia (PERGEMI) dan Temu Ilmiah Padang PsikoGeriatric (PPG) I
29-30 September 2017
Pangeran Beach Hotel, Padang
www.konaspergemi2017.com
P : Sub Bagian Geriatri, RSUP Dr. M. Djamil Padang (0751) 37771
Alexander 081378583746
Gangga 081270007269
Firdaus 082283639303

11th Indonesian Occupational Medicine Update (IOMU) 2017
29 September - 1 Oktober 2017
Grand Royal Kuningan Hotel, Jakarta
www.perdoki.or.id/public/detail/356
E : panitiaiomu2017@gmail.com
P : Fitriana 081293540405
Fredy 081346452007
Yonathan 089534475820

3rd Annual Neonatology Update (ANU) 2017
4-8 Oktober 2017
Novotel & Aston Hotel, Lampung
E : anu3rdlampung@gmail.com
P : Mita 082177951344

29th Weekend Course on Cardiology (WECOC) 2017
5-7 Oktober 2017
Sheraton Grand Gandaria, Jakarta
E : wecoc_cardiology@yahoo.com
P : (021) 5684093 (ext. 1554 /3505)

KONAS VII Dokter Gizi Medik
6-7 Oktober 2017
Hotel Aryaduta, Manado
E : pdgmi.manado@gmail.com
P : Hendra 08999994911

PIN XV PB PAPDI 2017
13-15 Oktober 2017
Hotel Grand Clarion, Makassar
P : PB PAPDI (021) 31928025

PIB XVI PERDATIN 2017
11-14 Oktober 2017
JW Marriott Hotel, Medan
www.pibperdatin2017.com
P : Denis 087886391923 (JKT)
Cipta 082115097332 (JKT)
Yudi 0811602820
Rahmi 081396768277

PIT PAMKI 2017
12-14 Oktober 2017
Pangeran Beach Hotel, Padang
www.pit-pamkisumbar.com
E : pamki.padang@yahoo.com
P : Yulia 081262347389

PIKAB 14: Competence Care in Daily Practice
14-15 Oktober 2017
Grand Savoy Homann, Bandung
E : dikarshs@yahoo.com
P : Sekretariat 081320333858

6th SDW (Semarang Digestive Week): "Minimally Invasive Abdominal Surgery"
19-22 Oktober 2017
Hotel Gumaya, Semarang
E : digestifsemarang@yahoo.com
P : Sekretariat 085647322392

CAPSULE (Current Approach on Pharmacological Issues in Daily Practices)
21 Oktober 2017
Lumire Hotel & Convention, Jakarta

www.pld-ui.com/?page_id=967
bit.ly/regiscapsule2017
E : capsule@pld-ui.com

PKB IKA Lombok II: Penanganan Masalah Gizi, Endokrin, & Gangguan Belajar Spesifik Menuju Tumbuh Kembang Anak yang Optimal
21-22 Oktober 2017
Hotel Aruna Senggigi, Lombok
www.idaikomntb.net
E : idaikomntb@gmail.com
P : Ana Riung 087765481288

PKB IKA FKUI-RSCM LXXIII
22-23 Oktober 2017
Sheraton Grand Gandaria, Jakarta
P : Ririn 081381181839

PIT XVI Patologi Klinik
25-27 Oktober 2017
Hotel Novotel, Palembang
www.pit2017palembang.com
E : pit2017patklin@gmail.com
P : dr. Sarah, SpPK 081272428121

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

INTERNATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

SEPTEMBER 2017 - JANUARI 2018

16th ASEAN Pediatric Federation Congress 2017
21-24 September 2017
Novotel Hotel, Yangon, Myanmar
www.apfc2017myanmar.org
E : info@apfc2017myanmar.org

17th World Congress of Psychiatry
8-12 Oktober 2017
Messe Berlin, Jerman
www.wpaberlin2017.com

International Medical Tourism Exhibition and Conference - IMTEC
9-10 Oktober 2017
Dubai International Convention & Exhibition Centre, Dubai
www.medicaltravelexhibition.com

APIPEC (1st Asia Pacific Interprofessional Education & Collaboration Conference)
13-15 Oktober 2017
Best Western Premier, Solo, Ina
apipec.iyhps.org
E : apipec@iyhps.org
P : (021) 29607327

10th International Conference on Endocrinology: Upswings in the ideas of Endocrinology Management
30 Oktober - 1 November 2017
Chicago, Illinois, AS
E : endocrinology@endocrineconferences.com

2nd International Conference on Neuroimaging and Interventional Radiology: Amelioration on Neuroimaging Techniques and Delve into Interventional radiology
30 Oktober - 1 November 2017
San Antonio, AS
E : neuroradiology@neuroconferences.org

3rd Global Summit on Heart Diseases: Challenges of Growing Heart Diseases and Advances in management

2-4 November 2017
Bangkok, Thailand
E : heartdisease@cardiologyconference.org

5th International Conference on Neurological Disorders and Stroke: An Insight into Advanced Research on Diagnosis and Treatment of Neurological Disorders and Stroke
13-14 November 2017
London, Inggris
E : strokecongress@annualconferences.org

The Asian Pacific Society of Respirology (APSR) 2017
24-26 November 2017
Sydney, Australia
www.apsr2017.com

20th International Conference on Neonatology and Perinatology: Emphasizing Challenges in Neonatal research
4-6 Desember 2017
Madrid, Spanyol
E : neonatology@pediatricsconferences.com

22nd World Cardiology Conference: Accelerating Innovations & fostering advances in Cardio Research
Roma, Italia
11-12 Desember 2017
E : worldcardiology@conferenceseries.net

1st Emirates Medicines Society Conference
11-13 Januari 2018
Intercontinental DFC - Dubai, UEA
www.efmsconference.ae

Social Media in the Pharmaceutical Industry
22-23 Januari 2018
Holiday Inn Kensington Forum
London, United Kingdom
go.ewnt.com/152011-0

Yayasan Kardiovaskular Indonesia

WECOC
WEEKEND COURSE ON CARDIOLOGY

CONTEMPORARY HEART FAILURE MANAGEMENT: FROM DREAM TO REALITY

**OCTOBER 5 - 7, 2017
SHERATON GRAND JAKARTA
GANDARIA CITY HOTEL**

**INFORMATION & ONLINE REGISTRATION:
WWW.WECOC.ID**

SECRETARIAT
C/O. NATIONAL CARDIOVASCULAR CENTER HARAPAN KITA
DIKLAT BUILDING, 5TH FLOOR
JALAN LET. JEND. S. PARMAN KAY. 87
SLIPI, JAKARTA BARAT (11420)
PHONE : (021) 568 4093, EXT 1554 & 3505
FACSIMILE : (021) 560 8902
E-MAIL : WECOC_CARDIOLOGY@YAHOO.COM



Lia Gumuljo



Sisi Lain NUSA TENGGARA TIMUR

Kali ini kembali mengunjungi Nusa Tenggara Timur. Namun kali ini kami menginjakkan kaki ke area yang bisa dikatakan 'anti-mainstream', terutama bagi wisatawan lokal, diantaranya adalah Pulau Rote yang terkenal sebagai surga para *divers* dan desa Lamalera yang terkenal akan tradisi perburuan ikan pausnya.

Untuk mengunjungi kedua pulau tersebut harus melalui kota Kupang. Ternyata Kupang sebagai ibukota NTT ini memiliki beberapa pantai yang indah. Pantai terdekat adalah pantai Lasiana dengan nyiur melambai sebagai daya tarik utama, dan kami melanjutkan ke pantai Kolbano dan Tablong. Dari ketiga pantai tersebut yang paling berkesan bagi saya adalah pantai Kolbano, yang terletak di Desa Kolbano, (Timor Tengah Selatan). Pantai Kolbano merupakan pantai dengan hamparan batu-batu mungil beraneka tekstur dan berwarna warni yang menimbulkan kesan batu-batu tersebut dilukis dengan sengaja. Selain itu, pantai ini juga memiliki batu-batu karang yang besar dan aman untuk dipanjat. Kesempatan ini tidak kami lewatkan dan di atasnya kami takjub dengan pemandangan hamparan laut biru dengan gradasi warna yang mempesona. Gradasi warna tersebut seperti merupakan pantulan dari warna-warni pasir dan bebatuannya.

Tidak hanya pantai yang indah, kuliner pun tidak boleh dilewatkan yaitu daging se'i khas Kupang. Masakan ini diolah dari daging yang dibumbui aneka rempah-rempah dan diasap secara tradisional menggunakan kayu khusus, yaitu kayu kosambi. Kami juga membawanya ke Jakarta agar dapat berbagi rasanya yang nikmat dengan keluarga.

Keesokan harinya kami terbang sekitar 30 menit dan tiba di bandara Lekuni (kotaBa'a — Pulau Rote). Kami langsung menuju salah satu resor di kawasan pantai Nemberala tempat kami memilih untuk bermalam. Resor ini merupakan satu-satunya penginapan di kawasan tersebut yang dimiliki penduduk lokal dan bermata uang Rupiah. Di pulau Rote ini, harga hotel tidak dihitung per kamar namun per orang termasuk dengan makan 3 kali sehari. Pulau ini dikenal sebagai surga bagi para surfers dan divers karena gelombang ombaknya yang tinggi dan alam bawah lautnya yang indah. Sepertinya pantai Nemberala

ini menjadi tempat wajib dikunjungi oleh peselancar dunia.

Kemudian pulau Do'o yang pantainya memiliki butiran pasir berwarna salem (oranye muda) dan berukuran sedikit lebih kecil dari biji lada. Berikutnya pulau Ndana adalah pulau terluar di Selatan Indonesia, berbatasan dengan benua Australia. Dahulu patroli angkatan laut Australia kerap kali berkunjung ke pulau ini. Untuk menjaga keamanan dan kedaulatan negara, maka ditempatkanlah 30 Tentara Republik Indonesia sebagai base camp pertahanan negara di wilayah paling Selatan Indonesia, dan awalnya merupakan daerah terlarang bagi warga sipil untuk berkunjung. Ada sedikit rasa was-was saat pertama menjejakkan kaki di pulau ini, namun ternyata kami disambut hangat oleh jajaran pasukan 'Siap Membela NKRI Sampai Mati'.

Tak hanya pantai, Pulau Rote juga memiliki bukit yang indah. Dari ketinggian bukit Mando'o yang indah kita dapat menyaksikan/ menikmati keindahan pulau Rote. Hal lain yang dapat dinikmati adalah Batu Termanu, dua batu besar menjulang tinggi, yang menurut legenda setempat, batu tersebut merupakan pasangan yang sering berpindah mengelilingi pulau Rote. Bentuk dan warna batunya unik, bagian bawah berwarna muda dan atasnya berwarna cokelat tua seolah batu yang dilumuri cokelat.

Mungkin nantinya bisa menjadi lokasi pembuatan film dongeng anak negeri cokelat.

Nah kalau Israel punya Laut Mati, ternyata Indonesia juga punya danau laut mati yang terletak di desa Sotimori — pulau Ndao, Rote. Danau ini merupakan danau air asin dengan hutan

mangrove dan karang terjal di beberapa sisinya menjadi penambah daya tarik dan yang terunik adalah pasirnya berasal dari kulit kerang dan kulit siput.

Tradisi Berburu Ikan Paus di Desa Lamalera



Desa ini merupakan sebuah desa di selatan pulau Lembata Nusa Tenggara Timur, yang dikenal dengan tradisi berburu ikan paus secara tradisional. Proses perburuan dimulai pada bulan Mei sampai dengan Oktober dan puncaknya di bulan Juli setiap tahunnya. Perburuan ini diawali dengan upacara ritual doa oleh seluruh warga desa yang dipimpin oleh para pemuka agama, agar para nelayan selamat dan berhasil dari perburuan yang berbahaya ini. Nelayan yang akan ikut berburu harus membersihkan hati dari segala rasa benci, dendam dan amarah karena menurut kepercayaan, hati yang tidak bersih akan membawa bencana pada saat perburuan.

Dalam perburuan, sang Lemafa (sebutan bagi sang nelayan yang bertugas menikam dan menaklukkan sang paus dalam perburuan) bersiaga dan berdiri di ujung perahu untuk menikam paus dengan menggunakan tombak tempuling (sebatang bambu panjang yang salah satu ujungnya terdapat besi runcing).

mendapatkan paus yang berukuran sangat besar perahu bisa tertarik/terseret jauh hingga ke perairan benua Australia.

Kehidupan bermasyarakat secara kekeluargaan sangatlah kental di desa Lamalera ini. Dari saling berbagi hasil tangkapan ikan, berjualan kain tenun, hingga sistem barter yang semuanya berlangsung pada hari pasar yang hanya ada satu kali seminggu yaitu hari Jumat. Sapaan hangat bersahabat selalu terdengar saat berpapasan, ditambah dengan pancaran kegembiraan penduduknya walau kehidupan mereka bisa dibilang masih jauh dari sejahtera.

Di hari-hari terakhir, kami memuaskan diri untuk menikmati keindahan dan menyusuri laut. Kami pun sempat terhenyak saat menyaksikan hadirnya kumpulan ikan paus yang kadang menyemburkan kepalanya untuk bernapas dan saat itulah para nelayan melemparkan tombaknya. Pengalaman tak terduga ini membuat kami sulit memahami dan menerima perburuan hewan mamalia laut ini. Mungkin ritual ini akan banyak menuai pro dan kontra suatu saat nanti. Namun ikan paus merupakan penopang hidup atau mata pencaharian dan makanan utama penduduk desa ini. Inilah cara mereka bertahan hidup. Perburuan ini tidak dilarang karena tidak menggunakan bahan-bahan eksplosif atau yang berbahaya, hanya menggunakan cara tradisional.

Hasil perburuan ikan paus akan dibagikan kepada seluruh warga desa, terutama kaum janda miskin. Selain dagingnya yang bisa dikonsumsi, kulit berlemaknya yang tebal dimanfaatkan untuk penerangan dan 'pembersih' saluran pencernaan, sedangkan tulangnya dibuat asesoris,

Walau Segengkal Tanah jika Kedaulatan NKRI

Mungkin nantinya bisa menjadi lokasi pembuatan film dongeng anak negeri cokelat.

Nah kalau Israel punya Laut Mati, ternyata Indonesia juga punya danau laut mati yang terletak di desa Sotimori — pulau Ndao, Rote. Danau ini merupakan danau air asin dengan hutan

Kemudian tidak hanya melempar tombak, Lemafa juga akan menghujamkan tombak tersebut. Pada ujung tombak tersebut dipasang

Kami Siap Membela Sampai Mati

tali yang disambungkan ke perahu paledang (sebutan perahu para Lemafa) dan nelayan harus menunggu hingga buruan melemah agar dapat menariknya ke pantai. Menurut penuturan penduduk, terkadang bila berhasil

seperti anting, kalung, gelang, dll. MD