



TABLOID MD

INSIDER'S INSIGHT

Area distribusi Tabloid MD :



FOR MEDICAL PROFESSIONALS ONLY

DESEMBER 2020

3 Mengupas Manfaat Intermittent Fasting



MD EVENT

5 Manifestasi Sistem Muskuloskeletal pada Pasien Covid-19



MD REVIEW

8 Erupsi Vesikel dan Papul pada Telapak Tangan



MD PRACTICE

12 Mengajak Anak Ikut Aktivitas Alam Bebas



MD TRAVEL

MD HEADLINES

Perkembangan Terkini Vaksinasi untuk Akhiri Covid-19

Pandemi Covid-19 yang sudah memasuki bulan ke 10 di Indonesia mulai menunjukkan adanya titik terang, meskipun jumlah kasus dan kematian semakin meningkat, namun demikian perkembangan vaksin Covid-19 memberikan harapan baru. Vaksinasi merupakan satu-satunya cara yang masuk akal dari sisi ilmiah, sosial dan ekonomi untuk mengakhiri pandemi ini melalui metode imunitas kelompok. Pengalaman dunia dalam menghadapi lima pandemi pada 100 tahun terakhir menunjukkan tidak ada pandemi yang berhasil dikendalikan melalui metode imunitas kelompok alamiah (membiarkan infeksi berjalan tidak terkendali), melainkan melalui vaksinasi seperti pada kasus virus influenza H1N1 dan H2N2, serta melalui terapi antiretroviral dan pencegahan penularan pada pandemi HIV-AIDS.

Vaksinasi merupakan cara untuk menginduksi terjadinya imunitas aktif buatan dengan cara memasukkan virus yang telah di-inaktivasi, komponen virus atau dengan metode terbaru, yakni vaksin DNA atau mRNA yang merangsang sistem selular tubuh untuk membentuk komponen virus. Sebagaimana telah disebutkan diatas, tujuan vaksinasi adalah membentuk imunitas kelompok untuk memutus mata rantai penularan dan pada Covid-19 dengan angka replikasi (R0) sebesar 2,5 diperlukan minimal 60-70% populasi divaksinasi. Saat ini, sebagian besar program vaksinasi yang ada memerlukan dua dosis,

sehingga untuk mencapai angka tersebut Indonesia membutuhkan kurang lebih 385 juta dosis vaksin. Jumlah yang sangat besar tersebut tentunya memerlukan dana besar dan koordinasi yang kompleks antar lembaga pemerintah serta masyarakat.

Masing-masing tipe vaksin yang sedang dikembangkan memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing, vaksin virus inaktivasi memiliki rekam jejak yang panjang (polio, influenza, DPT), aman dan murah, namun demikian respons imun yang dihasilkan kurang kuat dan terkadang tidak spesifik. Vaksin dengan metode vektor virus mempunyai kelebihan mampu menginduksi *antigen presenting cell* secara langsung, stabil dalam suhu ruangan dan murah diproduksi, namun demikian paparan terhadap vektor virus dapat menyebabkan imunitas bawaan dan kemungkinan penurunan efektivitas vaksin. Metode terkini dengan vaksin mRNA, mempunyai banyak kelebihan, diantaranya mampu menginduksi imunitas selular dan humoral, cepat dan murah diproduksi, namun demikian belum ada penelitian jangka panjang yang membuktikan keamanan metode ini dan pada beberapa laporan dapat menginduksi terjadinya autoimunitas.

Sampai saat artikel ini disusun (Desember 2020) ada beberapa vaksin yang telah memasuki penelitian fase 3 (membuktikan efektivitas klinis), diantaranya adalah vaksin dari Sinovac dan Sinopharm (virus inaktivasi), Cansino

dan AstraZeneca (vaksin vektor virus) serta Moderna dan Pfizer (vaksin mRNA). Beberapa sudah mengeluarkan data awal yang merupakan langkah penting untuk mengeluarkan ijin edar darurat (*emergency use access*), diantaranya adalah: vaksin Moderna dengan efektivitas 94,5%; vaksin Pfizer dengan efektivitas 95% dan vaksin AstraZeneca dengan efektivitas 70% (*pooled*). Sampai saat ini masih ada beberapa pertanyaan penting, seperti efektivitas untuk usia lanjut dan anak-anak, keamanan jangka panjang vaksin untuk populasi umum dan dampak vaksin pada populasi rentan seperti autoimunitas, kanker dan imunodefisiensi. Selain itu vaksin Sinovac yang diujicoba di Indonesia, bekerjasama dengan Biofarma dan Universitas Padjajaran, masih menunggu analisis uji fase 3 dan diperkirakan akan ada hasil di Januari 2021 bersama dengan uji klinik Solidarity dari WHO yang melibatkan lebih dari 280.000 subyek dari 34 negara.

Saat ini dengan perkembangan vaksin yang demikian cepat, tidak seperti biasanya yang membutuhkan waktu penelitian fase 3 selama bertahun-tahun, tentunya banyak pertanyaan mengenai keamanan vaksin

yang diproduksi saat ini. Data-data yang ada menunjukkan kemungkinan besar vaksin yang dikembangkan aman, terutama vaksin virus inaktivasi yang mempunyai rekam jejak panjang. Vaksin jenis baru dengan metode mRNA tentunya memerlukan observasi jangka panjang, terutama sebelum diberikan pada populasi berisiko tinggi seperti anak-anak dan individu dengan autoimunitas. Pemerintah Indonesia bekerjasama dengan Sinovac untuk menyediakan vaksin virus inaktivasi terutama untuk tenaga kesehatan dan petugas garis depan lainnya. Berdasarkan data-data yang ada dan menimbang kondisi pandemik saat ini, nampaknya merupakan langkah yang aman dan dapat dipertanggungjawabkan, meskipun efektivitasnya masih harus menunggu data penelitian di bulan Januari 2021. Artikel ini disusun oleh Dr. dr. Stevent Sumantri, DAA, SpPD, K-AI, seorang konsultan alergi imunologi dan pemerhati vaksinologi dari Fakultas Kedokteran, Universitas Pelita Harapan. MD





DAFTAR ISI



1

Perkembangan Terkini
Vaksinasi untuk Akhiri
Covid-19



2

Editorial - MD Inbox



3

Mengupas Manfaat
Intermittent Fasting



4

KUSTA DAN DISABILITAS:
Sebuah Tantangan
yang Terlupakan?



5

Manifestasi Sistem
Muskuloskeletal
pada Pasien Covid-19



6

Sewindu IHWG (Indonesian
Hydration Working Group) FKUI:
Kaitan Hidrasi Sehat dengan
Penyakit Tidak Menular



7

Serba Serbi Gatal pada
Penyakit Hati Kronik



8-9

Erupsi Vesikel dan Papul
pada Telapak Tangan



10

Ankylosing Spondylitis:
Penyakit Autoimun
Penyebab Nyeri
Pinggang?



11

Psoriasis: Lebih dari Sekedar
Manifestasi Kulit



12

Mengajak Anak Ikut Aktivitas
Alam Bebas



Hallo.....

Dengan memulai tahun 2021 ini, kami seluruh staf redaksi TabloidMD mengucapkan Selamat Natal 2020 bagi yang merayakan, serta Selamat Tahun Baru 2021 bagi semua.

Semoga seawal semuanya masih tetap dalam keadaan sehat, tetaplah lanjutkan beraktifitas dengan protokol yang berlaku untuk menjaga diri kita masing-masing beserta keluarga di rumah.

Era vaksinasi akan segera memasuki fase pertahanan kita semua di saat pandemi ini...untuk itulah mari kita segera menyimak bersama perkembangan-perkembangan terhadap vaksin yang akan diluncurkan.

Dalam edisi ini kami mencoba menengok gangguan dalam sistem muskuloskeletal yang disebabkan oleh Covid-19 yang belum berakhir pandeminya ini.

Juga dengan lewatnya peringatan hari kusta sedunia beberapa bulan yang lalu, marilah kita menyegarkan kembali ingatan kita untuk penyakit kusta yang sudah lama terlupakan.

Akhirnya, sambil menunggu kapan pandemi Covid-19 ini berakhir, kami suguahkan berbagai tips untuk persiapan mengajak anak-anak kembali melakukan aktifitas di alam bebas.....

Stay safe!

Chairperson:
Irene Indriani G., MD

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

Designers:
Irene Riyanto
C. Rodney
C. Irfan

Contributors:
Erinna Tjahjono, MD
Hardini Arivianti
Paulus Mario Christopher, MD
Riki Saputra, MD
Catharina S. Moniaga, MD
Putri Wulandari, MD
Mariano, 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



MD INBOX

Ingin Publikasi Artikel

Kpd Yth Redaksi Tabloid MD

Selamat Siang, saya dr Erina. Saya ingin mempublikasikan artikel kesehatan di Tabloid MD. Apakah kiranya ada format khusus dalam pembuatan artikel? Bagaimana cara saya untuk bisa mempublikasikannya?

Terimakasih sebelumnya..

Salam

Dr. Erina Febriani

Terima kasih atas emailnya, Dr Erina

Untuk artikel, yang kami terima tentunya adalah artikel ilmiah asli, yang belum pernah dipublikasi ke media cetak manapun sebelumnya. Bila memang pernah dipublikasikan dalam format yang berbeda, misalnya dipresentasikan dalam seminar atau poster, wajib diberikan keterangan tambahan.

Untuk memudahkan tim redaksi, mohon artikel dibuat dengan format sebagai berikut:

1. Artikel dalam format MS Word, ukuran A4, Spasi 1,3 - 1,5, font Times News Roman 11.
2. Referensi maksimal 5 buha, kecuali sangat terpaksa lebih. Harap cantumkan hanya yang sungguh berkaitan.
3. Foto / ilustrasi juga wajib disertai credit / note sumbernya dari mana.

Artikel yang masuk akan diproses review oleh tim redaksi, dan bila diperlukan revisi akan diinformasikan melalui email. Artikel yang telah dikirimkan ke redaksi tidak boleh dikirimkan pula ke media cetak lainnya, tanpa pemberitahuan kepada tim redaksi.

Kami tunggu artikelnya ya...

Redaksi TabloidMD



MENGUPAS MANFAAT *Intermittent Fasting*

Hardini Arivianti



Salah satu cara untuk membantu Anda menurunkan berat badan adalah intermittent fasting (IF) atau puasa intermiten. Puasa ini tidak lagi menyoroti apa yang boleh dimakan dan apa yang tidak boleh dimakan. Namun lebih mengedepankan bagaimana kita makan dan kapan kita makan.

Puasa intermiten tidak hanya dapat membantu menurunkan berat badan tetapi juga membantu memperbaiki atau meningkatkan sistem imun, tetapi juga dapat menjaga mikrobiota usus, menjaga kadar insulin dan lainnya.

Pada intinya, IF memungkinkan tubuh menggunakan energi yang tersimpan, dengan membakar kelebihan lemak tubuh. Lemak tubuh hanyalah energi makanan yang disimpan. Jika Anda tidak makan, tubuh akan "memakan" lemaknya sendiri untuk energi.

Manfaat puasa intermiten ini dibahas tuntas pada akhir November 2020 lalu pada acara Talkshow Livestreaming dengan pembicara utama adalah dr. Andi Pratama Dharma, Sp.PD.

Proses Dalam tubuh Saat Makan dan Puasa

Saat kita makan, lebih banyak energi makanan yang dicerna daripada yang dapat langsung digunakan. Sebagian dari energi ini harus disimpan untuk digunakan nanti.

Insulin merupakan hormon utama yang terlibat dalam penyimpanan energi makanan ini. Insulin ini akan



memakai glukosa dan menimbun lemak.

Kadar insulin meningkat saat makan dan membantu menyimpan kelebihan energi dari makanan. Karbohidrat akan dipecah menjadi glukosa dan glikogen (disimpan di hati dan otot).

Namun ruangan penyimpanan ini memiliki kapasitas yang terbatas, dan bila sudah penuh, hati akan mengubah kelebihan glukosa ini menjadi lemak (lipogenesis de novo). Kelebihan lemak ini dapat terdistribusi ke area tubuh, menjadi lemak tubuh atau body fat.

Proses di atas akan kebalikannya bila berpuasa. Kadar insulin akan menurun yang menandakan tubuh untuk mulai membakar simpanan energi yang ada. Glukosa darah juga menurun dan tubuh harus mengeluarkan glukosa untuk dibakar menjadi energi.

Glikogen merupakan salah satu sumber energi yang paling mudah diakses dan akan dipecah menjadi molekul glukosa untuk memenuhi kebutuhan energi tubuh selama 24-36 jam.

Jika kita mulai makan dari be-

gitu bangun tidur hingga sampai waktunya tidur, akan berisiko mengalami kenaikan berat badan karena tidak memberikan waktu pada tubuh untuk membakar energi makanan yang telah tersimpan.

Agar hal ini seimbang, salah satunya adalah dengan meningkatkan atau memperbanyak waktu tubuh untuk membakar energi yang tersimpan. Inilah intinya intermittent fasting.

Intermittent fasting memungkinkan tubuh menggunakan kelebihan energi yang tersimpan.

Manfaat Intermittent Fasting

Manfaat IF banyak didukung oleh banyak bukti ilmiah atau jurnal medis. Mattson MP dkk (2016) menunjukkan manfaat IF terhadap penurunan berat badan pada subjek dengan obesitas; dan pada penyakit tertentu seperti diabetes mellitus tipe 2, penyakit kardiovaskular.

Puasa ini juga bermanfaat dalam:

- Menurunkan kadar lemak tubuh
- Meningkatkan proses pembakaran lemak
- Menurunkan kadar insulin dan



glukosa darah

- Meningkatkan kadar growth hormone (jangka pendek)
- Perbaiki profil kadar kolesterol dan trigliserida
- Kemungkinan mengaktifasi autofagi
- Kemungkinan menurunkan atau mengurangi proses inflamasi.

Ruth E Patterson dkk (2016) mengungkapkan beberapa review seputar Intermittent Fasting and Human Metabolic Health. Salah satunya tahun 2014 yang menunjukkan IF menyebabkan penurunan berat badan yang signifikan, sebesar 3-8% selama 3-24 minggu atau 4-14% setelah 6-24 minggu. Dia strategi ini berdampak pada penurunan massa lemak viseral, kadar insulin puasa dan resistensi insulin. Namun nilai kadar glukosa puasa tidak menunjukkan penurunan.

Metode Intermittent Fasting

Puasa ini lebih fleksibel sesuai dengan kenyamanan Anda. Namun bila memiliki kondisi-kondisi tertentu, sebaiknya dikonsultasikan dengan dokter terlebih dahulu.

Berikut ini regimen IF yang populer:

- Metode 16:8. Cara melakukan IF ini dengan pantang makan atau puasa selama 16 jam dan waktu makan dalam jangka waktu 8 jam. Jam makandari jam 12.00 sampai jam 20.00.
- Metode 20:4. IF metode ini puasa selama 20 jam dan waktu makan dalam waktu 4 jam.
- Metode 5:2. Dalam waktu 5 hari, diperbolehkan makan secara teratur dan dilanjutkan dengan 2 hari 'puasa'. Dalam waktu 2 hari tersebut, batasi asupan kalori sekitar 500 kkal per harinya. Kalori ini dapat dikonsumsi kapan saja atau dibagi dalam sehari.

Siapa Saja yang Sebaiknya Tidak Melakukan Puasa?

- Memiliki berat badan kurang (IMT < 18,5) atau memiliki kondisi tertentu seperti anoreksia
- Ibu hamil
- Ibu menyusui
- Usia <18 tahun (karena masih membutuhkan nutrient ekstra untuk menunjang proses tumbuh kembang)

Diabetes (tipe 1 atau tipe 2), tengah mengonsumsi obat-obatan tertentu, memiliki gout atau kadar asam urat tinggi dan kondisi medis serius lainnya seperti hati, ginjal dan jantung, sebelum melakukan IF harus dalam supervisi dokter atau berkonsultasi terlebih dahulu dengan dokter.

Secara langsung IF berdampak pada mikrobiota usus, yang merupakan komunitas mikroba yang kompleks, beragam, dan luas yang berada di saluran cerna.

Studi menunjukkan, terdapat perubahan komposisi dan fungsi metabolisme mikrobiota usus pada individu yang mengalami. Selain itu, perubahan terkait hal ini dapat mengubah permeabilitas usus dan translokasi bakteri sehingga kemungkinan berisiko dapat meningkatkan inflamasi sistemik.

Menurut dr. Andi Pratama Dharma, Sp.PD, IF ini tidak ada perubahan jumlah kalori per hari dalam melakukan IF hanya input kalori selama 14 jam sehari. Jadwal sarapan pagi jam 08.00-9.00, kemudian makan siang jam 12.00-13.00 dan terakhir makan malam jam 17.00-18.00.

Dengan melakukan IF, insulin terakhir jam 18.00 dan akan berproduksi lagi pada jam 08.00 keesokan harinya. "Jadi pankreas dapat beristirahat (selama 14 jam), sehingga insulin menjadi lebih sensitif dan dapat berdampak pada perbaikan kadar glukosa darah, mikrobiota usus dan daya tahan tubuh," jelasnya lebih lanjut dalam sebuah acara webinar beberapa waktu lalu. **MD**

Daftar Pustaka:

Ruth E P et al, J Acad Nutr Diet. 2015 Aug; 115(8): 1203-1212.



KUSTA DAN DISABILITAS: Sebuah Tantangan yang Terlupakan?

dr. Paulus Mario Christopher
dr. Made Bagus Basuki Mahardika, SpKK

Kusta atau morbus Hansen merupakan salah satu penyakit infeksius tertua. Kusta disebabkan oleh bakteri basil tahan asam (BTA), *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*).¹ *M. leprae* memiliki afinitas pertama terhadap saraf perifer diikuti oleh kulit, mukosa saluran pernapasan bagian atas, dan mata.² Rute transmisi yang paling umum adalah sekret dari saluran pernapasan bagian atas.³ Penyakit ini seringkali ditemukan di negara tropis dengan sumber daya yang terbatas seperti India, Brazil, dan Indonesia.⁴

Secara global, kusta masih bersifat endemis di lebih dari 140 negara di dunia dan secara regional, di Asia Tenggara, prevalensi dan insidensi kusta mencapai 67% dan 75% dari total kasus global, secara respektif.⁴ Pada tahun 2015, penemuan kasus baru di Indonesia dilaporkan sebanyak 17.202 kasus dan termasuk ke dalam empat belas negara yang berkontribusi 94,9% dari seluruh kasus baru di dunia.⁵

Pada kasus kusta, manifestasi klinis dapat muncul dalam berbagai variasi yang melibatkan penemuan di kulit atau di luar kulit. Penemuan pada kulit melibatkan lesi hipopigmentasi/eritematosa berjumlah soliter/multipel disertai hipo-/anestesi, hipohidrosis dan/atau alopesia. Sedangkan penemuan di luar kulit dapat ditemukan pada saraf tepi yang ditandai dengan penebalan dan/atau nyeri spontan/tekan pada saraf perifer atau saraf wajah (*N. trigeminus* atau *N. fasialis*)

yang dapat melibatkan kornea dan otot palpebra sehingga ditemukan sebagai lagofthalmus. Namun, perlu diingat sesuai dengan perjalanan patofisiologi pada kusta dimana penyakit ini dapat berevolusi menjadi deformitas terutama pada mata, tangan, kaki, jaringan lunak, dan tulang.¹

Deformitas/cacat kusta dapat dibagi dalam kelompok cacat primer dan sekunder. Cacat primer merupakan akibat langsung oleh granuloma yang terbentuk sebagai reaksi *M. leprae* yang akan mendesak dan merusak jaringan di sekitarnya seperti kulit, mukosa traktus respiratorius atas, tulang-tulang jari, dan wajah. Cacat sekunder terjadi sebagai akibat adanya cacat primer, terutama kerusakan saraf (sensorik, motorik, atau otonom), antara lain kontraktur sendi, mutilasi tangan dan kaki. Cacat ini dapat menyebabkan 1) disabilitas, 2) fungsi tubuh dan struktur, 3) aktivitas dan partisipasi, dan 4) faktor personal dan lingkungan.⁶ Pada kesempatan kali ini, pembahasan akan difokuskan kepada kecacatan tangan dan kaki, namun demikian tidak dapat dilupakan kecacatan pada organ mata dan stigma kusta.

Berdasarkan klasifikasi *the World Health Organization* (WHO) cacat kusta diklasifikasikan ke dalam tiga tingkat kecacatan (untuk kecacatan pada tangan dan kaki) yaitu, 1) tingkat 0 – tidak ada anestesi dan kelainan anatomis, 2) tingkat 1 – ada anestesi, tanpa kelainan anatomis, dan 3) tingkat 2 – terdapat kelainan

anatomis.⁶ Sebuah penelitian di Indonesia yang mengkaji cacat kusta mengemukakan bahwa 75% subjek memiliki keterbatasan fisik, dimana 28.0% mengalami gangguan tingkat 1 dan 48.7% mengalami gangguan tingkat 2.⁷

Tidak terlepas hanya pada aspek fisik, stigma kusta juga ditemukan tinggi pada penelitian ini. Persepsi stigma dan pengalaman diskriminasi membuat pasien malu dan dapat membuat mereka untuk mengisolasi dari masyarakat dan memperkuat stereotip bahwa kusta adalah sesuatu yang memalukan dan harus disembunyikan. Kondisi ini dapat menyebabkan gangguan cemas, depresi, isolasi, gangguan pada hubungan interpersonal, menurunkan kepatuhan pengobatan dan kemungkinan kesembuhan.⁷

Dalam upaya untuk pencegahan cacat primer, beberapa hal dapat dilakukan yaitu, 1) diagnosis dini, 2) pengobatan secara teratur dan adekuat, 3) diagnosis dini dan penatalaksanaan neuritis (termasuk *silent neuritis*), dan 4) diagnosis dini dan penatalaksanaan reaksi. Di sisi lain, untuk pencegahan cacat sekunder, upaya-upaya yang dapat dilakukan antara lain, 1) perawatan diri sendiri untuk mencegah luka, 2) latihan fisioterapi pada otot yang mengalami kelumpuhan untuk mencegah terjadinya kontraktur, 3) bedah rekonstruksi, 4) bedah septik untuk mengurangi perluasan infeksi, dan/atau 5) perawatan mata, tangan dan/atau kaki yang anestesi atau mengalami kelumpuhan otot.^{6,8}

Tabel 1.

Perawatan tangan dan kaki untuk mencegah kecacatan⁶

KELAINAN	CARA
TANGAN	
Luka pada tangan ketika bekerja/memasak	- Bersihkan luka dan gunakan kain yang bersih. Istirahatkan tangan yang luka - Anjurkan agar menggunakan kain untuk melindungi tangan ketika memegang benda panas atau tajam
Tangan kering, pecah, dan terbelah	- Nasehati untuk merendam tangan dalam air setiap hari selama 20 menit dan olesi vaselin atau minyak secara teratur
KAKI	
Kaki kering, pecah, dan terbelah	- Anjurkan setiap hari merendam dalam air selama 20 menit dan olesi minyak/vaselin secara teratur. Anjurkan untuk memakai sepatu atau sandal untuk melindungi kaki terhadap luka
Melepuh pada telapak kaki atau di antara jari kaki	- Balut bagian yang melepuh dengan kain bersih. Gunakan kain kassa dan perban
Kaki dengan luka tidak berair	- Bersihkan luka dengan sabun dan air. Balut dengan kain bersih. Anjurkan istirahat
Kaki dengan luka berair	- Bersihkan luka. Gunakan pembalut dengan antiseptik. Istirahatkan kaki. Bila tidak ada perbaikan dalam 4 minggu, rujuk ke rumah sakit

Pencegahan dan perawatan cacat kusta dapat dilakukan oleh pasien sendiri atau keluarganya. Prinsip-prinsip penting dalam perawatan sendiri untuk pencegahan cacat kusta adalah 1) pasien mengerti bahwa daerah yang mati rasa merupakan tempat risiko terjadinya luka, 2) pasien harus melindungi tempat risiko tersebut (dengan sarung tangan, sepatu, dan lain-lain), 3) pasien mengetahui penyebab luka (panas, tekanan, beda tajam dan kasar), 4) pasien dapat melakukan perawatan kulit dan melatih sendi bila mulai kaku, dan 5) penyembuhan luka dapat dilakukan oleh pasien sendiri dengan membersihkan luka, mengurangi tekanan pada luka dengan cara istirahat.⁶

Pencegahan dan perawatan cacat kusta dapat dicapai dengan 1) mengamati dan melaporkan kepada petugas kesehatan adanya perubahan rasa/kekuatan otot/nyeri saraf atau luka (yang tidak kunjung sembuh), kulit retak, atau kekakuan sendi, keperluan perbaikan/ganti alat bantu/pelindung dan 2) tindakan sederhana untuk mencegah kecacatan (Tabel 1).⁶

Selain perawatan-perawatan di atas, rehabilitasi medik dan non-medik (rehabilitasi paripurna) juga berperan dalam cacat pada kusta. Rehabilitasi ini merupakan proses jangka panjang yang bersifat multidimensional, melibatkan berbagai intervensi dan penyediaan pelayanan pada beberapa tingkat, dari lingkungan keluarga hingga nasional. Berikut adalah beberapa pendekatan yaitu, 1) *community-based rehabilitation* (CBR), 2) intervensi terhadap stigma dan diskriminasi, dan 3) penatalaksanaan reaksi atau neuritis.⁶

Kusta masih merupakan suatu penyakit dengan sekuel yang masih banyak ditemukan di Indonesia. Kusta dapat mengenai seluruh rentang usia, laki-laki ataupun perempuan dengan usia terbanyak

pada dewasa muda atau usia produktif. Kusta terutama apabila disertai dengan cacat kusta, akan menimbulkan stigma buruk yang berdampak pada pasien ataupun keluarga pasien, sehingga dapat menurunkan kualitas hidup pasien.⁹

Kusta dan disabilitas akibat kusta merupakan hal yang dapat dicegah dan diobati. Berbagai aspek dari seseorang dapat terpengaruh oleh karena kusta dan disabilitas akibat kusta. Pendekatan kusta membutuhkan pendekatan multidisiplin dan multisektor. Dukungan fisik dan sosial memiliki peranan penting untuk mendukung kualitas hidup pasien kusta menjadi lebih baik. Mari bersama kita kenali, cegah, obati, dan bantu pasien kusta. "Jauhi Kusta Bukan Orangnya"! MD

Daftar Pustaka:

- Salgado CG, de Brito AC, Salgado UI, Spencer JS. Leprosy. In: Fitzpatrick's Dermatology. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, editors. 9th ed. New York: McGraw Hill; 2019; Vol 1 p. 2892-924.
- White C, Franco-Paredes C. Leprosy in the 21st century. *Clin Microbiol Rev*. 2015; 28: 80-94.
- Murray P, Rosenthal K, Pfaller M. *Mycobacterium* and related acid-fast bacteria. In: Medical Microbiology. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2013. p. 225-8.
- Maymone MBC, Laughter M, Venkatesh S, Dacso MM, Rao PN, Stryjewska BM, et al. Leprosy: Clinical aspects and diagnostic techniques. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2020; 83(1): 1-14. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.12.080>
- Kemkes RI. InfoDatin: Hapuskan Stigma dan Diskriminasi terhadap Kusta. 2018.
- Sjamsoe-Daili ES, Menaldi SLSW, Ismiarto SR, Nilasari H. Kusta. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2003.
- Brakel WH Van, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, et al. and Discrimination. 2012;1:1-11.
- World Health Organization. Leprosy/Hansen disease: Management of reactions and prevention of disabilities. Technical guidance. New Delhi: World Health Organization; 2017.
- Menaldi SLSW. Kualitas hidup pasien kusta di poliklinik kulit dan kelamin RS Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta: Kajian terhadap stigma sosial. eJKI. 2018; 6(3): 159-65.





Manifestasi Sistem Muskuloskeletal PADA PASIEN COVID-19



Dr. Riki Saputra, Dr Rizmayadi Anwar, Sp.OT
Rumah Sakit Sumber Waras Cirebon

Pada Desember tahun 2019, wabah kasus novel SARS-CoV-2 (COVID-19) berawal di Wuhan, Cina. Pada tanggal 30 Januari 2020, WHO atau *World Health Organization* mengumumkan bahwa outbreak ini merupakan kegawatdaruratan dan menjadi masalah kesehatan internasional dan akhirnya pada tanggal 11 Maret 2020 novel SARS-CoV-2 (COVID-19) dinyatakan sebagai pandemi.^{1,2}

Gambaran klinis dan epidemiologis Covid-19 tampak seperti terus berubah dan hal-hal baru mengenai penyakit ini terus ditemukan. Pada bulan September 2020 saat artikel ini ditulis, data dari WHO mencatat bahwa secara global sudah ada lebih dari tiga puluh juta kasus yang dikonfirmasi dan hampir satu juta kematian yang melibatkan penyakit ini.

Pasien yang menderita Covid-19 ini didokumentasikan memiliki gejala yang beragam mulai dari demam, batuk, mual, sesak napas, nyeri otot, kelelahan, nyeri sendi, sakit kepala, diare, dan bahkan radang sendi. Sedangkan untuk manifestasi klinis di penderita dapat dari spektrum tanpa gejala sampai yang terberat ARDS (*Acute respiratory distress syndrome*) dan gagal organ multipel.^{2,3}

Gejala menyerupai flu atau influenza disebabkan oleh rangkain respons imun tubuh terhadap virus yang dimediasi Interleukin-6 (IL-6) dan *tumor necrosis factor alpha* (TNF- α). Kadar mediator yang tinggi ini berkorelasi langsung dengan beratnya kadar infeksi dalam darah serta beratnya manifestasi yang muncul. Termasuk dalam hal ini gejala gejala muskuloskeletal

yang ditemukan.

Memang secara umum gejala seperti kelelahan, nyeri pada otot, dan nyeri pada sendi sudah sering dilaporkan. Namun baru dalam publikasi oleh Lucio Cipolarro et al data-data dikumpulkan dan dilaporkan secara sistematis. Metode T Test digunakan untuk menampilkan gejala muskuloskeletal dari seluruh sampel yang ada. Untuk menganalisa setiap insiden atau kejadian dari tiap variable klinis, metode yang digunakan adalah *frequency analysis*. Dan terakhir metode *regression analysis* (R^2) digunakan untuk menilai ada tidaknya korelasi. Signifikan atau tidaknya ditetapkan dengan nilai $p < 0,05$ ^{1,4}

Dalam publikasi yang berjudul "*Muskuloskeletal Symptoms in SARS-CoV-2 (COVID-19) Patients*" yang terbit di *Journal of Orthopedics Surgery and Research* vol 15 tahun 2020, dilakukan analisa data yang dikumpulkan dari sejumlah pusat layanan di berbagai belahan dunia. Meskipun sebagian besar berasal dari Cina, namun juga digunakan data dari Singapore, Eropa, Amerika Serikat, dan Bolivia. Total jumlah sampel adalah ada 12.046 pasien, dengan 54% merupakan pria dan 46% merupakan wanita dengan usia rata-rata 52 tahun.¹

Berkaitan dengan kapan gejala ini muncul, ternyata dilaporkan bahwa keluhan muskuloskeletal disampaikan pada beberapa pasien baik itu pada tahap awal terjangkau hingga yang membutuhkan perawatan ICU pada tahap akhir dengan manifestasi berat. Prevalensi pasien dengan gejala fatigue (kelelahan) adalah 25.6%

($R^2 = 0,56$; p value = 0,004), sedangkan untuk gejala athralgia dan myalgia adalah 15.5% ($R^2 = 0,66$; p value = 0,001).¹

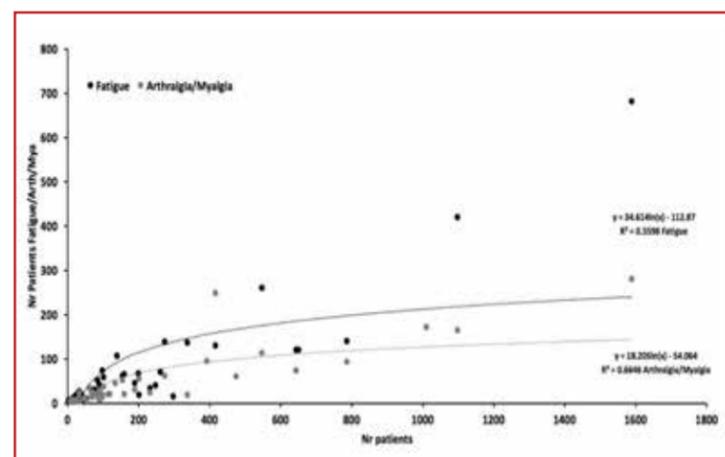
Bukti bahwa reaksi inflamasi memiliki peran penting pada infeksi Covid-19, mengindikasikan perlunya terapi yang ditargetkan untuk menghambat reaksi inflamasi ini. Keterlibatan sistem muskuloskeletal masih memerlukan penelitian lebih jauh, sebagai contoh studi analisa cairan sendi dan biopsi otot bisa diharapkan untuk membuka pemahaman lebih dalam tentang seberapa jauh dampak virus ini terhadap tubuh manusia.

Sampai sejauh ini belum ada

penelitian yang melaporkan didapatkannya virus ini di dalam otot, maupun tulang dan sendi. Semua manifestasi muskuloskeletal diatributkan sebagai gejala tidak langsung yang timbul dari reaksi inflamasi dan imunitas tubuh. Meski demikian hipotesis lain masih bisa dikembangkan, misalnya apakah ada dampak kerusakan langsung terhadap sistem neurovaskular yang disebabkan virus ini? Sebagai suatu penyakit infeksi yang baru, penting bagi klinisi untuk memahami dan mencari tahu pola dan aneka manifestasi serta waktu munculnya semua gejala pada pasien, untuk membantu diagnosis maupun terapi. MD

Daftar Pustaka:

1. Cipollaro L, Lorenzo G, Johnny P, et al "Musculoskeletal Symptoms in SARS-CoV-2 (COVID-19) Patients." *Journal of Orthopaedic Surgery and Research* 15, no. 1 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13018-020-01702-w>.
2. Park M, Cook AR, Lim JT, et al. A systematic review of COVID-19 epidemiology based on current evidence. *J Clin Med.* 2020;9. 10.3390/jcm9040967.
3. Fu L, Wang B, Yuan T, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a systematic review and meta-analysis. *J Infect Published Online First: 10 April 2020.* doi:10.1016/j.jinf.2020.03.041.
4. Huang Y, Tu M, Wang S, et al. Clinical characteristics of laboratory confirmed positive cases of SARS-CoV-2 infection in Wuhan, China: A retrospective single center analysis. *Travel Med Infect Dis* 2020;101606. doi:10.1016/j.tmaid.2020.101606.



Grafik 1.

Hubungan antara gejala Fatigue dengan gejala Athralgia dan Myalgia.¹ (*J Orthop Surg Res.* 2020; 15: 178)



Buku ini cocok untuk mahasiswa kedokteran, dokter umum, spesialis orthopaedi, kedokteran olahraga, rehabilitasi medik, saraf, intervensi nyeri, Physioterapis, bahkan pelatih olahraga.

**DITULIS OLEH
6 SPESIALIS ORTOPEDI**

**CARA DIAGNOSIS CEPAT DAN TEPAT
MUSKULOSKELETAL SEPERTI PARA AHLI!**



**DENGAN 123
ILUSTRASI**

Tersedia di:

 tokopedia
  Shopee

YouTube Karawaci Orthopaedics
@karawaciorthopaedics



Sewindu IHWG (*Indonesian Hydration Working Group*) FKUI :

Kaitan Hidrasi Sehat dengan Penyakit Tidak Menular

dr. Erinna Tjahjono

Saat ini topik mengenai hidrasi dan kesehatan mulai dikenal, namun masih membutuhkan penelitian lebih lanjut. Berbagai upaya terus dilakukan untuk mendukung gerakan menuju hidrasi sehat, yang mendasari tema acara webinar yang dilakukan dalam rangka memperingati delapan tahun berdirinya IHWG. Acara yang diadakan 2 hari pada tanggal 8 dan 15 Oktober 2020 terselenggara berkat kerja sama IHWG dengan *Hydration for Health* (H4H) serta PT. Tirta Investama (Danone-AQUA). Webinar hari kedua di tanggal 15 Oktober 2020 diisi oleh narasumber **Erica T. Perrier, PhD** (*Danone Research*, Perancis); **dr. Pringgodigdo Nugroho, SpPD-KGH** (Divisi Ginjal-Hipertensi FKUI) dan **Prof. Dr. dr. Saptawati Bardosono, MSc** (Departemen Ilmu Gizi FKUI) yang membahas hubungan antara hidrasi dengan berbagai *Non-Communicable Disease* (NCD) antara lain obesitas, diabetes, stroke, penyakit ginjal dan penyakit jantung.

Non-Communicable Disease atau Penyakit Tidak Menular (PTM) adalah penyakit yang tidak disebabkan agen infeksius sehingga penyakit tersebut tidak ditularkan. Beban biaya yang harus dikeluarkan oleh Pemerintah dalam menangani masalah PTM sangatlah besar karena angka kejadian yang semakin meningkat dari tahun ke tahun. PTM semakin meningkat akibat berbagai faktor seperti gaya hidup tidak sehat, diet yang salah, kurang olahraga, perubahan gaya hidup dan faktor genetik, namun sayangnya belum banyak penelitian yang menghubungkan dengan kecukupan hidrasi.

Air merupakan komponen terbesar dalam tubuh manusia dan sangat

berperan dalam kesehatan. Hidrasi dapat mengurangi risiko terjadinya PTM melalui 2 mekanisme kerja yaitu mekanisme langsung dan tidak langsung. Mekanisme langsung antara lain dengan meningkatkan jumlah asupan air sehingga akan terjadi dilusi urin, sehingga volume dan aliran urin akan meningkat. Mekanisme tidak langsung sedikit lebih kompleks, melalui hormon AVP (*antidiuretic hormone*) dengan berbagai reseptor di dalam tubuh. AVP memiliki efek langsung dan tidak langsung pada ginjal, selain peranan pada pengaturan cairan dan efek metabolik ternyata AVP memiliki efek tidak baik seperti meningkatkan tekanan di glomerulus, melepaskan renin, dan terjadi hipertensi. Copeptin sebagai prekursor AVP, terkait dengan sensitivitas insulin rendah dapat menyebabkan gangguan glukosa puasa atau diabetes melitus tipe 2/DMT2. Pada pasien DMT2, copeptin dikaitkan dengan risiko terjadinya gangguan ginjal yang lebih tinggi termasuk penurunan laju filtrasi glomerulus dan peningkatan kreatinin sebanyak 2 kali lipat.

Beberapa studi kaitan hidrasi dengan PTM antara lain:

- Pada kasus diabetes, beberapa penelitian di berbagai negara (Inggris, Perancis, Swedia, AS) menunjukkan asupan air yang tinggi menunjukkan penurunan HbA1c dan angka kejadian diabetes, walaupun hasil signifikan didapatkan pada subjek kelompok laki-laki.
- Pada kasus stroke, sebuah studi pada 119 pasien stroke yang dibawa ke rumah sakit, yang dikelompokkan terhidrasi baik dan kurang terhidrasi berdasarkan osmolalitas urin, mendapatkan

kelompok pasien dengan asupan cairan kurang (*underhydrated*), memiliki kecenderungan 4,7 kali lipat masuk dalam klasifikasi stroke berat (skor NIHSS>8) saat masuk Rumah Sakit dan memiliki kecenderungan skor independensi lebih buruk (mRS>2) 3,5 kali lipat pada saat dipulangkan dibandingkan kelompok yang terhidrasi baik. Hal ini berarti kelompok yang terhidrasi kurang di Rumah Sakit, saat dipulangkan memiliki ketergantungan lebih besar dibandingkan dengan kelompok yang terhidrasi dengan baik. Hasil studi ini menunjukkan hidrasi yang baik dapat berperan dalam prognosis stroke.

- Terkait Penyakit Ginjal Kronis (PGK), air putih ternyata dapat menurunkan risiko terjadinya PGK dan memperlambat perkembangan penyakit ginjal. Sementara

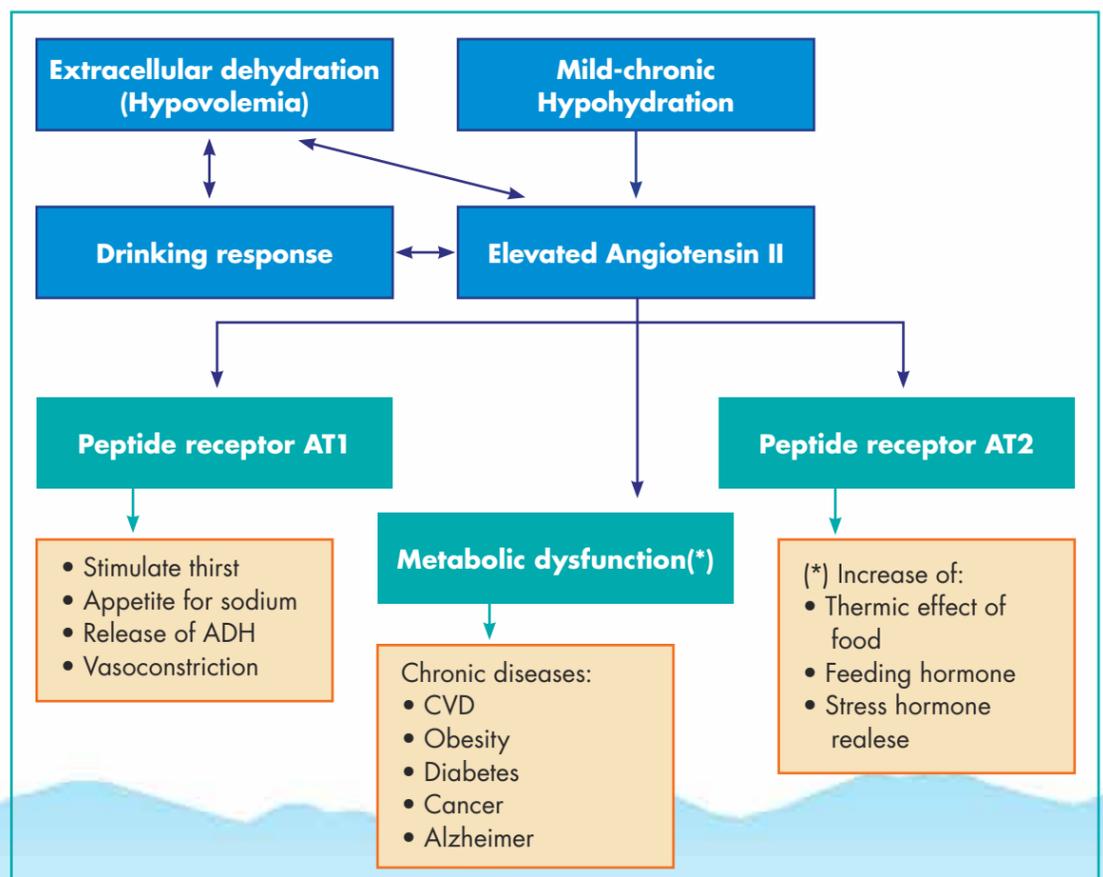
itu, konsumsi minuman bergula (*sugar-sweetened beverages*) berkaitan dengan peningkatan risiko terjadinya PGK.

- Risiko rekurensi/kekambuhan terjadinya batu ginjal juga meningkat dengan konsumsi minuman bergula karena kandungan fruktosa meningkatkan ekskresi kalsium, oksalat dan asam urat. Sebuah studi meta-analisis menunjukkan peningkatan asupan air akan membantu menurunkan supersaturasi dari kandungan batu yang ada di saluran kemih.
- Sebuah studi kohort yang menilai kadar natrium serum sebagai indikator kurangnya hidrasi menunjukkan bahwa tingginya kadar natrium serum terkait dengan berbagai kejadian PTM dan penyakit degeneratif seperti demensia, gagal jantung, penyakit paru kronis, penyakit ginjal kronis, penyakit jantung kronis, hipertensi, diabetes.
- Terkait obesitas, peningkatan konsumsi air putih akan meningkatkan lipolisis dan meningkatkan sensitivitas insulin; melalui antagonis RAS akan memperbaiki metabolisme yang kemudian menurunkan berat badan. Obesitas dapat menyebabkan banyak penyakit kronik, bahkan studi menunjukkan individu yang secara metabolik sehat namun obes memiliki risiko lebih besar terjadinya penyakit jantung kronis, serebrovaskular dan gagal jantung dibandingkan individu yang secara metabolik sehat de-

ngan berat badan normal.

Yang dimaksud hidrasi sehat adalah cairan yang cukup mengganti semua cairan yang hilang dan cukup menghasilkan jumlah urin yang terdilusi, dengan total asupan cairan per hari untuk dewasa sebanyak 2,5-3,5 L/hari. Pemeriksaan untuk mengetahui seseorang terhidrasi dengan baik dapat melalui pemeriksaan osmolalitas urin (<500 mOsm/kg) atau melalui berat jenis urin dan cara paling mudah dapat dengan menggunakan grafik warna urin <3 (warna kuning pucat).

Kaitan hidrasi dengan PTM masih memerlukan banyak penelitian lebih lanjut. IHWG merupakan kelompok kerja ilmiah yang dibentuk dalam kerjasama antara Universitas Indonesia dengan PT Tirta Investama pada tanggal 27 Juni 2012 yang berfokus pada pendidikan dan peningkatan gizi dan kesehatan masyarakat dengan penekanan gizi seimbang. IHWG mempunyai visi meningkatkan pengetahuan mengenai hidrasi dan kesehatan serta terus berupaya melakukan berbagai program guna membantu meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya hidrasi sehat. Topik mengenai kecukupan hidrasi sendiri belum dimasukkan dalam tata laksana berbagai PTM dan juga belum ada pembahasan mengenai air dalam silabus untuk mahasiswa kedokteran. Oleh karena itu IHWG memiliki komitmen akan terus mengoptimalkan ilmu mengenai air demi mencapai kesehatan bagi seluruh masyarakat. **MD**



IHWG dapat dihubungi lebih lanjut melalui :

☎ 021-3903894 ✉ ihwg.hidrasi@gmail.com 📷 @IHWG



Serba Serbi Gatal pada Penyakit Hati Kronik

dr Catharina Sagita Moniaga, MKes., Ph.D, SpKK

Penyakit hati kronik (PHK) adalah suatu keadaan penurunan progresif fungsi hati selama lebih dari 6 bulan, seperti gangguan pembentukan faktor koagulasi darah, detoksifikasi produk metabolisme yang membahayakan, dan pengeluaran asam empedu. Beberapa contoh PHK adalah *primary biliary cholangitis* (PBC), infeksi virus hepatitis B dan C, dan *non-alcoholic fatty liver*.¹

Keluhan gatal adalah gejala penyerta yang sering ditemui pada penderita PHK, antara lain 18-77% pada PBC, 5,1 – 58,4% pada hepatitis C, dan 8% pada hepatitis B. Keluhan gatal biasanya menetap sehingga pastinya akan mengurangi kualitas hidup pasien.² Sensasi gatal pada PHK seringkali mengikuti irama biologis tubuh dengan intensitas tertinggi pada malam hari, dan cenderung bertambah jika suhu meningkat.³

Tidak seperti gatal pada penyakit kulit pada umumnya, gatal pada PHK tidak mempunyai tampilan kulit primer, dan dapat muncul secara spesifik di anggota gerak tubuh, telapak tangan dan kaki, walaupun lebih sering menyeluruh di seluruh tubuh.² Pada saat pasien menggaruk dengan aktif, maka akan timbul perubahan kulit sekunder, seperti eksoriasi (luka) atau *prurigo nodularis* (seperti benjolan merah). Adanya penampakan kulit yang khas pada PHK seperti kulit kuning, *spider naevi* (pelebaran pembuluh darah abnormal di bawah kulit), *palmar erythema* (kemerahan pada telapak tangan terutama bagian yang menonjol) akan membantu identifikasi penyebab utama timbulnya gatal.⁴

Sayangnya, penyebab timbulnya gatal pada penderita PHK belum diketahui dengan pasti. Beberapa kemungkinan penyebab yang telah diteliti dan dilaporkan meliputi asam empedu, opioid endogen, histamin, dan serotonin.

Akumulasi asam empedu akibat penurunan fungsi hati diperkirakan

menjadi zat pemicu gatal. Penyuntikan asam empedu pada kulit orang sehat dilaporkan dapat menimbulkan gatal yang bersifat lokal pada daerah suntikan, dan pembukaan penyempitan saluran asam empedu dapat menghilangkan keluhan gatal pada penderita PHK. Akan tetapi tidak semua pasien PHK dengan peningkatan kadar asam empedu merasa gatal, dan penurunan rasa gatal dapat terjadi walaupun kadar asam empedu tidak menurun.⁵

Opioid endogen adalah zat kimia yang dikeluarkan oleh tubuh terutama otak dan mempunyai sifat seperti morfin. Zat ini memiliki banyak fungsi fisiologis seperti mengurangi rasa nyeri, meningkatkan mood dan ketahanan terhadap stress. Penelitian menunjukkan bahwa pada pasien PHK ditemukan perubahan kadar opioid di dalam darah, yaitu peningkatan jenis opioid endogen yang memicu reseptor mu opioid dan selanjutnya memicu sensasi gatal, serta penurunan opioid endogen yang berikatan dengan reseptor kappa dan berperan menekan sensasi gatal.⁶

Histamin adalah zat pemicu gatal yang kuat dan dikeluarkan oleh beberapa sel tubuh akibat stimulasi pada reaksi alergi. Asam empedu dilaporkan dapat memicu keluarnya histamin dan kadarnya meningkat pada pasien PHK. Akan tetapi penggunaan obat antihistamin tidak terbukti dapat meredakan rasa gatal pada pasien PHK. Selain itu tampak gatal akibat histamin seperti biduran tidak ditemukan sehingga keterlibatan histamin belum dapat dipastikan.⁷

Serotonin, zat kimia yang bertugas untuk membawa pesan antar sel saraf, merupakan salah satu pemicu gatal. Penggunaan beberapa zat penghambat spesifik terhadap serotonin pernah dilaporkan dapat mengurangi rasa gatal pada PHK.⁷ Akan tetapi sampai saat ini belum dapat ditemukan hubungan antara intensitas gatal dan kadar serotonin dalam tubuh pada penderita PHK.

Pada pasien wanita dengan PHK, keluhan gatal dapat meningkat selama fase progesteron pada siklus menstruasi (masa menjelang menstruasi), akhir kehamilan, atau selama terapi penggantian hormon.⁸ Dengan demikian hormon wanita diperkirakan juga berperan dalam memicu gatal pada penderita PHK.

Mengingat masih banyak hal yang tidak diketahui terkait mekanisme timbulnya gatal pada PHK, maka pilihan pengobatan dan terapi intervensi menjadi terbatas. Pengobatan utama adalah pengobatan pada PHK yang mendasari. Pengobatan secara umum meliputi penggunaan pelembab untuk mengurangi kekeringan dan radang kulit, menghindari kondisi lingkungan yang panas, penggunaan produk yang bersifat menyejukkan kulit, mandi dengan air dingin, serta menjaga panjang kuku untuk

menghindari kerusakan kulit saat menggaruk.

Obat-obatan yang dapat mengikat asam empedu seperti resin dan cholestyramine menjadi obat utama untuk mengurangi gatal pada pasien PHK dengan peningkatan asam empedu. Rifampicin yang salah satu efek kerjanya adalah menghambat pengambilan asam empedu oleh sel hati juga sering digunakan.⁸ Penggunaan antagonis opioid endogen, seperti naloxone dan naltrexone, telah digunakan sebagai pengobatan terhadap gatal akibat sumbatan aliran empedu pada hati. Agonis reseptor kappa opioid, nalfurafine hydrochloride, telah disetujui penggunaannya pada pasien PHK di Jepang.⁶ Penggunaan zat penghambat spesifik terhadap serotonin, seperti sertalin, dilaporkan mengurangi rasa gatal pada PHK.⁷

Dengan melihat ulasan di atas dapat disimpulkan bahwa saat ini belum ada terapi tunggal yang ideal untuk mengobati gatal pada pasien PHK. Walaupun tersedia beberapa opsi pengobatan (tabel 1), akan tetapi dibutuhkan fase *'trial and error'* untuk mendapatkan rejimen terbaik bagi tiap pasien. Tidak dapat dihindari pula kemungkinan bahwa beberapa pasien tidak berespon

terhadap jenis pengobatan apapun, dan kelompok pasien ini mungkin memerlukan transplantasi hati untuk mengurangi keluhan gatal. MD

Daftar Pustaka:

- Sharma A, Nagalli S. Chronic Liver Disease. [Updated 2020 Jul 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554597/>
- Oeda S, Takahashi H, Yoshida H, et al. Prevalence of pruritus in patients with chronic liver disease: A multicenter study. *Hepato Res*. 2018;48:E252–E262
- Tajiri K, Shimizu Y. Recent advances in the management of pruritus in chronic liver diseases. *World J Gastroenterol*. 2017;23:3418–3426
- Kremer AE, Bolier R, Dijk R, et al. Advances in Pathogenesis and Management of Pruritus in Cholestasis. *Dig Dis*. 2014;32:637–645
- Kremer AE, Beuers U, Oude-Elferink RPJ, et al. Pathogenesis and Treatment of Pruritus in Cholestasis. *Drugs* 2008;68:2163–2182.
- Moniaga CS, Iwamoto S, Kitamura T, et al. Plasma dynorphin A concentration reflects the degree of pruritus in chronic liver disease: A preliminary report. *Acta Derm Venereol*. 2019;99: 442–443.
- Düll MM, Kremer AE. Management of Chronic Hepatic Itch. *Dermatol Clin*. 2018;36:293–300
- Bhalerao A, Mannu GS. Management of Pruritus in Chronic Liver Disease. *Dermatol Res Pract*. 2015;2015:295891

Tabel 1.

Rekomendasi terapi gatal pada penyakit hati

Pendekatan	Obat	Dosis
Lini pertama	Cholestyramine	4–6 gr/hari (po)
Lini kedua	Rifampicin	150–600mg/hari (po)
Lini ketiga	Naltrexone	25–50 mg/hari (po)
Lini keempat	Sertraline	75–100mg/hari (po)
Lini kelima	Terapi eksperimental, misal: fototerapi ultraviolet B	

*Selain cholestyramine, obat lainnya adalah penggunaan off-label
*po, obat minum

Diadaptasi dari Kremer AE, Beuers U, Oude-Elferink RPJ, et al. Pathogenesis and Treatment of Pruritus in Cholestasis. *Drugs* 2008;68:2163–2182

AQUA, Terlindungi untuk Melindungimu
AQUA berasal dari sumber pegunungan yang terlindungi dan diproses secara terintegrasi tanpa tersentuh tangan manusia. Kealamian mineralnya terjaga hingga ke rumah Anda.

- RAMAH LINGKUNGAN, BISA DIGUNAKAN KEMBALI
- TEKNOLOGI TUTUP DOUBLE INJECTION
- LEBIH KUAT & TAHAN BANTING
- MELEWATI LEBIH DARI 400 CEK KUALITAS
- 47 TAHUN BERSAMA KELUARGA INDONESIA

www.SehatAQUA.co.id

ERUPSI VESIKEL dan PAPUL

Pada Telapak Tangan

dr. Putri Wulandari

Erupsi vesikel dan papul pada telapak tangan mungkin sering kita temukan pada praktik sehari-hari. Sekilas gambaran klinis dari penyakit tersebut tampak mirip, namun ternyata memiliki etiologi yang berbeda sehingga keterampilan seorang klinisi dalam menentukan diagnosis sangat diperlukan. Pada tulisan ini akan dibahas secara singkat beberapa penyakit yang memiliki gambaran erupsi vesikel dan/atau papul pada telapak tangan, yang diharapkan dapat menambah wawasan pembaca.

Dyshidrotic eczema, atau yang dikenal dengan dermatitis dishidrosis atau pompholyx atau eksema vesikular palmoplantar, adalah lesi vesikel terutama di telapak tangan, lateral jari tangan dan kaki yang disertai rasa gatal dengan gambaran histologis vesikel spongiotik. Istilah “dishidrosis” awalnya diduga karena adanya gangguan pada kelenjar keringat, namun saat ini telah diketahui bahwa tidak berhubungan dengan disfungsi kelenjar keringat.^{1,2,3} Etiologinya masih belum diketahui dan kebanyakan kasus ini merupakan idiopatik. Faktor predisposisinya

adalah atopik, kontak alergen, kontak iritan, infeksi dermatofita, alergi terhadap logam (nikel dan kobalt), dan hiperhidrosis.^{1,3}

Pada dyshidrotic eczema akut, erupsi vesikel biasanya simetris dan selain rasa gatal sebagian pasien mengeluhkan nyeri dan sensasi terbakar. Pada fase kronis terdapat skuama, fisura, dan terkadang terlihat likenifikasi.¹ Diagnosis dyshidrotic eczema biasanya berdasarkan manifestasi klinis, namun terkadang perlu ditunjang dengan pemeriksaan histopatologi.² Terapi dyshidrotic eczema cukup sulit karena cenderung kronis

dan dapat relaps.¹ Glukokortikoid topikal potensi kuat menjadi pilihan terapi, pada tipe keratolitik dapat diberi terapi tambahan glukokortikoid intralesi atau retinoid, keratolitik konsentrasi tinggi, atau preparat tar.²

Herpetic whitlow adalah infeksi primer pada jari tangan yang disebabkan oleh herpes simplex virus (HSV) tipe 1 atau 2.⁴ Pada anak-anak, dapat terjadi bersamaan dengan gingivostomatitis, sedangkan pada orang dewasa umumnya terjadi pada petugas kesehatan terutama dokter gigi yang terpapar mukosa oral

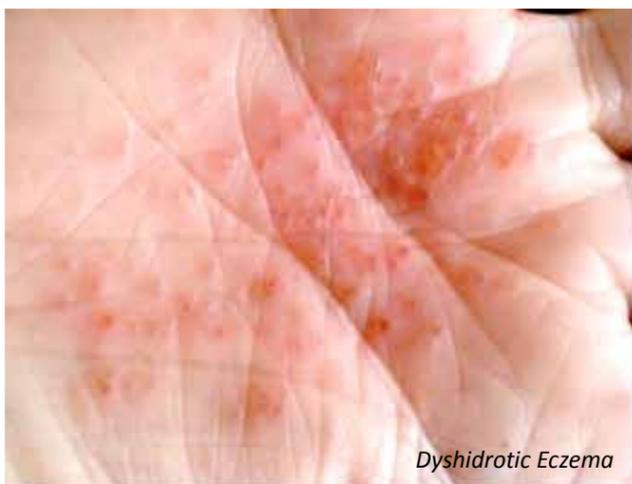
pasien yang terinfeksi HSV-1 ketika tidak menggunakan sarung tangan medis.^{4,5,6} Penularan virus terjadi ketika kontak langsung dengan sekret atau lesi yang infeksius, sedangkan pada anak-anak biasanya karena kebiasaan menghisap jari di mana terdapat virus di saliva namun tidak menunjukkan gejala.⁷

Pasien biasanya mengeluhkan nyeri dan *nyut-nyutan* pada jari sebelum timbulnya vesikel, disusul terjadinya eritema, edema, dan vesikel berwarna jernih atau kuning pucat yang biasanya terletak di ibu jari atau jari telunjuk.^{5,7} Infeksi biasanya hanya terjadi pada satu jari, beberapa vesikel berkumpul menjadi besar dan menyebar ke proksimal, dapat mengenai kuku dan menyebabkan lesi hemoragik. Awalnya cairan vesikel tampak jernih, namun dapat berubah keruh, seropurulen atau hemoragik. Tidak akan terdapat pus kecuali ada superinfeksi dengan bakteri.⁵

Diagnosis herpetic whitlow dapat ditegakkan secara klinis, namun apabila pola lesi tidak spesifik terhadap HSV, dapat dilakukan pemeriksaan kultur virus, titer antibodi, atau tes Tzanck.^{6,7} Herpetic whitlow sering misdiagnosis dengan infeksi paronikia bakterial, namun pada herpetic whitlow tidak diperlukan insisi atau drainase karena dapat menyebabkan viremia dan superinfeksi bakteri.^{5,7,8} Pemberian antivirus dalam 48 jam setelah muncul gejala dapat memperpendek durasi gejala.⁵ Antivirus yang dapat diberikan misalnya acyclovir 200 mg sebanyak 5 kali sehari selama 7-10 hari atau sampai gejala menghilang.⁸

Reaksi id, atau *autoeczematous response*, adalah respon imunologis sekunder dari hospes yang terjadi setelah proses primer infeksi, dan biasanya lokasi erupsi terletak jauh dari lokasi infeksi primer.^{9,10}

Gambaran lesi pada *dyshidrotic eczema*, *herpetic whitlow*, *dermatophytid*, *PPP*, dan *sifilis* sekunder pada telapak tangan^{18,19,20,21,22}



“ Pasien biasanya mengeluhkan nyeri dan nyut-nyutan pada jari sebelum timbulnya vesikel, disusul terjadinya eritema, edema, dan vesikel berwarna jernih atau kuning pucat yang biasanya terletak di ibu jari atau jari telunjuk ”

Tabel rangkuman erupsi vesikel dan papul pada telapak tangan¹⁸

KONDISI	KARAKTERISTIK
Dyshidrotic eczema	Erupsi vesikel simetris yang disertai rasa gatal pada telapak tangan dan/atau jari, menghilang dalam tiga hingga empat minggu dengan meninggalkan skuama
Herpetic whitlow	Vesikel berkelompok pada lateral dan ibu jari; unilateral; sering terjadi pada individu yang kontak dengan saliva, misalnya dokter gigi dan anak-anak yang suka menghisap ibu jari
Reaksi id	Erupsi vesikel simetris, paling sering terjadi pada lateral jari; gatal; terdapat proses inflamasi pada area yang jauh dari lokasi erupsi
Palmoplantar pustulosis	Vesikel atau pustul yang terlokalisasi di telapak tangan atau telapak kaki; kronis dan rekuren; biasanya pada pasien dengan riwayat merokok; pada lesi terdapat infiltrat steril
Sifilis sekunder	Bilateral, berwarna merah-kecokelatan; bercak makula hingga papulonodular; lesi tidak nyeri, tidak gatal, dan tidak ada inflamasi; lokasi tersebar dari telapak tangan dan kaki hingga ke seluruh tubuh dan membran mukosa; dapat disertai gejala sistemik

Reaksi id paling sering timbul karena infeksi jamur (terutama tinea pedis) yaitu infeksi jamur superfisial (tinea corporis, tinea cruris, candidiasis), subkutan (sporotrichosis), dan infeksi jamur profunda (coccidioidomycosis), selain itu juga dapat disebabkan karena infeksi bakteri, virus, dan parasit.¹⁰

Manifestasi klinis dari reaksi id bervariasi, tergantung dari etiologi dan respon hospes. Sebagai contoh manifestasi klinis dari reaksi id karena infeksi jamur (*dermatophytid*) adalah (i) *dyshidrotic-eczematous* atau tipe vesikular dan (ii) tipe skuama yang biasanya merupakan bentuk akhir dari tipe vesikular. *Dermatophytid* biasanya bersifat akut, simetris, dan terdapat pada permukaan telapak tangan, jari ataupun sela-sela jari. Lesi awal berupa vesikel dan bula, dan kemudian dapat berubah menjadi papul atau pustul. Sasaran terapi adalah mengobati infeksi primer, yang mana akan

menyebabkan resolusi dari reaksi id tersebut. Rekurensi dapat terjadi apabila infeksi primer tidak diobati secara adekuat.¹¹

Palmoplantar pustulosis (PPP) adalah penyakit kulit kronis dan rekuren dengan karakteristik erupsi pustul steril pada telapak tangan dan kaki yang disertai eritema dan skuama.^{12,13} Apakah PPP merupakan penyakit tersendiri yang unik atau merupakan bagian dari psoriasis masih menjadi perdebatan. Patogenesis PPP masih belum diketahui, namun sistem imun bawaan mungkin memegang peranan penting.¹⁴

PPP biasanya terlokalisasi di telapak tangan ataupun kaki, namun pada kasus tertentu dapat mengenai area lain pada tubuh termasuk perubahan pada kuku.¹² Pada kasus yang parah, beberapa lesi akan membesar kemudian bersatu membentuk plak eritema dengan skuama yang menutupi permukaan telapak tangan dan kaki disertai

fisura dan rasa nyeri.¹³ Faktor pencetus PPP misalnya merokok (42-100% pasien PPP merupakan perokok aktif), infeksi dan stress (yang merupakan faktor pencetus pada psoriasis vulgaris, dapat memperparah PPP), alergi terhadap logam, obat (agen anti TNF).¹²

PPP resisten terhadap terapi dan memiliki angka rekurensi yang tinggi.¹⁴ Pada tahun 2018, Guselkumab, antibodi monoklonal terhadap interleukin (IL)-23 telah

tersertifikasi penggunaannya di Jepang dan efektif terhadap pasien PPP baik pada pasien di Jepang atau yang lainnya.¹⁵

Sifilis sekunder merupakan stadium lanjutan dari infeksi sifilis primer yang tidak diterapi. Sifilis disebabkan oleh bakteri *Treponema pallidum* yang ditularkan melalui hubungan seksual oleh individu yang terinfeksi. Gejala awal sifilis primer adalah luka yang tidak nyeri sehingga pasien cenderung mengabaikannya, yang dalam 1-6 bulan berlanjut menjadi sifilis sekunder dengan gejala yang bervariasi. Sifilis sekunder dikenal sebagai “the great imitator disease” dengan manifestasi klinis yang bervariasi dan menjadikan penyakit ini sebagai tantangan bagi klinisi untuk mendiagnosisnya.¹⁶

Manifestasi sifilis sekunder pada telapak tangan umumnya berupa papul, tanpa adanya riwayat dermatitis sebelumnya, tidak nyeri, tidak gatal, tidak ada inflamasi, dan biasanya disertai

gejala sistemik seperti demam, malaise, nyeri tenggorok, dan berat badan yang turun.^{17,18} Pasien dengan sifilis sekunder memiliki antibodi cardiolipin sehingga untuk diagnosis dapat dilakukan pemeriksaan *Rapid Plasma Reagin (RPR)* atau *VDRL* yang akan reaktif dengan titer $\geq 1:32$. Namun pemeriksaan serologi dapat menunjukkan hasil abnormal pada pasien dengan infeksi HIV, sehingga diperlukan pemeriksaan lain seperti biopsi. Terapi sifilis sesuai standard CDC adalah injeksi benzathine penicilin 2.4×10^6 unit.¹⁷ MD

Daftar Pustaka:

1. Leung AK, Barankin B, Hon KL. Dyshidrotic Eczema. *Environ Pediatr Neonatal Biol.* 2014;01(01).
2. Erdina HDP. Dishidrosis (Eksema Vesikular Palmoplantar). *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin.* 2016. ed 7. Jakarta:FKUI;151-52
3. Nishizawa A. Dyshidrotic Eczema and Its Relationship to Metal Allergy. *Curr Probl Dermatol.* 2016;51:80-5
4. Hoff NP, Gerber PA. Herpetic whitlow. *Cmaj.* 2012;184(17):2012. 5-22 ada pada redaksi

Ankylosing Spondylitis: Penyakit Autoimun Penyebab Nyeri Pinggang?

Hardini Arivianti

Nyeri pada pinggang seringkali dikeluhkan oleh masyarakat namun seringkali dianggap sepele. Padahal nyeri di area ini dapat mengganggu aktivitas harian penderitanya.

Nyeri pinggang dapat terbagi menjadi nyeri pinggang tidak spesifik, nyeri pinggang yang menjalar hingga kaki atau betis, dan nyeri pinggang akibat penyakit pada tulang belakang (nyeri pinggang autoimun).

Penting sekali untuk dilakukan diagnosis dini agar nyeri pinggang tidak lagi mengganggu produktivitas. Salah satu penyebabnya adalah *ankylosing spondylitis*. Bagaimana membedakan dan penanganannya? Berikut paparan lengkap nyeri pinggang.

Nyeri Pinggang, Apakah Autoimun?

dr. Laniyati Hamijoyo, SpPD-KR
Divisi Reumatologi
RSUP Hasan Sadikin, Bandung

Nyeri pinggang dapat didefinisikan sebagai nyeri, kaku atau tegang otot di area pinggang dengan atau tanpa menjalar ke kaki.

Etiologi nyeri pinggang dapat terbagi menjadi mekanik, non-mekanik dan organ visceral (ginjal). Nyeri pinggang mekanik berupa

ketegangan otot akibat posisi tubuh yang salah saat beraktivitas, trauma, fraktur, spondilosis dan *herniated nucleus pulposus* (HNP). Sedangkan untuk yang nonmekanik berupa tumor, infeksi (osteomielitis) dan nyeri pinggang akibat adanya proses inflamasi (*ankylosing spondylitis*/AS).

Nyeri pinggang akibat mekanik biasanya disebabkan oleh bekerja dengan posisi membungkuk dan sering mengangkat beban berat dengan postur tubuh yang salah.

Nyeri Pinggang Autoimun

Spondiloarthritis (SpA) merupakan kelompok penyakit reumatik meliputi *ankylosing spondylitis* (AS), *reactive arthritis* (Reiter's), *juvenile chronic arthritis*, *psoriatic arthritis* dan *arthritis* yang dikaitkan dengan *acute anterior uveitis*. Kesemuanya ini memiliki kesamaan yaitu memiliki gejala *sinovitis*, *enthesitis*, dikaitkan dengan HLA-B27.

Penyebab AS terdiri dari 3 faktor yakni lingkungan, genetik, dan regulasi imun. Bila dibandingkan laki-laki dan perempuan, laki-laki memiliki 3 kali lebih tinggi.

AS biasanya terdiagnosis cukup lama karena penderitanya menganggap sakit pinggang itu biasa dan sepele, merasa takut dan berkurang setelah beraktivitas. Selain itu AS memerlukan waktu sekitar 6-10 tahun untuk tampak pada hasil pemeriksaan radiologis dan tidak tampak di awal hasil rontgen. Faktor lainnya karena AS tidak memiliki laboratorium yang spesifik dan pasien sudah sakit lama baru memeriksakan diri ke dokter.

Pada hasil laboratorium, AS menunjukkan negatif pada hasil *rheumatoid factor*, peningkatan pada nilai CRP kuantitatif, peningkatan LED, dan nilai positif pada HLA-B27.

Mengutip dari beberapa studi, HLA-B27 ini dikaitkan dengan AS. Rudwaleit M dkk (2004) menunjukkan lebih dari 90% pasien dengan AS memiliki nilai HLA-B27 yang positif. Namun Reveille JD dkk (2012) faktor ini tidak spesifik mengingat prevalensi pada populasi umum cukup banyak dan bervariasi antar-etnis.

Pemeriksaan HLA-B27 dapat digunakan untuk membantu negakkan diagnosis, namun tidak direkomendasikan dilakukan secara rutin.

Pemeriksaan penunjang yang disarankan adalah foto polos, USG muskuloskeletal dan/atau MRI pada sendi yang terlibat, termasuk tulang belakang, dan sendi sakroiliaka.

Pemeriksaan LED dan CRP tidak spesifik, namun berperan dalam menilai aktivitas AS.

Bagaimana Membedakannya?

Nyeri pinggang akibat inflamasi, munculnya secara perlahan tidak ada cedera atau trauma sebelumnya. Biasanya nyeri memburuk saat pasien beristirahat dan membaik dengan aktivitas, dan menunjukkan respons yang baik pada pemberian obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS).

AS juga memiliki beberapa gejala penyerta antara lain berupa *uveitis*, *diare kronis*, nyeri pada tumit, *daktilitis* dan *enthesitis* serta keterbatasan rentang gerak sendi leher.

AS ini tidak hanya terjadi pada orang dewasa. Pada anak, AS juga bisa terjadi dengan gejala nyeri dan kemerahan pada mata; pembengkakan di lengan dan kaki; *stooped posture*; dan nyeri punggung dan/atau bokong.

Pada AS dengan derajat yang berat dapat menimbulkan fusi ruas tulang belakang atau *bamboo spine* yang tampak pada hasil rontgen.

Bila nyeri pada pinggang sudah berlangsung lebih dari 3 bulan dan awalnya muncul pada usia <45 tahun, perlu evaluasi lebih lanjut agar dapat ditangani dengan baik agar tidak mengganggu produktivitas mengingat timbul pada usia produktif

Penatalaksanaan AS harus mempertimbangkan manifestasi yang muncul saat ini, aktivitas penyakit, gangguan struktural dan fungsi, serta keadaan umum dan harapan pasien.

Pengobatan AS dilakukan untuk memaksimalkan kualitas hidup dengan mengendalikan gejala, menghindari kerusakan lebih lanjut dan mempertahankan fungsi yang normal.

Penatalaksanaan AS harus mencakup terapi non-farmakologis dan farmakologis:

- Edukasi, dan latihan fisik
- OAINS adalah pilihan pertama untuk membantu mengatasi nyeri dan kaku.
- Injeksi steroid lokal dapat membantu mengendalikan peradangan
- DMARDs (*Disease-modifying Anti Rheumatic Drugs*). MD



Nyeri pinggang (inflamasi)	Gejala	Nyeri pinggang (mekanik)
Lama nyeri >60 menit	Kaku pagi hari	Minimal <45 menit
Pagi (saat bangun tidur)	Nyeri/kaku maksimum	Sore/malam
Perbaikan gejala	Exercise/aktivitas	Perburukan
Kronik	Durasi	Akut/kronik
9-40 tahun	Usia Awitan	20-65 tahun

Psoriasis: Lebih dari Sekedar Manifestasi Kulit

dr. Marianto, dr. Hartono Kosim



Tanggal 29 Oktober ditetapkan oleh *International Federation of Psoriasis Association* (IFPA) sebagai hari psoriasis sedunia untuk meningkatkan kewaspadaan terhadap psoriasis.^{1,2} Psoriasis dulu dikenal hanya terbatas pada inflamasi kulit kronik.³ Namun sejak 2015, muncul hipotesis bahwa psoriasis menimbulkan berbagai dampak pada hidup pasien.⁴ Adanya fakta bahwa sebagian besar psoriasis terjadi fluktuasi gejala sepanjang hidup dan remisi spontan tidak mungkin tercapai tanpa terapi,³ ditambah adanya disabilitas fungsional, membuat psoriasis sebagai penyakit yang perlu perhatian khusus.

Sekitar 75% penderita psoriasis diketahui mempunyai minimal satu komorbiditas.^{6,7} Salah satu komorbiditas yang paling sering adalah arthritis psoriatik.³ Gejala arthritis psoriatik dapat berupa oligoarthritis asimetrik, enthesitis, spondiloarthritis, sampai arthritis mutilans. Derajat arthritis psoriatik sangat bervariasi dan tidak berhubungan dengan gejala kulit.⁸

Pada psoriasis ditemukan komorbiditas hipertensi lebih sering. Proses inflamasi kronik meningkatkan produksi angiotensin-II, stres oksidatif, dan *angiotensin-converting enzyme*.⁸ Penderita psoriasis juga cenderung mempunyai kadar trigliserida dan total kolesterol yang lebih tinggi.⁹ Keseluruhan hal ini menyebabkan *psoriatic march* dimana terjadi resistensi insulin dan peningkatan molekul adhesi yang berkontribusi terhadap infark miokard dan diabetes mellitus.¹⁰⁻¹² Penghambat TNF pada psoriasis dianggap efektif mencegah infark miokard dengan meningkatkan fungsi endotel dan mengurangi laju endap darah.⁴

Pencegahan dan Penanganan

Pasien psoriasis dianjurkan untuk menjalani penapisan secara rutin.³ Dianjurkan pemeriksaan kulit setiap tahun bagi yang memiliki riwayat imunosupresi/penggunaan psoralen dan ultraviolet A, termasuk pemantauan plak atipikal, pemeriksaan kelenjar getah bening, biopsi kulit, dan skrining untuk kanker kulit.⁷

Sangat penting untuk dilakukan penelusuran faktor risiko dan pemeriksaan penunjang lain (gula darah puasa, HbA1c, profil lipid, tes fungsi hati, dan ginjal) untuk skrining morbiditas dan gangguan autoimun terkait lainnya. Pemeriksaan kardiovaskular dianjurkan setiap 6 bulan jika mendapat terapi sistemik atau setiap tahun jika mendapat terapi lokal.⁷ Obesitas akan menurunkan efektivitas pengobatan psoriasis sehingga tatalaksana harus mencakup pengelolaan sindroma metabolik dan penurunan berat badan.⁴

Pada kasus arthritis psoriatik, diagnosis dan penapisan penting untuk mencegah artropati erosif dan kerusakan sendi yang permanen.¹⁰ Beberapa kuesioner dikembangkan untuk diagnosis dini arthritis psoriatik, seperti *Psoriasis and Arthritis Screening Questionnaire* (PASQ), *Psoriasis Epidemiology Screening Tool* (PEST), dan *Toronto Psoriatic Arthritis Screen* (ToPAS).¹³ Pemeriksaan rontgen konvensional dapat menilai erosi yang merupakan gambaran khas pada fase lanjut. Ultrasonografi (USG) dan MRI lebih dipilih dalam menilai jaringan lunak dimana pada fase awal dimana terlihat lesi inflamasi dengan keterlibatan membran sinovial dan jaringan

periartikular.¹⁴ Penanganan arthritis psoriatik lebih lanjut dapat dirujuk ke reumatolog.

Sebagai tenaga medis ahli, kita harus mengetahui komorbiditas yang mungkin terjadi pada pasien psoriasis. Penanganan psoriasis juga harus ditujukan pada komorbiditas lain yang tidak dapat dijelaskan secara keseluruhan dalam artikel ini. Kompleksitas psoriasis membutuhkan penanganan yang holistik dan identifikasi pencetus. Pendekatan per individu dibutuhkan dalam manajemen psoriasis.⁴ MD

Daftar Pustaka:

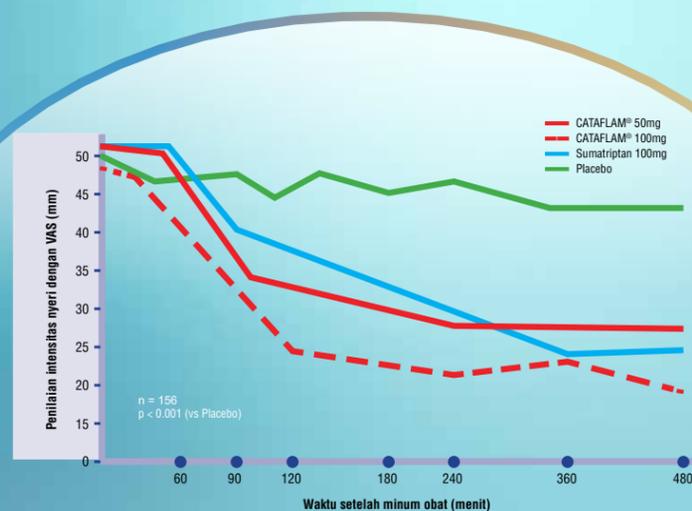
1. Lebwohl MG, Bachelez H, Barker J, Girolomoni G, Kavanaugh A, Langley RG, et al. Patient perspectives in the management of psoriasis: Results from the population-based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Survey. *J Am Acad Dermatol*. 2014 May;70(5):871-881.e30.
2. Danielsen K, Olsen AO, Wilsgaard T, Furberg A-S. Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort: Is the prevalence of psoriasis increasing? *Br J Dermatol*. 2013 Jun;168(6):1303-10.
3. Bhutani T, Liao W, Nakamura M, editors. Evidence-Based Psoriasis: Diagnosis and Treatment [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2018 [cited 2020 Dec 9]. (Updates in Clinical Dermatology). Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-90107-7>
4. World Health Organization. Global report on psoriasis. [Internet]. 2016 [cited 2020 Dec 9]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf

5-14 Ada pada redaksi

Diclofenac Potassium
Cataflam® FAST

Efektif mengurangi nyeri pada serangan migren akut¹

CATAFLAM® lebih cepat dan efektif mengurangi nyeri migren akut dibandingkan sumatriptan¹



Studi acak, buta ganda, *cross-over*, membandingkan efikasi dan tolerabilitas kalium diklofenak oral (50 mg dan 100 mg) dibandingkan dengan sumatriptan oral 100 mg dan plasebo dalam pengobatan akut pasien dengan serangan migren.

Tolerabilitas¹:

Dalam analisis Bussone ini, tidak ada perbedaan yang signifikan secara statistik antara pengobatan aktif dan plasebo. Namun, diklofenak-K secara statistik signifikan lebih baik dibandingkan sumatriptan dalam hal penilaian evaluasi keseluruhan tolerabilitas "baik" atau "sangat baik". Lebih banyak pasien yang menilai tolerabilitas "baik" atau "sangat baik" saat mengonsumsi diklofenak-K 50 mg (79%), diklofenak-K 100 mg (76%), dan plasebo (76%) dibandingkan saat mengonsumsi sumatriptan (67%).

Referensi:

1. Bussone G, et al. Acute treatment of migraine attacks: efficacy and safety of a nonsteroidal anti-inflammatory drug, diclofenac potassium, in comparison to oral sumatriptan and placebo. *Cephalgia* 1999; 19: 232-240

Untuk informasi lebih lanjut, mohon merujuk ke informasi produk

NVS/DRPN/BROC/122020/0044





MENGAJAK ANAK

Ikut Aktivitas Alam Bebas

Martin Leman
Dokter Spesialis Anak



Bagi orang tua yang penggemar kegiatan alam bebas, misalnya trekking atau naik gunung, mengajak anak ikut serta pastinya merupakan hal seru. Sambil menikmati hobi kegiatan alam bebas, bersamaan pula menghabiskan waktu bersama keluarga. Di sisi lain, kegiatan di alam juga memberikan berbagai pengalaman dan pembelajaran bagi anak tentang banyak hal di luar pelajaran sekolah.

Agar berjalan lancar dan membuat semua senang, ada beberapa hal yang perlu diingat orang tua. Prinsipnya, harus selalu ingat bahwa anak bukanlah seorang dewasa dalam ukuran kecil. Anak merupakan individu dengan tingkat pertumbuhan fisik dan perkembangan mental yang belum selesai. Sebagai konsekuensinya, beberapa hal perlu dipertimbangkan sebelumnya.

Secara fisik sudah jelas kekuatan anak tidak sama dengan dewasa. Beberapa literatur menyebutkan bahwa beban tas ransel yang boleh dibawa anak maksimal 10-15% dari berat badannya. Itupun harus sudah dilatih dahulu sebelumnya,

dan tidak mendadak diberi beban seberat ini. Cedera otot atau bahkan tulang dapat menjadi problem bila kemampuan fisik anak dipaksakan. Selain itu, stamina dan daya aklimatisasi terhadap perubahan cuaca dan tekanan udara juga tidak sama. Gejala *altitude sickness*, dehidrasi, hipotermia, hipertemia, dan sebagainya lebih mudah terjadi pada anak dibanding dewasa. Ini semua karena perbedaan metabolisme dan proporsi tubuh anak dengan dewasa.

Berkenaan perkembangan mental dan kepribadian, tentunya juga mereka masih dalam masa pembentukan karakter. Sikap kekanak-kanakan, pasti masih akan muncul sesuai usianya. Sebagai contoh, kemampuan menilai baik-buruknya suatu tindakan, rasa tanggung jawab, pengendalian emosi diri, daya juang/usaha, dan ego diri sendiri masih dalam proses berkembang dan pastinya belum sematang orang dewasa.

Nah, berdasarkan pertimbangan itu, banyak ahli merekomendasikan anak diajak untuk ikut kegiatan

alam bebas, paling tidak setelah berusia 5 tahun. Pertimbangannya, anak sudah mampu mengutarakan apa yang ia rasakan atau alami, kemampuan motorik kasar dan halus relatif sudah baik dan matang, dan umumnya sudah tidak sulit dalam hal pengaturan makan dan minumannya. Tentunya ini semua bersifat relatif, tergantung bagaimana anak itu sudah mapan atau belum selama ini dalam kegiatan sehari-hari.

Nah, berikut ini ada beberapa tips agar kegiatan di alam bersama anak menjadi lebih menyenangkan :

Samakan ekspektasi orang tua dan anak.

Ekspektasi anak dan dewasa terhadap kegiatan alam bebas tidak selalu sama. Pastikan apa yang akan dihadapi sudah dijelaskan pada anak. Bila perlu gunakan video perjalanan yang saat ini mudah didapat secara online. Paling perlu memberikan bayangan pada anak apa yang akan dilakukan, agar ia tidak malah kecewa dan ngambek saat di alam.

Persiapan lengkap.

Orang tua perlu menyiapkan segala kebutuhan anak. Boleh saja menyerahkan pada anak daftar barang yang diperlukan, tetapi periksa ulang untuk memastikan ia benar-benar menyiapkannya. Orangtua pun perlu menyiapkan logistik dan peralatan cadangan bagi anak misalnya baju ganti, jas hujan, senter, minuman, dan sebagainya.

Atur makan dan minum.

Orang tua perlu mengatur jadwal makan dan minum anak selama aktivitas. Bila anak makan terlalu banyak hingga perut penuh, biasanya akan mudah mual, atau sakit perut saat beraktivitas fisik. Sebaliknya, bila perut kosong ia akan mudah mengalami mabuk perjalanan atau kelelahan. Minum air pun jangan berlebihan maupun kekurangan. Minum berlebihan akan membuat tidak nyaman untuk aktivitas fisik karena perut jadi kembung, sedangkan bila kurang akan menyebabkan dehidrasi. "Small frequent feeding", atau makan minum dengan jumlah sedikit tapi sering merupakan trik yang paling efektif dalam hal ini.

Atur tenaga dan kecepatan gerak.

Anak yang tertarik dengan kegiatan alam terbuka, tidak jarang menjadi kelewat aktif dan tidak mau diam. Berjalan cepat-cepat atau berlarian ke sana sini, dan tidak sabar.. namun akhirnya menjadi kelelahan sebelum waktunya. Nah, orang tua perlu menjaga agar anak tidak keburu kecapean di awal kegiatan, dengan menjaga kecepatan pergerakan.

Hati-hati panik dan over-excited.

Berkegiatan di alam terbuka tentu akan memberikan banyak hal baru. Namun ada kalanya temuan baru itu membuat anak panik, misalnya bila melihat lebah atau serangga besar yang mendekat... Sebaliknya,

bila ia sangat tertarik pada suatu hal, kadang menjadi lupa waktu dan bahkan bahaya di sekitarnya. Orang tua perlu selalu mengawasi apa yang anak lakukan dan menjaga dari kemungkinan risiko dan hal berbahaya.

Tetap jaga kebersihan.

Ketika di alam terbuka, tidak mungkin tangan dan kaki anak tidak terkena tanah, pasir, atau benda-benda lainnya. Bahkan kerap ada anak yang sengaja berkotor-kotoran karena ini hal yang seru buat mereka. Orang tua perlu memastikan, agar jangan sampai ia makan dengan tangan kotornya itu. Namanya di alam bebas, tentu boleh saja bermain kotor-kotoran, tetapi perlu selalu ingat untuk membersihkan setelahnya.

Lakukan bertahap dan ajak anak berpartisipasi aktif.

Bila ini merupakan pengalaman pertama, lakukan pengenalan kegiatan alam bebas secara bertahap, mulai dengan durasi, jarak, dan beban yang ringan dulu. Dari kegiatan awal ini, ortu dapat menilai apakah anak tertarik atau tidak. Tentunya semua anak akan perlu proses bertahap terhadap kegiatan yang baru. Salah satu yang akan membuat anak lebih tertarik, tentunya dengan melibatkan anak berpartisipasi dalam setiap kegiatannya, misalnya dalam menyiapkan barang, memilih tempat istirahat, memilih menu kudapan, dan sebagainya. **MD**

