



TABLOID MD

INSIDER'S INSIGHT

Area distribusi tabloid MD:



FOR MEDICAL PROFESSIONALS ONLY

MEI 2014



MD INSIGHT

Mengurai "The 23rd Annual Scientific Meeting of Indonesian Heart Association (ASMIHA)"

4



MD QUICKSURVEY

Apa Sumber Ketidakpuasan Peserta Simposium?



14

MD PRACTICE

GERD: Nyeri Dada Tidak Selalu Merupakan Penyakit Jantung

Cochrane Review: Penghamburan Dana Akibat Oseltamivir

Dana ratusan triliun rupiah yang telah dikeluarkan oleh lebih dari 100 negara di dunia untuk penyediaan obat neuraminidase inhibitor, yaitu oseltamivir (Tamiflu®) bisa jadi telah disia-siakan untuk obat yang ternyata tidak lebih baik dari parasetamol, demikian analisis yang dilakukan oleh *Cochrane Collaboration*. Analisis tersebut menyatakan ternyata oseltamivir tidak mampu mencegah penyebaran influenza A atau menurunkan kejadian komplikasi berbahaya, dan hanya sedikit membantu memperbaiki gejala.

Oseltamivir menjadi obat utama yang diresepkan saat kejadian luar biasa flu babi tahun 2009. Namun fakta mengungkapkan bahwa perusahaan farmasi tidak mempublikasikan semua data penelitian mengenai efektivitas dan keamanan obat tersebut. Laporan Cochrane ini merupakan hasil perjuangan luar biasa untuk mendapatkan data-data yang sebelumnya disembunyikan oleh perusahaan farmasi. Analisis baru tersebut menunjukkan bahwa obat ini hanya menurunkan gejala flu dari 7 menjadi 6,3 hari pada dewasa, dan 5,8 hari pada anak. Efek yang sama ternyata juga dapat diperoleh dari

obat-obatan simtomatik seperti parasetamol. Mengenai klaim bahwa obat ini mampu mencegah komplikasi berat seperti pneumonia, analisis Cochrane menyatakan oleh karena desain studi yang ada sangat buruk maka "tidak ada data valid" yang dapat ditemui.

Salah satu alasan penyediaan stok nasional oseltamivir adalah untuk memperlambat penyebaran penyakit, sehingga memberikan waktu untuk dikembangkannya vaksin. Para penulis laporan menyebutkan saat ini belum ada bukti kemampuan oseltamivir untuk hal tersebut, sehingga sebenarnya tak beralasan beranggapan obat ini dapat mencegah pandemi. Analisis ini juga menunjukkan bahwa ada banyak efek samping yang terkait, seperti mual, muntah, masalah psikiatrik, gangguan ginjal, dan hiperglikemia.

Prof. Carl Haneghan, salah satu ahli *evidence based medicine* dari Universitas Oxford dan penyusun laporan ini, berpendapat, "Saya pikir penghamburan dana ini tidak memberikan keuntungan apapun terhadap kesehatan manusia dan malah bisa menimbulkan kerugian."



Perwakilan *World Health Organization* (WHO), yang mengklasifikasikan oseltamivir sebagai obat esensial, mengeluarkan pernyataan bahwa akan dilakukan pertimbangan lebih lanjut mengenai hal ini. Untuk rilis penuh dari *Cochrane Collaboration* dan tautan artikel penuhnya dapat dilihat di <http://www.cochrane.org/features/tamiflu-relenza-how-effective-are-they.ss>

Ceftriakson Sebabkan Gagal Ginjal pada Anak?

Ceftriakson adalah antibiotik dari golongan cefalosporin yang cukup sering digunakan untuk kasus anak, selain cefotaksim. Akan tetapi sebuah publikasi di *Pediatrics* edisi Maret 2014, jurnal resmi American Academy of Pediatrics, menyimpulkan bahwa penggunaan ceftriakson ternyata dapat berdampak terjadinya gagal ginjal akut pada anak meskipun ini tidak terlalu sering terjadi.

Penelitian yang hasilnya cukup mengagetkan ini dilakukan oleh Ning Li, dan kawan-kawan di Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, China, berupa studi terhadap 31 kasus gagal ginjal akut setelah pemberian ceftriakson pada anak pada tahun 2003-2012. Studi juga mendapatkan bahwa ceftriakson dapat berakibat terjadinya

pembentukan batu pada saluran kemih, meskipun diberikan dalam dosis terapeutik. Gejala klinis yang dilaporkan adalah anuria yang terjadi tiba-tiba, nyeri pinggang, anak menjadi rewel, dan muntah-muntah. Dipaparkan pula bahwa bila kelainan ginjal yang terjadi dapat cepat dideteksi dan diberikan terapi, kelainan dapat segera diatasi.

Studi yang dilakukan ini memang masih memiliki banyak kekurangan dan menjadi perdebatan. Selain karena berdasarkan data retrospektif, ukuran sample yang relatif kecil, menggunakan kombinasi terapi herbal yang hanya ada di China, dan data dosis ceftriakson yang tidak semua terdokumentasi. Dalam diskusi di www.medscape.com sebagian ahli berpendapat bagaimana pun studi ini menjadi peringatan bagi praktisi bahwa bila pasien anak

yang mendapat ceftriakson mengalami gejala penurunan produksi urin dan nyeri pinggang, perlu dieksplorasi kemungkinan gangguan fungsi ginjal dan pertimbangan untuk penghentian terapi ceftriakson. **ML**




Pilihan Untuk Kebaikan Hidup



FOAM: Memanfaatkan Media Sosial untuk Informasi Medis Terbaru



Istilah FOAM - *Free Open Access Meducation (Medical Education)*, dipopulerkan pertama kali oleh Dr. Mike Cadogan dari Australia pada *International Conference on Emergency Medicine* tahun 2012 di Dublin. FOAM merupakan konsep baru yang dimaksudkan untuk berbagi dan bertukar informasi kedokteran terbaru sebanyak dan seluas mungkin. Tidak hanya terbatas pada *blog*, tetapi *podcast*, *Facebook*, *Twitter* hingga *Google Hangouts* dapat digunakan untuk keperluan ini.

Tentunya, untuk mencapai "sebanyak dan seluas mungkin", diharapkan pertukaran informasi bersifat gratis atau berbiaya minimal dan tidak komersil. Pada dasarnya semua orang dapat membuat FOAM

dalam media sosial dan membagikan informasi kepada orang lain. Rekan-rekan yang tergabung di dalam grup atau anggota sosial media itu sendirilah yang nantinya akan mengatur dan mengulas informasi yang ada. Bagi praktisi yang tidak memiliki waktu atau malas membaca jurnal, namun ingin mengikuti perkembangan terbaru, bisa jadi FOAM adalah solusi terbaik.

Prof. Michael Bond dari Universitas Maryland, Baltimore melihat peran media sosial sebagai sarana tercepat untuk membagikan informasi, serta wadah berpendapat, dan berdiskusi. Sebelum sebuah artikel dipublikasikan secara resmi, para pakar dan tenaga medis umumnya sudah berdiskusi terlebih dahulu dan kini media sosial memungkinkan seluruh dunia untuk ikut terlibat dalam diskusi ini. Menjadi sangat menarik melihat sejawat profesi kedokteran dari berbagai belahan dunia memberi respon terhadap suatu isu hangat dunia medis yang



dilontarkan. Hal ini seperti proses editorial namun dengan cara yang jauh lebih cepat.

Kenyataannya, karena semua orang dapat berpendapat dan menyebarkan informasi, akan terdapat banyak sekali informasi termasuk yang belum tentu benar. Inilah kekurangan dari pertukaran informasi melalui media sosial. Menurut Bond, informasi yang tidak

benar ini biasanya akan dengan cepat disanggah atau dikoreksi oleh para sejawat yang juga ada dalam media sosial tersebut. Karena itulah penting bagi anggota media sosial untuk terus mengikuti perkembangan yang terjadi di dalam diskusi topik tersebut. Bagaimanapun hal ini tetap lebih mudah dibandingkan harus membaca setiap jurnal baru yang beredar satu per satu. **ST**

MD

EDITORIAL

Salam...

Setelah di bulan April 2014 lalu kami meluncurkan edisi perdana Tabloid MD, banyak tanggapan kami terima. Berbagai harapan, kritik, ide, dan masukan yang ada sangat bermakna bagi kami yang berusaha menghadirkan sebuah media cetak yang berguna bagi kalangan profesional medis. Tentunya kami pun tetap berharap pada edisi Mei 2014 ini para pembaca memberikan respon yang membangun.

Di edisi ini kami hadirkan topik beragam berbagai spesialisasi medis. Ada artikel mengenai operasi laparoskopik hernia, nyeri punggung, masalah kulit, kesehatan anak, dsb. Meski beberapa artikel ditulis oleh dokter spesialis, kami tidak bermaksud menjadikan tabloid ini eksklusif untuk bidang tertentu. Artikel kami racik agar mudah dibaca, bermanfaat, dan mudah diaplikasikan dalam praktik sehari-hari semua praktisi kedokteran.

Melalui media ini kami juga berupaya berbagi informasi terbaru dalam dunia kedokteran, baik dalam hal penanganan penyakit, maupun kebijakan, atau trend dalam komunitas medis. Kami juga terbuka terhadap berbagai komunitas atau kelompok praktisi yang berminat bekerja sama selama memiliki tujuan yang sama... yaitu memajukan pelayanan dunia kedokteran di Indonesia.

Kami tunggu tanggapan Anda di email kami: info@tabloidmd.com. Selamat membaca...

Chairperson:
Irene Indriani G., MD

Operation Manager:
Ricka Febriana, STI

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

Designers:
Donny Bagus W.
Clemens R.

Contributors:
Ronald Arjadi, MD
Erinna Tjahjono, MD
Elrica Sapphira, MD

Marketing/Advertising contact:
Lili Soppinata
Bambang Sapta N.

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



MD INBOX

Usul Kolom Tips dan Trik

Selamat siang Tabloid MD, Tabloidnya bagus... Pembacanya akan cukup luas. Mungkin bagus juga kalau ada kolom Tips dan trick.

Dr. dr. Yoga Yuniadi, Sp.JP(K)
Jakarta

Terima kasih banyak, dok.

Tabloid MD memang berusaha membahas berbagai topik dalam dunia medis secara luas. Artinya tidak membatasi pada satu bidang saja, namun terbuka untuk berbagai aspek dunia medis dan berbagai spesialisasi yang ada. Usulan mengenai rubrik Tips dan Trik akan kami upayakan segera hadir.

Ringan tapi Informatif

Tabloidnya memang tidak tebal seperti majalah kedokteran yang sudah ada, tetapi rupanya malah membuat membacanya lebih enak. Artikel yang tidak terlalu panjang dan spesialisik membuat saya tertarik membacanya karena tidak membosankan. Lay out juga menarik, penuh warna dan tidak datar. Semoga berikutnya juga akan lebih banyak artikel yang dapat diterapkan oleh semua dokter...

dr. Florence Kusuma
Bogor

Terima kasih atas tanggapannya, dok. Memang saat ini sudah ada beberapa majalah khusus dokter yang beredar. Kami sengaja hadir dalam bentuk tabloid agar tidak terlalu berat untuk dibawa dan dibaca, namun isinya tetap bermanfaat bagi pembacanya. Untuk selanjutnya memang kami memprioritaskan artikel yang dapat berguna dalam praktik kebanyakan dokter.

Cara Memperolehnya Bagaimana?

Saya mendapat TabloidMD kebetulan pada saat ikut sebuah simposium di Surabaya. Saya sendiri sebenarnya berpraktek di sebuah RS di kota Bandung. Bagaimana cara memperoleh Tabloid MD secara rutin? Apakah dapat berlangganan dan dikirim ke alamat rumah?

dr. Hendi Saptedi
Bandung

TabloidMD memang juga akan didistribusikan dalam acara simposium kedokteran yang bekerja sama. Pada saat ini tabloid dibagikan secara untuk dokter yang bekerja di rumah sakit atau institusi yang bergerak di bidang kesehatan, sesuai data yang ada di redaksi. Jadi bagi dokter yang berminat, dapat mengirimkan data nama lengkap dan alamat rumah sakit / institusi. Bagi dokter yang berminat untuk memperoleh tabloid secara rutin dan personal dikirimkan ke alamat rumah, dikenakan biaya ongkos kirim. Silakan kirim email ke info@tabloidmd.com dengan subjek 'langganan'.

Kirim Artikel

Menurut saya TabloidMD dapat bermanfaat untuk saling berbagi pengalaman dan info terbaru bagi sesama dokter, baik bagi dokter umum maupun dokter spesialis. Apakah redaksi menerima kiriman artikel / tulisan dari pembaca? Bagaimana kriteria dan prosedurnya?

dr. Theresia Diah, Sp.KFR
Jakarta Selatan

Redaksi menerima kiriman tulisan untuk dimuat selama tidak bertentangan dengan kaidah kedokteran modern yang berlaku saat ini dan tidak mengandung diskriminasi SARA. Tentunya akan ada proses editorial dan penyesuaian dengan ketersediaan halaman. Tulisan dapat dikirim ke email redaksi yaitu info@tabloidmd.com. Artikel akan diolah / diedit oleh tim redaksi, tanpa mengubah isi artikel. Keputusan mengenai jadwal pemuatan tulisan ditetapkan oleh dewan redaksi dan tidak dapat diganggu-gugat.

Challenges and Opportunities of Caring For Patients with Atopic Dermatitis



Prof. Mark Boguniewicz, M.D.
 Div. Allergy-Immunology,
 Dept. Pediatrics
 National Jewish Health and
 University of Colorado School of
 Medicine, USA

Dermatitis atopik adalah penyakit kulit kronik yang banyak terjadi pada anak dan menjadi masalah kesehatan global. Lebih dari setengah anak dengan dermatitis atopik akan mengalami asma dan alergi pada usia 3 tahun pertama. Sifatnya yang kronik residif ini berdampak negatif terhadap psikososial dan ekonomi.

Kulit pasien dermatitis atopik yang tampak normal sebenarnya tidaklah normal. Karenanya, menjaga *barrier* kulit sangatlah penting bagi mereka. Filagrin, yaitu salah satu protein penting dalam pembentukan *barrier* pelindung di kulit, berperan pada integritas *barrier*, pH kulit, dan hidrasi kulit. Adanya mutasi pada filagrin diyakini menjadi salah satu penyebab rusaknya *barrier* kulit dan dikaitkan dengan terjadinya dermatitis atopik. Mutasi juga berakibat dermatitis atopik terjadi lebih cepat (*early onset*), lebih berat, dan persisten.

Dalam tata laksana dermatitis atopik, utamanya adalah memperbaiki dan melindungi *barrier* kulit dan terapi pro-aktif. Berbeda dengan terapi re-aktif (memberi terapi hanya saat *flare* terjadi) yang selama ini dilakukan, terapi pro-aktif melakukan tindakan pencegahan agar *flare* tidak terjadi. Kulit yang pernah terkena dermatitis atopik tidaklah normal dan memerlukan aplikasi terapi pro-aktif dua kali dalam seminggu untuk mencegah terjadinya *flare*. Keterbatasan pilihan terapi anti-inflamasi pada anak usia <2 tahun, serta kekhawatiran efek samping kortikosteroid dan *calcineurin inhibitor* membuat perlunya pendekatan baru terapi dermatitis atopik.

Krim non-steroid atau disebut juga krim "*barrier* kulit" yang akan menjaga hidrasi kulit seperti MAS063DP (ATOPICLAIR™) dapat digunakan pada tata laksana dermatitis atopik derajat ringan-sedang dan sebagai terapi pro-aktif. Kandungan ATOPICLAIR™ antara lain: *glycyrrhetic acid* 2%, hyaluronic acid, *vitis vinifera* (*grapevine*), telmesteine, dan shea butter. ATOPICLAIR™ selain berfungsi menjaga hidrasi kulit, juga memiliki efek anti-pruritus, anti-inflamasi dan anti-protease.

Dalam sebuah studi acak, terkontrol, multisenter, penggunaan ATOPICLAIR™ terbukti sebagai monoterapi yang efektif untuk dermatitis atopik bayi dan anak derajat ringan-sedang. Studi ini melibatkan 142 anak laki-laki dan perempuan usia 6 bulan-12 tahun yang didiagnosis dermatitis atopik menurut kriteria Hanifin dan Rajka, dengan derajat

ringan- sedang menurut *Investigator Global Assesment (IGA) Score*, *itch score* 40 mm, dengan *Visual Analogue Scale (VAS)* 0-100, dan tidak mengalami infeksi kulit aktif. Subjek diaplikasikan ATOPICLAIR™ dan *vehicle* (krim tanpa kandungan bahan utama *glycyrrhetic acid* 2%, *vitis vinifera*, dan telmesteine) tiga kali sehari sebagai monoterapi dalam

43 hari. Hasilnya diperoleh perbaikan yang signifikan secara keseluruhan baik IGA scale dan VAS, EASI (*Eczema Area and Severity Index*) score, awitan penurunan rasa gatal yang cepat, dan penurunan jumlah subjek yang perlu terapi steroid topikal untuk *flare* selama periode studi dibandingkan dengan kelompok kontrol (*vehicle*).¹ Studi ini menyimpulkan bahwa krim non-

steroid MAS063DP (ATOPICLAIR™) dapat digunakan sebagai perawatan dasar kulit ataupun sebagai komponen terapi pro-aktif dalam tatalaksana dermatitis atopik. ET

¹Boguniewicz M, dkk. MAS063DP is effective monotherapy for mild to moderate atopic dermatitis in infants and children. *J of ped.* 2008;152: 854-9



NO ITCH. NO SCRATCH. NO WORRIES.

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

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

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

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

TAKE THE WORRY OUT OF ATOPIC DERMATITIS.

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



TRANSFARMA MEDICA INDAH
 Gedung 302, 8th Fl., Wisma Pondok Indah 2,
 Jl. Sultan Iskandar Muda Kav. VITA,
 Pondok Indah, Jakarta Selatan - 12310,
 Telp. 021-7597323

Distributor: PT. Anagrad Pharmedika Lestari

www.atopicclairasia.com



Mengurai “The 23rd Annual Scientific Meeting of Indonesian Heart Association (ASMIHA)”

Wawancara bersama

Dr. dr. Anwar Santoso, Sp.JP(K), FIHA, FasCC
Chairman Organizing Committee
The 7th Asian Pacific Congress of
Heart Failure & The 23rd ASMIHA



The 23rd Annual Scientific Meeting of Indonesian Heart Association (ASMIHA) yang bertempat di Bali Nusa Dua Convention Center baru saja berlalu. Dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya, ada sesuatu yang berbeda dalam pelaksanaan ASMIHA kali ini, yakni pelaksanaannya bersamaan dengan Asia Pacific Congress of Heart Failure. Menurut Dr. dr. Anwar Santoso, Sp.JP(K), FIHA selaku chairman organizing committee dan President Elect PERKI 2012-2014, penggabungan kedua acara ini sangat sesuai karena akan saling melengkapi

satu sama lain.

Angka kejadian gagal jantung yang merupakan hasil akhir keberhasilan tatalaksana *acute coronary syndromes* (ACS) semakin meningkat dewasa ini. Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi medis dalam tatalaksana ACS berperan menurunkan angka kematian penderita dan sebaliknya meningkatkan angka gagal jantung pasca ACS. Permasalahannya, peningkatan kejadian gagal jantung diikuti dengan mortalitas dan rehospitalisasi yang tinggi, baik di Indonesia maupun Asia Pasifik. Hal ini yang membuat panitia mengumpulkan para tokoh-tokoh penting dunia dalam pertemuan ilmiah ASMIHA tahun ini. Adapun tokoh yang diundang diantaranya: Prof. Fausto J Pinto (*Presiden European Society of Cardiology*); Prof. Leslie T Cooper (*perwakilan resmi American College of Cardiology*); Prof. Sim Kui Hian (*presiden Asian Pacific Society of Cardiology*) serta perwakilan *Asian Pacific Heart Rhythm Society, Asian Pacific Society of Interventional Cardiology, Korean Society of Heart Failure, Canadian Heart Failure Society, National Heart Association of Malaysia, Singapore Cardiac Society, Chinese Society of Cardiology, Asean Federation of*

Cardiology, dan Working Group of Woman Cardiology.

Mengenai tema “*Fighting the Epidemic of Heart Failure by Primary Care Prevention*” dihubungkan dengan kemampuan pelayanan medis primer di Indonesia, Dr. Anwar mengakui adanya “gap” yang lebar antara kuantitas dan kualitas layanan tersebut dengan tingkat sekunder dan tersier. Oleh karena itu tema besar ini diusung untuk mencoba mengisi kekurangan yang ada dan memberikan rekomendasi serta solusi bagi pemerintah untuk memperkuat tingkat pelayanan primer. “Kami amat menyadari bahwa problem kardiovaskuler tidak akan bisa terselesaikan hanya oleh profesi kedokteran. Kami merekomendasikan harus diselesaikan oleh semua tenaga kesehatan, termasuk perawat, bidan, tenaga ahli kesehatan masyarakat, ahli gizi dan semua yang berkecimpung dalam sektor kesehatan dan pendidikan kedokteran – kesehatan di Indonesia,” urai Dr. Anwar.

Terkait sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang sedang berjalan dan dianggap oleh banyak pihak menyebabkan layanan menjadi kurang optimal, Dr. Anwar melihat ini sebagai proses yang sedang berjalan. “Sistem JKN bertujuan untuk meningkatkan

kesejahteraan masyarakat sesuai amanat undang-undang. Keluhan-keluhan yang ada bersumber dari aspek perencanaan yang kurang baik, kurang komprehensif serta para pelaku kesehatan yang masih menekankan aspek kuratif saja. Padahal untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, aspek-aspek promosi kesehatan, prevensi dan rehabilitasi harus diberi penekanan yang proporsional dan penting,” ucap Dr. Anwar. Hal ini dianggap penting mengingat tatalaksana penyakit kardiovaskular hampir selalu bersifat jangka panjang dan komprehensif.



...kami menyadari problem kardiovaskular tidak akan bisa terselesaikan hanya oleh profesi kedokteran...



Terkait penyelenggaraan perawatan medis di RS dalam sistem JKN, menurut dr. Anwar hal ini juga harus berubah secara progresif dengan mengacu pada layanan kerjasama tim

dan Ina-CBG yang mengutamakan kualitas dan kendali biaya, tidak lagi “*fee for service*” seperti sebelumnya. Khusus kualitas layanan inilah yang dirasa masih belum mendapatkan perhatian yang sempurna, sehingga akibatnya masih terlihat pelayanan medis yang di bawah standar. Namun demikian, beliau sangat yakin hal ini akan terus ditingkatkan ke depannya.

Dr. Anwar juga mengingatkan pentingnya regenerasi. Regenerasi merupakan proses alamiah yang penting untuk diselenggarakan agar terjadi lompatan kualitatif dalam perkembangan ilmu dan kompetensi bidang kedokteran di Indonesia. Generasi muda dinilai memiliki kompetensi akademik dan profesi yang baik dan siap untuk menerima estafet pimpinan dari generasi yang lebih senior. Diharapkan generasi muda ini mampu memberikan sumbangsih yang lebih terhadap masyarakat dan dunia kedokteran Indonesia bahkan dunia. Sumbangsih PERKI terhadap dunia kedokteran di Indonesia salah satunya dengan menerbitkan empat panduan nasional baru, yakni: Lipid Guidelines 2013, Atrial Fibrillation Guidelines 2014, Acute Coronary Syndromes Guidelines 2014 dan Device Therapy Guidelines 2014. **ST**

Perluakah Kehadiran Keluarga Saat Resusitasi?

Dalam unit gawat darurat atau perawatan intensif, bukan hal jarang dokter harus melakukan tindakan resusitasi demi menyelamatkan pasien. Tidak semua tindakan resusitasi ini akan dapat berhasil menyelamatkan nyawa pasien, sebaik apapun dilakukan. Salah satu hal yang menjadi titik terberat bagi dokter adalah menyatakan pasien tidak tertolong lagi dan menyampaikan kabar ini pada pihak keluarganya. Hal yang membuat berat adalah kerap kali keluarga tidak dapat menerima situasi bahwa pasien telah wafat meskipun dilakukan resusitasi secara maksimal. Tidak jarang bahkan ini berbuntut keluhan ketidakpuasan dan tuntutan dari pihak keluarga pasien pada dokter dan rumah sakit.

Menurut Dr. Jeffrey P. Burns, seorang *pediatric critical care specialist* dari Boston Children's Hospital, salah satu cara mencegah hal ini adalah dengan membiarkan keluarga terdekat berada di ruangan pasien ketika resusitasi sedang dilakukan. “Dengan menyaksikan sendiri bahwa tim dokter telah berusaha secara maksimal melakukan pertolongan, yaitu hingga dilakukan

resusitasi, biasanya mereka akan dapat menerima keadaan,” jelasnya. Tentunya tim dokter dan perawat juga dituntut untuk dapat melakukan tindakan secara profesional dan baik tanpa terganggu konsentrasinya karena kehadiran keluarga pasien.

Keluarga yang tidak dapat menerima keadaan umumnya karena mereka tidak tahu apa yang terjadi dan dilakukan dokter ketika berupaya menolong pasien. Ketidaktahuan ini akan diperparah dengan asumsi-asumsi negatif yang kerap berkembang dalam pikiran ketika mereka diminta menunggu di luar ruang tindakan, lanjut Dr. Burns dalam acara *The 6th Indonesia PICU NICU Update*, di Surabaya akhir bulan April 2014. “Sebaliknya, bila keluarga tahu persis bahwa dokter telah berusaha dengan berbagai cara untuk menolong pasien, mereka akan sangat berterimakasih dan menghargai kerja keras yang dilakukan.”

Dalam kasus di mana kondisi pasien telah mulai tampak memburuk, dan diperkirakan akan dilakukan tindakan medis agresif, sebaiknya keluarga diberi penjelasan mengenai kemungkinan



yang terjadi dan pilihan tindakan medis yang akan dilakukan. “Dengan memutuskan bersama keluarga, tindakan medis apa yang akan dilakukan, pada umumnya mereka akan dapat menerima kondisi terburuk sekalipun. Kenyataannya tidak jarang keluarga yang meminta resusitasi dihentikan saja ketika mereka paham tidak ada manfaatnya lagi dilanjutkan,” lanjut Dr. Burns.

Menurut staf pengajar Harvard Medical

School ini, kemampuan seorang dokter untuk berkomunikasi dan melakukan perawatan *end-of-life-care* merupakan hal yang tidak kalah penting dibanding dengan kemampuan melakukan resusitasi. Di beberapa pusat pendidikan kedokteran di Amerika Serikat, kemampuan ini dilatih secara berkala dengan suatu program simulasi kasus nyata, sebagaimana mereka berlatih resusitasi. **ML**

Dari the 23th Annual Scientific Meeting of Indonesian Heart Association (ASMIHA):

Peluncuran Buku Pedoman untuk Menjawab Kebutuhan Praktis

Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI) dipercaya untuk kedua kalinya menyelenggarakan the 7th Asian Pacific Congress of Heart Failure (APCHF) yang diketuai oleh Prof. Dr. dr. Bambang Budi Siswanto, Sp.JP(K), FIHA, FAsCC, FAPSC, berbarengan dengan Pertemuan Ilmiah Tahunan (PIT) PERKI ke-23 (the 23TH Annual Scientific Meeting of Indonesian Heart Association) yang diketuai Dr. dr. Anwar Santoso, Sp.JP(K), FIHA, FAsCC, FICA.

Acara yang diselenggarakan di Bali Nusa Dua Convention Center tanggal 17-19 April 2014. ini terselenggara bekerja sama dengan World Heart Failure Society, the Heart Failure Association of European Society of Cardiology, the Heart Failure Society of America, the Canadian Heart Failure Association, dan Heart Failure Societies in Asia Pacific yang meliputi negara Australia, Thailand, Jepang, Korea, Singapura, Taiwan, Malaysia, Cina, dan India.

Berbeda dalam pertemuan ilmiah lainnya, dalam rangkaian acara ini juga dilakukan peluncuran buku pedoman dalam penanganan berbagai penyakit kardiovaskular di Indonesia, yang meliputi buku Pedoman Tatalaksana Fibrilasi Atrium, Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut dan Pedoman Terapi Memakai Alat Elektronik Kardiovaskular Implan (ALEKA). Sebelumnya pada akhir tahun 2013 sudah sempat juga diluncurkan Pedoman Tatalaksana Dislipidemia oleh PP PERKI.

Buku pedoman ini dibuat berdasarkan adanya kebutuhan akan panduan praktis bagi tenaga kesehatan dalam sistem layanan kesehatan di Indonesia. Seperti dalam buku Pedoman Tata Laksana Fibrilasi Atrium, di mana salah satu poin penting adalah dimasukkannya rekomendasi pengobatan yang dapat diberikan pada tingkat pelayanan primer, sekunder, dan tersier sehingga para dokter umum pun dalam praktik sehari-hari akan mampu memberi penanganan pertama yang tepat untuk kasus fibrilasi atrium. Contohnya pada penggunaan obat-obatan antikoagulan atau trombolitik seperti warfarin atau dabigatran yang sekarang dianjurkan mulai diberikan semenjak tingkat layanan primer. Diharapkan, meningkatnya kemampuan tata laksana tingkat layanan primer dalam kasus fibrilasi atrium akan menurunkan angka kejadian stroke pada pasien fibrilasi



atrium. Perlu dicatat bahwa angka kejadian stroke cukup besar pada kasus fibrilasi atrium, yaitu 15% per tahun dengan kisaran 1,5% pada kelompok umur 50-59 tahun dan meningkat hingga 23,5% pada kelompok umur 80-89 tahun.

Pedoman tatalaksana sindrom koroner akut yang diluncurkan ini merupakan edisi ke-3 di mana edisi ke-2 sudah dikeluarkan oleh PP PERKI pada tahun 2010. Dalam buku pedoman edisi ke-3 ini ada berbagai penambahan yang disesuaikan dengan keluarnya berbagai *guidelines* dan hasil penelitian terbaru. Pada dasarnya ditekankan pada penanganan yang agresif dan cepat.

Buku Pedoman Terapi Memakai ALEKA yang merupakan buku pedoman alat elektronik kardiovaskular implan pertama, menggambarkan kendala dan keterbatasan di Indonesia dalam pemakaian alat elektronik kardiovaskular implan. Kendala yang ada telah menjadikan Indonesia sebagai salah satu negara di Asia dengan angka pemasangan alat elektronik kardiovaskular implan paling sedikit. Hal ini bertolak belakang dengan besarnya jumlah penduduk dan jumlah kasus yang membutuhkan terapi di Indonesia. Rendahnya pengetahuan pasien tentang terapi alat elektronik kardiovaskular ini merupakan masalah utama dari pihak pasien. Pasien tidak tahu fungsi dan kepentingan alat ini, dan juga tidak tahu kapan ia membutuhkan pilihan terapi ini. Pada pasien-pasien yang sudah tahu mengenai alat inipun terkadang masih terbentur masalah biaya dan kemudahan akses mendapat layanan pemasangan alat ini.

Dokter praktik sehari-hari yang bertugas merujuk pasien yang membutuhkan untuk pemasangan

alat ini pun juga tidak sedikit yang masih kurang memahami tentang alat ini. Mungkin karena tidak tahu berbagai keadaan klinis pasien yang

memang membutuhkan terapi alat elektronik kardiovaskular implan, atau keterbatasan sarana diagnostik di tempat praktik sehingga tidak dapat

menjaring pasien yang membutuhkan. Masih sulitnya jaringan atau alur rujukan juga merupakan salah satu kendala yang ada di Indonesia.

Dalam hal pemasangan alat pun ada kendala besar yang harus dihadapi, yaitu masih sedikitnya jumlah dokter ahli yang dapat melakukannya di Indonesia. Tempat untuk melakukan pemasangan ini juga masih sedikit dan hanya tersedia di beberapa kota besar. Sehingga mengakibatkan sulitnya dokter-dokter ahli untuk mendapat kesempatan melatih kemampuan pemasangan alat dan mendapat kasus yang sulit. Hadirnya buku pedoman ini diharapkan dapat menjadi sarana untuk menjembatani pihak pasien, dokter yang merujuk, dan pihak pemasang alat sehingga bisa mengatasi berbagai kendala yang ada di Indonesia. **ES**



Protecting the brain matters most

That's why there's PRADAXA protection



Please see full Summary of Product Characteristics (SmPC).

Apa Sumber Ketidakpuasan Peserta Simposium?

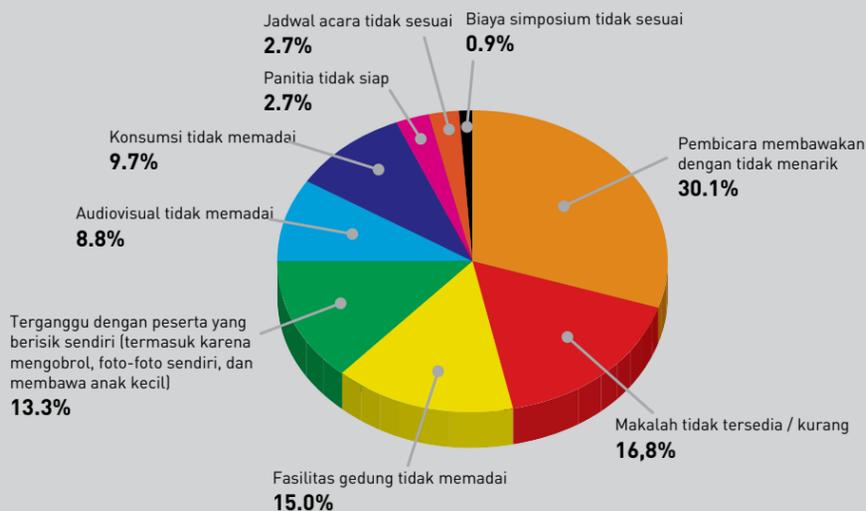
Pernahkah Anda mengikuti suatu simposium kedokteran dan merasa tidak puas? Tim TabloidMD membuat survei yang sangat sederhana, dengan menanyakan 150 orang dokter yang tinggal di Jakarta mengenai keluhan seputar simposium yang pernah diikutinya selama ini.

Dari 150 responden yang ditanya melalui pesan singkat (SMS / BBM / WA), ada 113 dokter yang bersedia menjawab survei kami. Mereka terdiri dari 33 dokter umum dan 80 dokter spesialis. MD

Pertanyaan yang kami ajukan adalah pertanyaan terbuka, yaitu:

“Apakah yang paling membuat Anda tidak puas dalam suatu simposium?”

Nah setelah dikelompokkan jenis keluhannya, berikut ini rangkumannya:



Dari responden yang menyatakan tak puas terhadap pembicara, berikut ini perincian sumber ketidakpuasannya:



Meskipun survey ini hanya dilakukan secara sangat sederhana, paling tidak memberikan gambaran bahwa kesiapan dan kemampuan pembicara memiliki peran paling penting dalam kesuksesan suatu simposium...

Setujukah Anda?

MD OPINION

Peran Tim Medis: Bukan Sekedar Penyedia Obat

dr. Martinus M. Leman, DTMH, Sp.A
RS Sentra Medika Cibinong, Bogor

Kegiatan bersama di alam bebas kerap dilakukan oleh organisasi atau institusi dengan berbagai tujuan dan bentuk. Selain sebagai sarana menyalurkan hobi, kegiatan alam bebas juga kerap dijadikan ajang untuk membangun kebersamaan internal sebuah institusi. Bentuk aktivitas alam bebas yang dimaksud dapat bersifat ringan, namun dapat pula cukup berat. Aktivitas yang tergolong ringan misalnya jalan santai di kebun teh atau berkemah di arena perkemahan di kaki gunung. Sedangkan yang termasuk cukup berat, misalnya ekspedisi pendakian gunung, penjelajahan hutan, arung jeram, dan sebagainya.

Mengingat setiap aktivitas di alam bebas memiliki berbagai risiko tersendiri, maka sudah sepatutnya persiapan yang baik dilakukan. Persiapan mencakup administrasi, perlengkapan, dan tentunya personil. Persiapan personil mencakup kesehatan fisik, mental, dan kemampuan teknis di lapangan. Berkaitan masalah kesehatan, umumnya akan ditunjuk beberapa orang yang menjadi 'tim medis' acara tersebut.

Berdasar pengalaman, kebanyakan masyarakat awam memposisikan tim medis sebagai sekelompok orang yang bertanggung

jawab menyediakan dan membawa berbagai peralatan penanganan cedera (plester, pembalut, larutan antiseptik, dsb) dan berbagai jenis obat-obatan sederhana yang mungkin diperlukan (obat sakit kepala, alergi, influenza, penghilang nyeri, diare, dsb). Tim ini juga bertugas mengatasi berbagai keluhan kesehatan yang terjadi selama aktivitas berlangsung.

Deskripsi tugas dan tanggung jawab tadi tidaklah salah. Bahkan justru terlalu sempit dan jauh dari fungsi optimal, karena sifatnya hanya tindakan pengobatan (kuratif) saja. Padahal dalam pendekatan setiap masalah medis selalu harus mencakup tindakan pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif), dan rehabilitasi. Bagaimana implementasi tindakan preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam konteks ini? Tidakkah sulit, asalkan tim medis dilibatkan dan berperan aktif sejak awal persiapan hingga akhir aktivitas.

Dalam tahap persiapan sebelum kegiatan berlangsung, idealnya tim medis bertugas membuat analisa kondisi peserta kegiatan. Analisa dikaitkan dengan setiap jenis aktivitas yang akan dilakukan dan di mana lokasi aktivitas tersebut. Termasuk adalah membuat analisa risiko kesehatan dan memprediksikan risiko kesehatan apa saja yang mungkin terjadi. Tim medis juga bertugas menilai kesiapan calon peserta untuk mengikuti rangkaian kegiatan.

Selain itu juga perlu memberikan petunjuk praktis atau informasi mengenai apa saja yang sebaiknya dilakukan dan yang sebaiknya tidak dilakukan.

Contoh kasus yang paling sering terjadi, adalah bila seorang penderita asma bronkial hendak ikut acara perkemahan di daerah pegunungan pada musim hujan. Tim medis harus memberi perhatian khusus agar jangan sampai terjadi serangan asma selama acara perkemahan. Dalam hal ini, peserta tersebut harus dibekali petunjuk apa yang harus dilakukan untuk mencegah serangan penyakit, dan bila sampai terjadi pun ia harus tahu apa yang harus dilakukan.

Kondisi kesehatan lain yang juga perlu diperhatikan adalah penyakit jantung, penyakit epilepsi, penyakit paru menahun, alergi makanan, dan masih banyak lagi. Berkaitan dengan lokasi aktivitas, perlu pula ditelusuri apakah merupakan wilayah endemis penyakit tertentu, dan bagaimana upaya pencegahan.

Selama aktivitas berlangsung, tim medis bertugas memantau kondisi setiap peserta acara, dan tentunya segera memberikan pertolongan bila diperlukan. Tim medis juga harus mampu menilai apakah peserta tersebut masih dapat mengikuti acara, cukup ditangani di lokasi, atau perlu dievakuasi segera ke fasilitas kesehatan terdekat. Untuk keperluan evakuasi ini, tim medis

harus mengetahui lokasi fasilitas kesehatan terdekat.

Setelah acara selesai, umumnya tim medis tidak banyak berperan lagi. Namun ada kalanya perlu memberikan catatan khusus bagi para peserta kegiatan. Catatan khusus yang dimaksud adalah kemungkinan telah terjadinya paparan penyakit tertentu selama ada di lokasi aktivitas, yang baru akan bermanifestasi di saat peserta sudah kembali dari lokasi kegiatan. Contoh kasus yang cukup kerap terjadi adalah kemungkinan peserta terkena infeksi malaria setelah mengadakan acara di wilayah Indonesia Timur yang merupakan wilayah endemis malaria.

Dokter yang diminta menjadi tim medis suatu kegiatan hendaknya tidak hanya menjalankan fungsinya dalam hal kuratif, tetapi juga preventif. Sedangkan bagi organisasi yang akan mengadakan kegiatan alam bebas sebaiknya dalam persiapannya berkonsultasi pula dengan praktisi medis (dokter) yang berkompetensi. Konsultasi terutama berkaitan dengan apa yang harus dilakukan dan diketahui oleh tim kesehatan yang akan mengikuti kegiatan. Jadi, walaupun dokter tak dapat mendampingi dan terlibat langsung, paling tidak dapat memberikan bantuan berupa persiapan sebelum aktivitas dilakukan, serta informasi dan keterampilan dasar bagi tim kesehatan yang akan mendampingi saat kegiatan berlangsung. MD

Kecanduan Main Game

dr. Dharmawan A. Purnama, SpKJ

Psikiater

RS Husada, Jakarta

Masa kanak-kanak memang masa untuk bermain. Namun waspadalah jika anak berlebihan dalam bermain game hingga cenderung menjadi ketergantungan atau adiksi. Ada beberapa kriteria adiksi, yaitu :

- Ada keinginan yang kuat atau dorongan yang memaksa (kompulsi) untuk menggunakan atau melakukan sesuatu, jika tidak dilakukan maka ada perasaan cemas yang meningkat atau terus menerus merasakan ada sesuatu yang kurang.
- Kesulitan mengendalikan perilaku tersebut, sejak mulai, ketika berusaha menghentikan, atau saat menggunakan.
- Keadaan gelisah, tidak tenang, tidak dapat konsentrasi bila tidak melakukan
- Terjadi peningkatan intensitas kuantitas dan kualitas dalam melakukan
- Progresif mengabaikan kesenangan atau minat lainnya
- Tetap melakukan walaupun menyadari hal tersebut tidak baik

Adiksi menimbulkan akibat dari berbagai segi. Dari segi biologis, terjadi pemuasan sirkuit 'brain reward system' di otak yang diantaranya terdiri dari struktur nucleus accumbens dan

ventral tegmental area dan dipengaruhi oleh neurotransmitter dopamin. Dari segi perilaku, seseorang menjadi hanya terpaku pada kegiatan pemuasan kecanduannya. Dari segi sosial terjadi disfungsi dan produktivitas menurun.

Ada dua cara untuk mencegah adiksi:

Pencegahan primer:

Jangan pernah bermain game, ganti aktivitas rekreasi dengan kegiatan yang lebih bermanfaat. Anak boleh bermain game namun sebagai aktivitas sosial insidental (bukan rutin).

Pencegahan sekunder:

Batasi waktu bermain dengan membuat jadwal. Ganti permainan yang tidak mengasah kognisi (tidak membuat anak lebih pandai) dengan permainan 'mental exercise', seperti catur, monopoli, dan sebaiknya permainan tersebut dimainkan bersama anggota keluarga lain dan teman sebayanya untuk melatih anak bersosialisasi.

Ada beberapa cara untuk mengatasi adiksi game, yaitu:

- Penyadaran melalui pikiran dalam hal ini bisa diberikan terapi perilaku kognitif dan mindfulness. Terapi apa yang akan diberikan tergantung keadaan anak, seperti IQ, status mentalis, kepribadian, dan lain-lain.
- Latihan mengubah perilaku dengan teknik *stop-look-listen* (melatih anak untuk

mengalihkan perhatian pada hal lain yang lebih baik, misalnya sejak awal kita sudah memotivasi anak untuk mempunyai cita-cita dan kemudian kita memotivasi anak untuk mengarahkan perhatian pada pencapaian cita-citanya).

- Buat jadwal kegiatan baru yang bermanfaat dan harus dilaksanakan dengan tujuan melatih anak agar disiplin dan konsisten terhadap rencana jadwal yang sudah dia buat.
- Pengobatan mungkin diperlukan selama melatih perilaku baru tersebut karena pengobatan yang mempengaruhi neurotransmitter dopamin dan serotonin memegang peranan penting dalam mengintervensi perubahan pada 'brain reward system'. Biasanya anak merasa lebih terbantu dalam melatih kebiasaan barunya setelah beberapa impuls adiksinya dapat dihambat dengan pengobatan sampai terbentuk jalinan sinaps-sinaps (penghubung antar sel saraf) baru di neuron-neuronnya (sel-sel sarafnya).

Bermain game yang tidak terkendali dapat menyebabkan kecanduan. Bermain game yang bersifat 'mental exercise' lebih bermanfaat dan kurang adiktif. Kesadaran untuk mulai mengubah perilaku sangat diperlukan dalam upaya untuk lepas dari kecanduan.

Banyak pandangan masyarakat yang mengatakan bahwa melepaskan diri dari



kecanduan itu yang penting dari dalam diri sendiri dan pasti bisa dengan kekuatan sendiri. Padahal kecanduan itu melibatkan banyak perubahan struktur otak, apalagi bagi pecandu yang kita sebut 'hard-core addict' alias pecandu yang sudah mendarah daging. Jadi jika sudah kecanduan maka harus mengikuti program rehabilitasi medis dan psikososial agar dapat terlepas dari kecanduan tersebut. Rehabilitasi tersebut tidak selalu harus diartikan masuk dalam program terstruktur di sebuah panti rehabilitasi tetapi dapat dilakukan secara disiplin melalui modifikasi perilaku dengan teknik-teknik seperti yang telah disebutkan di atas asalkan tidak curi-curi melakukan hal yang membuat adiksi tersebut. MD

Teknologi Terkini Hernia Repair

dr. Roys Pangayoman, dr., Sp.B,
FIInaCS

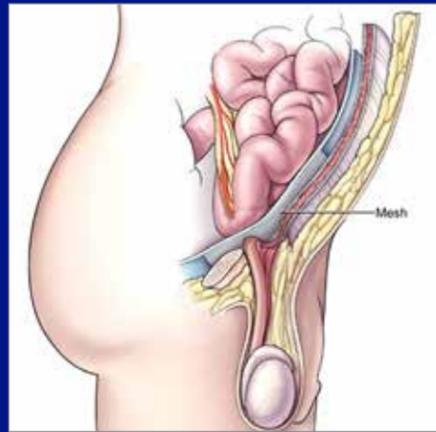
Bagian Bedah

Siloam Hospital TB Simatupang,
Jakarta Selatan

Hernia (turun berok, atau *breuk* - bhs. Belanda), adalah penyakit yang sudah ada sejak jaman dahulu, bahkan jaman Hammurabi dan di seluruh catatan papyrus Babylonia. Teknik operasi hernia sudah dilaporkan sejak abad 18-an namun baru di abad ke-19, seorang ahli bedah bernama Edoardo Bassini - dikenal sebagai *father of modern day hernia surgery*, melaporkan banyak kesuksesan repair hernia inguinal. Bassini memperkenalkan "teknik penyembuhan radikal hernia inguinalis" yang dipresentasikannya di Italian Surgical Society di Genoa (1887).

Hingga saat ini teknik operasi Bassini masih banyak digunakan para ahli bedah meskipun laporan rekurensinya berkisar 5-10% dalam lima tahun pasca pembedahan. Banyak modifikasi teknik Bassini yang dilakukan oleh berbagai ahli bedah seperti Halsted, McVay, Wolver, Tanner, dsb. Shouldice di abad ke-20 mulai mengenalkan teknik yang mengadopsi teknik Bassini, dengan menambahkan material *stainless steel* dalam memperkuat dinding abdomen posterior. Teknik ini dipakai sebagai baku emas selama sekitar 4 dekade, namun mulai ditinggalkan semenjak perkembangan teknologi prosthesis dengan *mesh*.

Karena masih tingginya angka rekurensi dari teknik-teknik operasi tersebut, banyak ahli mencari cara untuk mengurangi tension akibat penjahitan fascia dan otot dinding posterior abdomen. Mulailah bermunculan penelitian dan



Gambar 1. Inlay mesh repair

usaha mencari bahan prosthesis yang paling ideal yaitu:

- tidak berubah oleh cairan jaringan
 - inert, tidak menimbulkan reaksi inflamasi (sebagai corpus alienum)
 - non-karsinogenik
 - tidak menimbulkan alergi/hipersensitivitas
 - tahan terhadap regangan (*strain*)
 - dapat diproduksi sesuai bentuk yang diinginkan
 - tidak rusak saat dijahit atau digunting
 - dapat disterilisasi
 - permeabel
 - menstimulasi aktivitas fibroblastik sehingga jaringan dapat tumbuh di antaranya
 - cukup nyaman sehingga pasien tidak merasakan adanya benda asing
 - cukup kuat untuk menahan tekanan intra abdomen yang maksimum
 - murah
- Sejak tahun 1900-an mulai dikembangkan

berbagai material prosthesis mulai dari bahan metal (*silver, stainless steel*), hingga bahan sintetik nonmetalik (*nylon, polyethylene, polypropylene, polyester, polytetrafluoroethylene, polyglycolic, polyglactin*, dsb.) Tahun 1958, Usher mengenalkan teknik operasi dengan *tension-free mesh repair*, yang disempurnakan Lichtenstein dengan teknik *onlay patch repair*. Teknik ini menggunakan bahan *mesh* prosthesis untuk memperkuat dinding posterior abdomen sehingga tidak ada tension dari penjahitan fascia maupun ototnya. Teknik repair dengan *tension-free* ini kemudian banyak dipakai karena dilaporkan rekurensinya yang relatif kecil (1-2%) dalam 5 tahun pasca operasi.

Tahun 1980-an mulai berkembang teknik operasi *minimally invasive* dengan laparoskopik, sehingga mulailah diadopsi teknik operasi oleh Stoppa yang menggunakan prinsip *inlay giant prosthetic repair*. Stoppa menggunakan teori Pascal yaitu tekanan yang ditimbulkan dimanapun pada suatu ruangan tertutup berisi cairan akan secara merata ditransmisikan ke segala arah melalui cairan tersebut. Dengan teori ini, Stoppa dkk, mengembangkan teknik pemasangan *mesh* prosthesis yang seluas-luasnya di *preperitoneal space*, sehingga lubang hernia akan tertutup dari dalam. Dalam teknik ini, *mesh* dimasukkan melalui *trocar laparoscope*, ditempatkan di *preperitoneal space*, dan difiksasi dengan tacker atau dijahit. Namun cukup banyak penelitian yang menyatakan bahwa *mesh* yang dipasang ini banyak yang bergeser dari tempat seharusnya. Ini karena material *mesh* yang digunakan memiliki kecenderungan menciut (*shrinkage*) seiring berjalannya waktu. Akibat penciutan ini, lubang hernia yang semula tertutup dapat terbuka kembali dan menimbulkan

rekurensi hernia.

Perkembangan terakhir teknik operasi hernia saat ini adalah dengan mengembangkan metode gabungan antara *onlay* (Lichtenstein) dan *inlay* (Stoppa). *Mesh* prosthesis yang digunakan adalah *bi-layer mesh hernia repair*, yaitu *mesh* khusus yang didesain menggunakan *polyglecaprone* dan *polypropylene*, dengan bentuk yang khas untuk menutup dari luar dan dalam celah hernia inguinalis.

Mesh yang mengandung materi *polyglecaprone* diletakkan di rongga *preperitoneal*, dan menempel dengan *mesh* yang di letakkan secara *onlay* seperti teknik Lichtenstein di sebelah luarnya. Teknik ini menjadi sangat disukai saat ini karena sangat menurunkan tingkat rekurensi hernia serta secara teknik operasi konvensional relatif lebih mudah dengan risiko yang lebih kecil dibandingkan teknik laparoskopik. Metode ini menjadi pilihan saat ini meskipun penelitian mengenai tingkat rekurensi/ komplikasi lainnya masih dilakukan hingga sekarang.

Belakangan mulai bermunculan teori yang menyatakan bahwa hernia bukanlah gangguan mekanik semata, namun suatu gangguan metabolik, di mana terjadi ketidakstabilan perbandingan kolagen pada otot dan fascia pasien, yang menyebabkan kelemahan dan berkurangnya elastisitas jaringan dinding posterior abdomen. Hal inilah yang menyebabkan masih adanya rekurensi dari setiap operasi hernia dengan teknik yang manapun, meskipun sudah dikerjakan oleh ahli bedah yang paling hebat sekalipun juga. Perkembangan *hernia repair* di seluruh dunia saat ini masih menjadi tantangan bagi dunia kedokteran terutama di bagian ilmu bedah. MD

World Multiple Sclerosis Day: Mengenal MS Lebih Dekat

dr. Riwanti Estiasari, SpS

Departemen Neurologi
Fak. Kedokteran Univ. Indonesia
RSUPN Cipto Mangunkusumo,
Jakarta

Tidak banyak orang yang mengenal penyakit Multiple Sclerosis (MS) di Indonesia. Penyakit neurologis ini memang tergolong jarang di negara kita, namun dapat mengakibatkan kecacatan cukup berat bagi penderitanya. MS adalah penyakit autoimun yang menyerang otak dan medulla spinalis, akibat oleh proses demyelinisasi. MS lebih sering menyerang perempuan usia muda dibandingkan dengan laki-laki (2:1).

Gejala awal MS yang cukup sering ditemui adalah gangguan penglihatan. Umumnya pasien mengeluh pandangan kabur disertai dengan rasa nyeri di sekitar mata. Pada serangan yang berat dapat hingga terjadi kebutaan. Pandangan kabur dapat memberat bila pasien terpapar oleh suhu panas. Gejala

lainnya dapat berupa kelemahan hingga kelumpuhan, spastisitas, rasa baal, kesemutan, nyeri, tremor, ataksia juga gangguan kognitif.

Ada beberapa tipe MS, dengan yang tersering adalah *Relapsing Remitting MS* (RRMS). Pada tipe RRMS pasien akan mengalami episode eksaserbasi (serangan) diikuti episode perbaikan (remisi). Tidak semua serangan dapat membaik dengan sempurna. Sering kali terdapat gejala

sisia yang semakin memburuk dengan semakin seringnya serangan. Tipe MS lainnya adalah *Secondary Progressive MS* (SPMS). Pada tipe ini terdapat remisi dan eksaserbasi akan tetapi semakin lama semakin progresif dan memburuk.

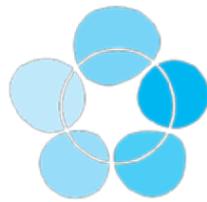
Tidak ada test yang dapat memastikan diagnosis MS. Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala klinis dan ditunjang temuan pada MRI kepala dengan kontras. Pemeriksaan

lumbal pungsi diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan penyebab lain seperti ensefalitis virus, tuberkulosis maupun infeksi otak lainnya. Seperti penyakit autoimun lainnya penegakan diagnosis MS tidaklah mudah. Diperlukan sedikitnya dua serangan dan bukti keterlibatan pada otak maupun medulla spinalis pada minimal 2 lokasi untuk dapat menegakkan diagnosis. Pada gambaran MRI dapat ditemukan lesi hiperintens pada T2 di lokasi paraventrikular, jukstakortikal, infratentorial atau medulla spinalis.

Tatalaksana MS terbagi atas tatalaksana pada serangan akut dan terapi lanjutan. Pada serangan akut (eksaserbasi/flare) kortikosteroid cukup baik untuk mengatasi inflamasi yang terjadi. Umumnya digunakan metilprednisolon dosis besar (500-1000mg) selama 3-5 hari. Pemberian steroid hanya efektif pada jangka pendek. Terapi selanjutnya disesuaikan dengan tipe MS yang diderita. Pada RRMS pilihan utamanya adalah interferon atau glatiramer asetat. Pada

kasus-kasus di mana defisit neurologis yang timbul cukup progresif pengobatan dapat diberikan *disease modifying drug* seperti natalizumab. Pengobatan simptomatik tidak kalah pentingnya. Mengatasi spastisitas, nyeri, dan gangguan fungsi otonom akan sangat membantu pasien. Dukungan psikologis juga sangat diperlukan pasien MS.

Meskipun penyakit ini dapat menyebabkan kecacatan, cukup banyak pasien MS yang masih dapat hidup dan produktif seperti layaknya orang sehat. Pengetahuan tentang MS sebaiknya dimiliki oleh para dokter dan tenaga medis untuk dapat mengenali penyakit ini sedini mungkin. Tanggal 28 Mei setiap tahunnya diperingati sebagai World Multiple Sclerosis Day di berbagai belahan dunia. Sayangnya, di Indonesia MS masih belum banyak mendapatkan perhatian. Fasilitas untuk menegakkan diagnosis dan obat-obatan untuk MS masih cukup sulit untuk bisa dinikmati oleh penderitanya. MD



hariMSsedunia
28 MEI 2014

Hari Kesehatan Sedunia 2014: Small Bite Big Threat

Hari Kesehatan Sedunia yang diperingati tanggal 7 April setiap tahunnya, diadakan untuk menandakan ulang tahun pendirian World Health Organization (WHO) dan tiap tahun dipilih sebuah tema untuk menekankan topik-topik penting kesehatan publik. Topik tahun ini adalah penyakit tular vektor (*vector-borne disease*) dan mengambil tema "*Small Bite Big Threat*" untuk menekankan kembali pentingnya penyakit-penyakit yang sering terlupakan ini.

Penyakit tular vektor merupakan penyakit global dan salah satu permasalahan besar infeksi bagi umat manusia. Malaria adalah penyakit yang paling letal, dengan sekitar 660.000 kematian di tahun 2010. Sedangkan dengue merupakan penyakit vektor yang mengalami perkembangan tercepat. Dengue mengalami peningkatan insidens lebih dari 30 kali lipat dalam 50 tahun terakhir. Perubahan lingkungan yang terjadi dengan cepat akibat globalisasi, perubahan iklim, dan urbanisasi telah membantu penyebarannya. Laporan kasus dengue di Amerika, Asia Tenggara, dan Pasifik Barat telah melebihi 1,2 juta kasus pada 2008 dan lebih dari 2,3 juta kasus pada 2010.

Tahun ini, untuk membantu mengatasi penyebaran penyakit tular vektor, WHO meluncurkan kampanye "*Small Bite Big Threat*" yang difokuskan untuk meningkatkan kewaspadaan dan kemandirian masyarakat. Kampanye bertujuan melengkapi keluarga dan masyarakat dengan informasi yang diperlukan untuk mulai bergerak dan melindungi diri secara mandiri. Badan dunia ini menyadari dengan penyebaran penyakit tular vektor di luar dari batas-batas tradisionalnya, maka tindakan yang diambil pun harus melingkupi

area-area di luar negara di mana penyakit ini sekarang ada.

Indonesia sebagai negara terbesar di Asia Tenggara, baik dari segi wilayah maupun jumlah penduduk, merupakan salah satu daerah dengan beban epidemiologi terbesar bagi penyakit tular vektor ini. Dengue, malaria dan chikungunya adalah penyakit tular vektor yang sering ditemukan di Indonesia dan sampai kini masih merupakan masalah yang tidak kunjung selesai. Untuk meningkatkan kewaspadaan masyarakat umum mengenai penyakit ini, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengadakan kampanye dengan tema nasional "Waspada! Nyamuk: Lindungi Diri Kita". Sayangnya gaung dari kampanye yang diajukan oleh Kemenkes dan WHO ini tidak terlalu terasa di masyarakat, baik awam maupun profesional kesehatan. Termasuk gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) yang menjadi bentuk konkrit pencegahan penyakit tular vektor tidak terlalu bergaung.

Peran serta sejawat sebagai para tenaga kesehatan profesional, sangat penting dalam upaya penanggulangan penyakit tular vektor ini. Masyarakat Indonesia yang cenderung kurang awas masalah kesehatan adalah hambatan yang seringkali ditemui. Peran media massa pun seharusnya lebih besar, ketimbang setiap kali hanya melaporkan kampanye pilpres. Tenaga kesehatan dapat turut berperan serta meningkatkan kewaspadaan masyarakat dengan cara mencetak, membagikan dan mengajarkan informasi yang disediakan oleh WHO dalam situsnya (<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2014/en/>), atau secara konkrit dengan menjalankan gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk secara rutin. (DSS). ss

World Health Organization

VECTOR-BORNE DISEASES

VECTORS MAY BE A THREAT TO YOU, AT HOME AND WHEN TRAVELLING

VECTORS ARE SMALL ORGANISMS THAT CARRY SERIOUS DISEASES

COMMON VECTORS: MOSQUITOES, SANDFLIES, TICKS

WITH JUST 1 BITE they can transmit diseases such as:

- Malaria
- Leishmaniasis
- Yellow fever
- Dengue
- Lyme disease
- Japanese encephalitis

Diseases spread by vectors kill a million people every year and more than half of the world's population is at risk

TAKE SIMPLE MEASURES TO PROTECT YOURSELF AND YOUR FAMILY

- Get vaccinated against yellow fever and Japanese encephalitis
- Install window screens
- Wear light-coloured, long-sleeved shirts and trousers
- Use insect repellent
- Sleep under an insecticide-treated bed net
- Get rid of stagnant water from places where mosquitoes breed, such as in old containers, flower pots and used tyres

For more information, contact your health-care professional
www.who.int/world-health-day

World Kidney Day 2014: Chronic Kidney Disease (CKD) and Aging

“Start The Day With A Glass Of Water!”



“Kidney Police” untuk mengkampanyekan “Start the day with a glass of water campaign”



Press Conference PERNEFRI untuk memperingati World Kidney Day 2014



Pada tanggal 13 Maret 2014 lalu, kita memperingati hari ginjal sedunia dengan tema “Chronic Kidney Disease (CKD) and aging”. Peringatan hari ginjal sedunia ini sudah dimulai sejak tahun 2006, yaitu setiap hari Kamis minggu kedua di bulan Maret atas inisiasi bersama International Society of Nephrology (ISN) dan International Federation of Kidney Foundations (IFKF). Dalam memperingati World Kidney Day 2014 ini, ISN dan IFKF juga mengkampanyekan “Start the day with a glass of water!” kepada seluruh dunia.

Peringatan hari ginjal sedunia memiliki misi untuk meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap ginjalnya yang akan mempengaruhi status kesehatannya secara keseluruhan dan untuk mengurangi frekuensi dan dampak dari penyakit ginjal serta masalah kesehatan yang disebabkan secara global. Ginjal tidak akan berfungsi tanpa adanya air. Mengonsumsi segelas air merupakan langkah awal untuk mencegah terjadinya kerusakan ginjal dan menjaga ginjal tetap sehat. Minum air dalam jumlah yang dibutuhkan dapat membantu berlangsungnya proses pembuangan sisa-sisa metabolisme melalui urin. Inilah yang menjadi pesan dari kampanye “Start the day with a glass of water!”

“Chronic Kidney Disease (CKD) and aging” dipilih menjadi tema hari ginjal sedunia tahun 2014 dikarenakan masih banyaknya penduduk yang tidak menyadari bahwa fungsi ginjal akan semakin menurun seiring dengan bertambahnya usia. Studi yang dilakukan para peneliti di John Hopkins University bahkan memperkirakan lebih dari 50%

penduduk yang berusia 75 tahun ke atas memiliki penyakit ginjal. Selaras dengan tema yang diusung oleh World Kidney Day tahun 2014 ini, National Kidney Foundation (NKF) di Amerika Serikat merekomendasikan skrining rutin setiap tahun terhadap penyakit ginjal bagi mereka yang berusia di atas 60 tahun. Skrining ini dapat berupa pemeriksaan albumin urin, yang dapat mendeteksi kerusakan ginjal secara dini dan atau pemeriksaan kimia darah untuk mengetahui fungsi ginjal. NKF juga merekomendasikan skrining rutin per tahun bagi mereka yang memiliki risiko tinggi terkena penyakit ginjal seperti pasien diabetes, hipertensi dan atau memiliki keluarga dengan riwayat gagal ginjal.

Hari ginjal sedunia diperingati secara serentak di berbagai belahan dunia sebagai bentuk dukungan dan kepedulian terhadap kesehatan ginjal. Tiap negara memiliki cara yang berbeda-beda pula untuk merayakan hari ginjal sedunia ini. Di Hongkong, China misalnya, sekitar 800 pasien dengan penyakit ginjal beserta tenaga medis berkumpul bersama-sama untuk mengikuti acara perayaan World Kidney Day 2014 di Kowloon Park. Uniknya, acara perayaan ini tidak hanya berupa seminar mengenai kesehatan ginjal namun juga persembahan drama dan paduan suara. Berbeda dengan di China, Nepal merayakan hari ginjal sedunia ini dengan “walkathon of life”, yaitu berjalan maraton sebagai bentuk solidaritas untuk meningkatkan kepedulian akan kesehatan ginjal.

Di Indonesia, salah satu cara untuk memperingati hari ginjal sedunia adalah melalui press conference World Kidney Day 2014, di mana dalam acara tersebut ketua

Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI), dr.Dharmeizar, SpPD-KGH menganjurkan orang-orang yang mempunyai faktor risiko untuk terjadinya penyakit ginjal kronik seperti usia diatas 50 tahun, mempunyai hipertensi dan DM, riwayat hipertensi dan DM dalam keluarga, serta batu saluran kencing untuk kontrol ke dokter ahli penyakit dalam secara teratur. Hal ini selaras dengan NKF yang juga menganjurkan skrining rutin terhadap kesehatan ginjal.

Pada kesempatan yang sama Dr. dr. Parlindungan Siregar, SpPD-KGH mengemukakan langkah-langkah menjaga kesehatan ginjal, yaitu menjaga badan tetap bugar dan aktif berolah raga, menjaga kadar gula darah dan tekanan darah tetap terkendali, mengonsumsi makanan sehat dan menjaga berat badan tetap ideal, mengonsumsi air yang cukup (Usia < 65 Tahun : 2000 mL/24 jam; Usia > 65 tahun : 1000 mL/24 jam), tidak merokok, tidak mengonsumsi obat anti inflamasi non steroid (OAINS) dalam jangka panjang, serta memeriksa fungsi ginjal secara berkala apabila memiliki 1-2 faktor risiko penyakit ginjal.

PERNEFRI juga memperingati World Kidney Day dengan mengadakan seminar dan talkshow seperti PERNEFRI Korwil Jawa Barat yang mengadakan talkshow “World Kidney Day dan Pelayanan Kesehatan untuk Pasien Gagal Ginjal di Era Jaminan Kesehatan Nasional” pada tanggal 30 Maret 2014 lalu bertempat di Graha Sanusi Hardjadinata Unpad. Pada kesempatan itu, Menteri BUMN RI, Dahlan Iskan turut hadir untuk berbagi pengalamannya yang ternyata pernah menjalani transplantasi ginjal.

Selain PERNEFRI, berbagai

organisasi dan perhimpunan serta perusahaan-perusahaan yang memiliki kepedulian terhadap kesehatan ginjal senantiasa juga memperingati hari ginjal sedunia setiap tahunnya. Danone, seperti yang diungkapkan oleh Health Marketing Directornya, Pradono Handojo ikut ambil bagian dalam upaya meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kesehatan ginjal, salah satunya dengan meluncurkan situs www.kidney-facts.com yang berisi berbagai informasi hingga kuis interaktif mengenai kesehatan ginjal. Situs ini adalah situs

pertama dalam bahasa Indonesia yang merupakan kontribusi nyata dari Danone Research. Danone juga menyelenggarakan berbagai aktivitas yang melibatkan peran serta masyarakat seperti kompetisi mendesign banner, kompetisi menulis, kompetisi foto hingga twitpic. Yang unik, Danone juga mengaktifkan “Kidney Police” di beberapa stasiun bus Trans Jakarta dan perkantoran yang bertujuan untuk mengkampanyekan “Start the day with a glass of water campaign” dengan membagikan aqua di saat orang-orang akan memulai hari mereka. **ST**

Mengenal RADIOLOGI INTERVENSI

dr. Samuel Tandionugroho,
MM, Sp. Rad.

Radiologi Intervensi
RS Mitra Keluarga Bekasi Timur

Banyak kalangan dokter masih belum tahu begitu mengenal radiologi intervensi. Radiologi intervensi adalah sub-spesialisasi radiologi yang memanfaatkan prosedur minimal invasif untuk melakukan diagnosis dan terapi pada hampir semua organ tubuh dengan menggunakan panduan gambar/foto yang dihasilkan dari alat-alat radiologi (USG, CT Scan, MRI, Fluoroskopi). Secara garis besar, radiologi intervensi dapat dibagi menjadi radiologi intervensi vaskular dan non vaskular. Radiologi intervensi vaskular: berhubungan atau melalui pembuluh darah, sedangkan radiologi intervensi non vaskular: tidak melalui atau berhubungan dengan pembuluh darah.

Prosedur yang dilakukan terutama untuk radiologi intervensi vaskular adalah memasukkan kateter

melalui sayatan sepanjang kurang dari 0,5 cm di lipat paha (melalui arteri femoralis) atau di daerah lengan (arteri radialis atau brachialis), dengan tindakan anestesi lokal. Jadi dengan luka sayatan yang kecil, dapat melakukan hal yang besar.

Jenis tindakan yang dapat dilakukan radiologi intervensi terutama yang vaskular dapat dibedakan menjadi 2 kelompok tindakan, tindakan diagnostik dan terapi. Tindakan diagnostik yang dilakukan adalah angiografi, yaitu membuat gambar dari pembuluh darah suatu organ. Sedangkan untuk tindakan terapi, prosedur yang dilakukan pada radiologi intervensi terutama yang vaskuler, prinsipnya adalah yang tidak lancar dijadikan lancar dengan menggunakan balon, stent atau hanya sekedar melakukan *flushing*, sedangkan aliran yang terlalu lancar (bocor) ditutup dengan menggunakan embolan, embolan cair, partikel atau coil.

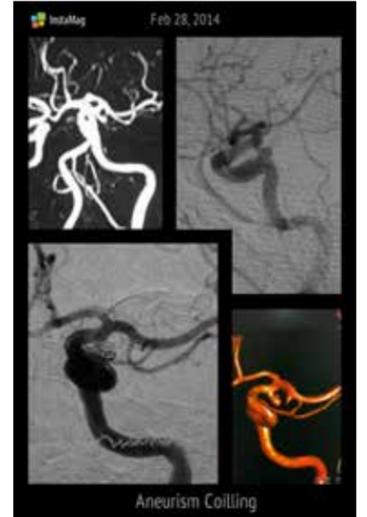
Berikut ini tindakan radiologi

intervensi yang sudah kerap dilakukan:

- **Flushing**, yaitu tindakan melarutkan thrombus yang terjadi di pembuluh darah otak pada kasus stroke non hemoragik yang waktu serangannya kurang dari 6 jam. Sedangkan pada kasus stroke perdarahan akan dilakukan angiografi terlebih dahulu untuk mengetahui penyebab pecahnya pembuluh darah, yang seringkali disebabkan oleh aneurisma. Jika ditemukan aneurisma maka dapat dilakukan pemasangan coil (logam yang setipis benang atau rambut) yang digunakan untuk mengisi benjolan aneurisma sehingga tidak menimbulkan perdarahan.
- **TACE/I (Trans Arterial Chemo Embolization / Infusion)**, yaitu prosedur yang dilakukan pada pasien kanker. Yang dilakukan adalah pemberian obat kemoterapi melalui kateter ke pembuluh darah yang memberi makan tumor, setelah itu dapat

dilanjutkan dengan menutup pembuluh darah (embolisasi) tersebut, sehingga diharapkan tumor akan mati / mengecil.

- **Uterine Arterial Embolization (UAE)** adalah suatu tindakan yang dapat menjadi pilihan dalam mengobati mioma uteri. Prinsip dari terapi ini adalah melakukan penyumbatan (embolisasi) arteri uterina, sehingga miom yang ada dapat mengecil. Terapi ini dapat menjadi pilihan untuk pasien yang memiliki resiko jika harus menjalani operasi atau untuk pasien yang tidak mau menjalani operasi.
 - **Prostate Arterial Embolization (PAE)** memiliki prinsip kerja yang hampir sama dengan UAE, yaitu melakukan embolisasi arteri prostatika pada pasien dengan hipertrofi prostat.
 - **Embolisasi**, untuk menyumbat pembuluh darah yang mengalami kebocoran misalnya pada perdarahan saluran cerna. Tindakan yang dilakukan adalah menyumbat pembuluh darah yang mengalami kebocoran (embolisasi) baik menggunakan coil ataupun embola lainnya.
 - **Angioplasty**, suatu prosedur yang dilakukan untuk memperlebar diameter pembuluh darah secara mekanik dengan menggunakan balon dan dapat dilanjutkan dengan pemasangan stent untuk mempertahankan diameter yang telah diperbaiki. Pasien yang memerlukan angioplasty biasanya adalah pasien dengan penyempitan pembuluh darah kaki yang disebabkan oleh diabetes atau hal lain.
- Masih banyak tindakan atau prosedur lain yang dapat dilakukan oleh radiologi intervensi vaskuler.



Sedangkan radiologi intervensi non vaskular banyak dipakai untuk melakukan biopsi dengan panduan USG, CT scan ataupun modalitas lainnya. Selain itu dengan panduan USG CT scan juga, dapat melakukan terapi kanker dengan metode Radio Frequency, ethanolisasi dan lain-lain.

Keuntungan yang diperoleh pada prosedur radiologi intervensi adalah dengan meminimalkan trauma fisik kepada pasien (ukuran luka operasi), tidak membutuhkan anestesi umum, mengurangi tingkat infeksi, mempercepat waktu pemulihan, serta memperpendek waktu tinggal di rumah sakit.

Radiologi intervensi sebenarnya sudah lama eksis di Indonesia, namun baru beberapa tahun belakangan ini mulai dikenal masyarakat. Pendidikan subspesialis radiologi intervensi di Indonesia diselenggarakan oleh PSRII (Perkumpulan Subspesialis Radiologi Intervensi Indonesia), yang merupakan salah satu perhimpunan di bawah naungan PDSRI (Perhimpunan Dokter Spesialis Radiologi Indonesia). Pendidikan ini berlangsung selama kurang lebih 2 tahun, dengan pusat pendidikan di RSCM-FKUI Jakarta, RSPAD Jakarta dan RS Dr. Soetomo -FK UNAIR Surabaya. MD

Amankah *insect repellent* untuk bayi?

Salah satu cara mencegah gigitan nyamuk yang menularkan penyakit demam berdarah adalah dengan menggunakan lotion pencegah gigitan nyamuk. Namun amankah lotion tersebut? Menurut **dr. Iskandar Zulkarnaen, Sp.KK(K)** dari RSUD Dr. Soetomo Surabaya, *insect repellent* pada dasarnya tidak sama dengan pestisida. *Insect repellent* adalah bahan kimia yang dipakai manusia untuk menutup / melindungi kulit manusia sehingga tidak terdeteksi oleh serangga.

Dikatakan, *insect repellent* yang banyak dijual bebas adalah berbahan

DEET (N,N-diethyl-m-toluamide). Menurut American Academy of Pediatric, bahan DEET ini aman digunakan untuk anak berusia di atas 2 bulan. Meskipun penggunaan dengan kadar 10-30% secara umum telah dibuktikan aman, untuk usia 2-12 tahun sebaiknya digunakan kadar di bawah 15% dan dioleskan tidak lebih dari 3 kali sehari. DEET tidak boleh dioleskan di wajah dan sebaiknya tidak dibiarkan menempel pada kulit terlalu lama. Khusus untuk usia 2 bulan sampai 2 tahun, hanya boleh diaplikasikan maksimal 1 kali dengan kadar DEET maksimal 10%. ML

KONIKA XVI
KONGRES ILMU KESEHATAN ANAK KE-16
16th INDONESIAN CONGRESS OF PEDIATRICS
Towards Global Equalities in Sustainable MDG's Achievements Through Comprehensive Health Care, for All Indonesian Children

2nd ANNOUNCEMENT
Anyadutha and the Arista Hotels
August 24 – 26, 2014

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

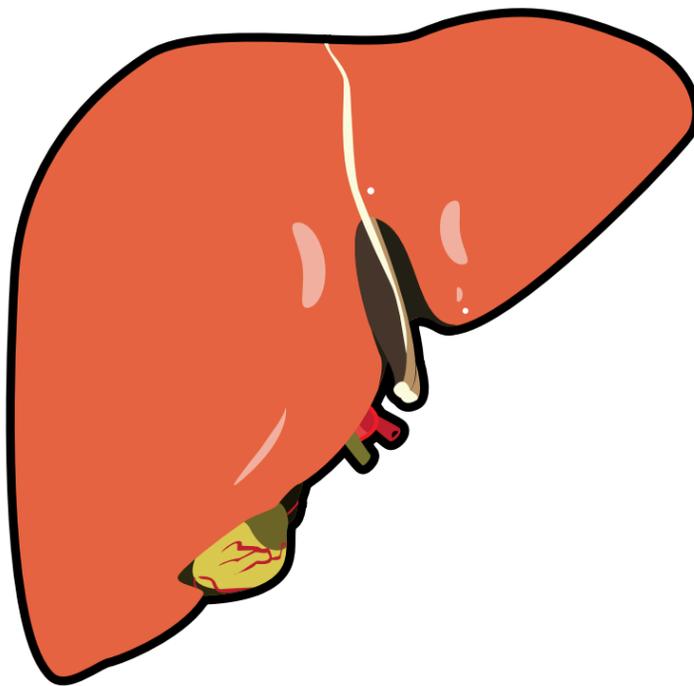
Panduan WHO untuk Tatalaksana Hepatitis C

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) baru-baru ini, di hadapan ribuan delegasi yang menghadiri *International Liver Congress 2014* London, menerbitkan panduan klinis pertama mengenai tatalaksana hepatitis C. Panduan klinis ini sangat ditunggu karena besarnya dampak hepatitis C terhadap kesehatan dunia. Saat ini virus tersebut telah menginfeksi lebih dari 130 juta orang di seluruh dunia dan menyebabkan 350.000-500.000 kematian tiap tahunnya. Semakin menyebarnya penyalahgunaan obat-obatan narkotika suntikan dan perilaku seks bebas makin mempersulit penanganan hepatitis C, terutama di negara berkembang yang sarana dan prasarana kurang memadai.

WHO menyadari dengan kondisi ini dan dengan munculnya obat-obatan baru yang lebih efektif dan aman maka diperlukan panduan klinis yang dapat menjangkau lebih banyak pasien dan mempertimbangkan tidak hanya segi medis namun juga ekonomi dan kemanusiaan. Pertimbangan segi logistik, ekonomis, dan kemanusiaan



World Health Organization



ini diharapkan akan memberikan perbedaan dibandingkan panduan klinis yang dikembangkan oleh organisasi-organisasi profesional negara maju.

Dokter Peter Beyer, penasihat senior WHO untuk *Essential Medicines and Health Products Department* menyatakan, "Pengobatan hepatitis C saat ini tidak terjangkau untuk sebagian besar pasien-pasien yang membutuhkan. Tantangan saat ini adalah untuk memastikan bahwa semua orang yang membutuhkan obat-obatan ini dapat mengaksesnya." Lebih lanjut lagi dikatakannya, "Pengalaman telah membuktikan bahwa strategi pendekatan majemuk diperlukan untuk memperbaiki akses ke pengobatan, termasuk menciptakan kebutuhan untuk terapi. Penulisan panduan klinis WHO ini merupakan sebuah kunci utama dalam proses ini."

Panduan ini mempunyai sembilan rekomendasi utama, termasuk peningkatan jumlah penapisan infeksi hepatitis C, saran untuk mencegah kerusakan hati untuk orang yang telah terinfeksi,

dan juga saran bagaimana pemilihan dan penyediaan terapi yang sesuai untuk infeksi hepatitis C kronik. Naskah lengkap dari panduan klinis ini dapat diperoleh secara gratis di <http://www.who.int/hiv/pub/hepatitis/hepatitis-c-guidelines/en/>.

Berikut adalah beberapa rekomendasi kunci yang membedakan panduan klinis ini:

- Skrining direkomendasikan untuk populasi berisiko, misal pengguna narkotika suntikan, pekerja seks komersial dan petugas kesehatan;
- Hasil skrining positif dilanjutkan dengan tes HCV-RNA untuk konfirmasi diagnosis;
- Penilaian derajat fibrosis di daerah terbatas dapat menggunakan *aminotransferase/platelet ratio index* (APRI) atau FIB4;
- Infeksi HCV genotipe 1 direkomendasikan menggunakan telaprevir atau boceprevir dengan peg-interferon dan ribavirin;
- Infeksi HCV genotipe 1,2,3,dan 4 direkomendasikan menggunakan sofosbuvir dengan peg-interferon dan ribavirin. **ss**

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

MD SNAPSHOT



“Pembuat Keris”

oleh Irwan S. Budiman



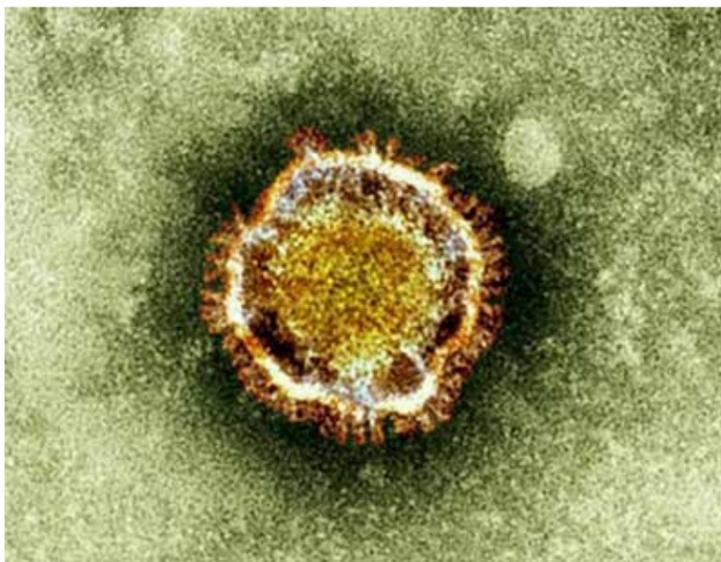
“Sahabat”

oleh Donny B

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



Waspada: Bahaya Infeksi Virus MERS-CoV di Indonesia



dr. Stevent Sumantri, Sp.PD

Fak. Kedokteran

Universitas Pelita Harapan, Jakarta

Infeksi saluran napas dengan *Middle Eastern Respiratory Syndrome Corona Virus* (MERS-CoV) saat ini sedang menjadi perhatian dunia internasional. Virus yang merupakan keluarga dari virus SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) yang merebak di tahun 2002, sampai 9 Mei 2014 telah terbukti menginfeksi 536 orang di 17 negara, dengan jumlah mortalitas 145 orang (kurang lebih 25%). Infeksi virus ini pertama kali diidentifikasi pada tahun 2012, setelah enam orang di Jordania menderita sindrom gagal napas akut yang menyerupai SARS, di mana dua orang diantaranya meninggal. Virus ini kemudian menyebar ke Arab Saudi termasuk Jeddah, Mekkah, dan Madinah, di mana seorang pria berusia 60 tahun meninggal oleh karena pneumonia dan gagal ginjal akut.

Indonesia, sebagai penyumbang terbesar jemaah haji dan umrah setiap tahunnya, merupakan salah satu negara yang rentan untuk menjadi tempat penyebaran virus MERS-CoV. Hal ini terbukti dengan munculnya kasus baru dugaan infeksi MERS-CoV di daerah

Sumatera, yaitu seorang pria 64 tahun meninggal dunia di RSUP Adam Malik Medan dengan gejala serupa MERS-CoV dan satu lagi masih di rawat intensif. Tiga orang di Pekanbaru, yang baru saja kembali dari ibadah umrah, juga mempunyai gejala-gejala yang serupa dengan infeksi MERS-CoV dan kini sedang dirawat intensif. Kementerian Kesehatan (KemenKes) Indonesia sejak awal Mei 2014 telah menerapkan travel advise untuk individu yang akan bepergian ke Timur Tengah dan pemantauan kesehatan di bandar udara bagi orang-orang yang pulang dari daerah tersebut.

Infeksi MERS-CoV awalnya diduga dimulai dari hewan unta dan kelelawar yang banyak dijumpai di Semenanjung Timur Tengah. Namun demikian saat ini telah ditemukan adanya infeksi dari manusia ke manusia. Kekhawatiran akan adanya pandemi global semakin merebak, oleh karena tingginya arus mobilisasi manusia dari dan ke Arab Saudi terutama pada bulan-bulan menjelang Ramadhan dan Hari Raya Haji. Saat ini WHO merekomendasikan kehati-hatian dalam evaluasi gejala pneumonia berat yang tidak diketahui sebabnya, terutama dengan riwayat bepergian ke negara-negara Timur Tengah.

Individu seperti ini direkomendasikan untuk dilakukan pengambilan sampel sputum (lavase bronkoalveolar, aspirat trakeal, ekspektorasi) dan darah untuk dilakukan pemeriksaan PCR (polymerase chain reaction).

Sampai saat ini belum ada pencegahan dan pengobatan spesifik yang dapat diberikan untuk kasus-kasus MERS-CoV. Vaksinasi influenza dapat direkomendasikan kepada individu yang akan melakukan ibadah haji atau umrah, namun bukan merupakan praktik standar. Pengobatan yang diberikan pada pasien yang terkena infeksi virus ini sifatnya adalah suportif, dengan ventilasi mekanis dan dialisis untuk pasien-pasien yang mengalami gagal napas dan ginjal. Kementerian Kesehatan Indonesia dan Arab Saudi belum mengeluarkan larangan bepergian khusus ke Arab Saudi dan Timur Tengah, demikian juga WHO. Badan kesehatan dunia tersebut menganjurkan prinsip higienitas dan kesehatan umum, seperti cuci tangan sebelum dan sesudah makan, hindari kontak hewan dan memakan makanan yang tidak bersih, serta menjaga kesehatan badan. Informasi lebih lanjut dapat dilihat di website WHO www.who.int/ith/updates/20130725/en/ dan KemenKes www.depkes.go.id. **MD**

'Sedia Payung Sebelum Hujan' Untuk Pelayanan Kedokteran Forensik

dr. Yudy, SpF

RS Cipto Mangunkusumo, Jakarta

Dalam praktik dokter, entah itu dokter umum ataupun dokter spesialis, tak bisa lepas dari aturan dan rambu-rambu yang mengikatnya. Ada UU Praktik Kedokteran, UU Kesehatan, UU Rumah Sakit, UU Penghapusan KDRT, UU Perlindungan Anak, dll, yang mestinya diketahui dokter dalam berpraktik. Ibarat pepatah, dokter harus 'sedia payung sebelum hujan'.

Hal ini khususnya berlaku bagi para dokter umum yang bertugas di IGD maupun yang berpraktik swasta/puskesmas. Seorang dokter tidak pernah tahu kasus seperti apa yang akan dihadapinya. Oleh karena itu, dokter harus waspada apabila mendapatkan kasus-kasus berikut dalam berpraktik:

- penganiayaan/pemukulan/penyiraman dengan air keras,
- kekerasan seksual (perkosaan, sodomi, pencabulan),
- percobaan bunuh diri (minum racun serangga, lompat/jatuh dari ketinggian, overdosis obat, dll)

- kecelakaan lalu-lintas, atau
- pembiusan

Waspada bukan berarti dokter harus takut dan langsung merujuk kasusnya. Sesuai KUHAP pasal 133 ayat 1 yang menjadi dasar pemeriksaan kedokteran forensik, setiap dokter wajib dan harus bisa membuat *visum et repertum* (VeR) bilamana diminta oleh penyidik. Jadi, berdasarkan KUHAP tersebut di atas, kasus forensik bukanlah kasus yang bisa dirujuk, karena pada diri setiap dokter melekat kewajiban untuk membantu proses peradilan. Hal ini tentunya berbeda dengan kasus klinis lainnya yang memang harus – bahkan wajib – dirujuk apabila melebihi kompetensi dokter pemeriksa.

Yang dimaksud dengan waspada di atas adalah dokter harus melakukan pemeriksaan dan pencatatan hasil pemeriksaan dengan lebih teliti dan seksama. Lebih baik lagi apabila disertai dengan dokumentasi berupa foto kasus (korban serta perlukaannya) serta barang bukti yang menyertainya. Tanpa disadari, dokter seringkali melakukan pencatatan rekam medis 'seadanya' untuk pasien-pasien di

IGD. Hal ini yang harus dihindari apabila dokter mendapatkan kasus-kasus forensik seperti tersebut di atas. Dokter hendaknya mencantumkan kronologis kejadian secara runut dan sistematis, tanda-tanda vital korban, deksripsi luka yang detail (regio, koordinat, jenis luka, ukuran, dan deskripsi penting lainnya), dan temuan klinis lainnya yang penting. Apabila diperlukan pemeriksaan penunjang, hendaknya dilakukan pemeriksaan penunjang tersebut, dan expertise dari pemeriksaan penunjang tersebut hendaknya dicatatkan pula pada rekam medis pasien tersebut.

Hal tersebut bukan bertujuan untuk membebani dokter pemeriksa, namun justru untuk membantu dan 'melindungi' dokter yang bersangkutan. Seringkali, surat permintaan visum (SPV) dari polisi datang terlambat dengan jangka waktu yang bervariasi. Apabila pencatatan rekam medis terhadap korban sudah dilakukan dengan lengkap, dokter tidak perlu kebingungan lagi membuat VeR saat SPV datang. Peran dokter spesialis forensik (SpF) di sini juga penting sebagai konsultan

medikolegal. Bilamana dokter pemeriksa memerlukan konsultasi, SpF bisa memberikan masukan-masukan penting terkait prosedur pemeriksaan maupun prosedur medikolegal lainnya dalam rangka pembuatan

VeR. Dan sudah seyogyanya, setiap RS memiliki SpF dalam rangka pelayanan kedokteran forensik di tempatnya masing-masing untuk memberikan pelayanan yang lebih berkualitas dan *excellent*. **MD**



Peran Mukolitik dan Antioksidan dalam Tatalaksana Penyakit Paru Obstruktif Kronik



dr. Steven Sihombing

Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) merupakan penyakit saluran pernafasan dengan karakteristik hambatan aliran udara, umumnya bersifat progresif dan dikaitkan dengan peningkatan respon inflamasi kronis paru serta saluran nafas terhadap partikel atau gas berbahaya. Terkait kepentingan terapi, PPOK dapat dibagi menjadi PPOK stabil dan PPOK eksaserbasi akut dengan gejala sesak yang bertambah, produksi sputum meningkat ataupun perubahan warna sputum (menjadi purulen).

Penggunaan mukolitik di dalam tatalaksana PPOK selama ini terbatas pada PPOK eksaserbasi akut. Selain agonis β_2 inhalasi kerja cepat dengan atau tanpa antikolinergik kerja singkat, kortikosteroid sistemik dan antibiotik sebagai terapi standard, Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI) juga

menambahkan penggunaan mukolitik PDPI dalam Panduan Diagnosis dan Penatalaksanaan PPOK tahun 2011 memasukkan mukolitik sebagai terapi tambahan dalam tatalaksana PPOK eksaserbasi akut dikarenakan akan mempercepat perbaikan eksaserbasi, terutama pada bronkitis kronik dengan sputum yang kental.

Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) dalam panduan *Global Strategy For The Diagnosis, Management, and Prevention of COPD* tahun 2013 dan 2014 memasukkan mukolitik (mukokinetik, mukoregulator) dan antioksidan sebagai pilihan terapi. Obat-obatan seperti *N-acetylcysteine* (NAC) yang juga memiliki efek antioksidan dipikirkan memiliki peran dalam tatalaksana pasien PPOK dengan eksaserbasi berulang. Beberapa studi menunjukkan pada pasien-pasien yang tidak menggunakan kortikosteroid inhalasi, pemberian

mukolitik seperti NAC dan *carbocysteine* dapat mengurangi eksaserbasi. Mukolitik juga dipikirkan bermanfaat bila diberikan pada pasien-pasien PPOK dengan sputum yang kental. Namun demikian, pemberian mukolitik secara reguler masih dievaluasi dikarenakan masih terdapat studi-studi yang menunjukkan hasil kontroversial.

Stres oksidatif dan inflamasi memiliki peran di dalam patogenesis PPOK, sehingga banyak studi dilakukan untuk mengevaluasi peran antioksidan, terutama NAC di dalam tatalaksana PPOK. NAC selain memiliki efek mukolitik juga memiliki efek antioksidan dan anti inflamasi. Sebagai mukolitik, NAC memiliki dua mekanisme utama yakni: (1) Aktivitas mukolitik langsung yang merusak jembatan disulfida protein sputum sehingga viskositas berkurang dan mudah untuk diekspektorasi, serta membantu silia pada sel epitel saluran nafas dalam aktivitas bersihan mukosilier. (2) Sebagai

antioksidan, NAC merupakan prekursor glutation (antioksidan endogen tubuh) yang menetralkan *reactive oxygen species* (ROS) dan nitrogen reaktif pada sel melalui aktivitas antioksidan langsung dan tidak langsung (*direct and indirect scavenging*).

Studi PANTHEON1, yang meneliti pasien-pasien dengan PPOK derajat sedang-berat pada rumah sakit di Cina menunjukkan penggunaan NAC 600 mg dua kali sehari selama setahun dapat mencegah terjadinya eksaserbasi ($p=0,0011$, 95% CI 0,67-0,90). Hal serupa juga diperlihatkan oleh studi HIACE2 (*The Effect of High Dose N-acetylcysteine on Air Trapping and Airway Resistance of Chronic Obstructive Pulmonary Disease-a Double, blinded, Randomized, Placebo-controlled Trial*) yang membandingkan manfaat pemberian NAC dua kali 600 mg sehari pada pasien-pasien PPOK dalam kondisi stabil di RS Kwong Wah, Hongkong dengan plasebo. Setelah satu tahun didapatkan perbaikan

signifikan di dalam forced expiratory flow 25% menjadi 75% ($p=0,037$) dan berkurangnya frekuensi eksaserbasi ($p=0,019$) pada kelompok pasien yang diberikan NAC.

Berdasarkan rekomendasi GOLD dan PDPI beserta studi-studi di atas, mukolitik dan antioksidan seperti NAC memiliki peran di dalam tatalaksana PPOK. Studi-studi terbaru bahkan mulai menunjukkan peran NAC di dalam tatalaksana PPOK kondisi stabil, tidak lagi terbatas pada PPOK eksaserbasi akut. Namun demikian, hal ini masih perlu didukung dengan studi-studi lainnya sehingga panduan GOLD dan PDPI saat ini masih belum merekomendasikan penggunaan NAC secara reguler untuk tatalaksana PPOK kondisi stabil. MD

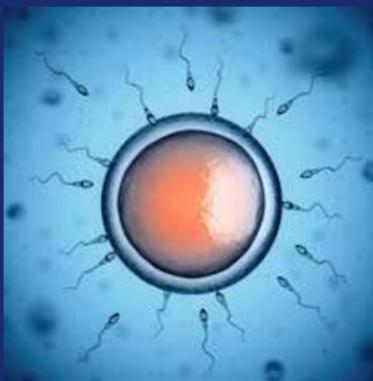
1. Zheng JP et al. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2014;2:187-194
2. Tse HN. *Chest* 2013;144(1):166-118

MD FACTS

Tahukah anda....

Ovarium mempunyai kurang lebih setengah juta sel telur, namun demikian hanya kurang lebih 400 sel yang akan mempunyai kesempatan untuk menciptakan kehidupan baru.

Sedangkan testis pria dapat memproduksi 10 juta sperma baru setiap harinya, cukup untuk mencapai populasi bumi hanya dalam waktu 6 bulan.





Siran Forte

600 mg N-Acetylcysteine effervescent tablet

1. Aktivitas Mukolitik

2. Aktivitas Antioksidan




* Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2013:25.
** Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI). PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik), 2011:41.



1x SEHARI

Take a deep breath



For Healthcare Professionals Only


TEMMLER
Your Product's Best Friend


Dexa *Indonesia*
Expertise for the Promotion of Health

GERD: Nyeri Dada Tidak Selalu Merupakan Penyakit Jantung

Nyeri dada merupakan gejala yang sering menyebabkan pasien berobat ke dokter ataupun berkunjung ke unit gawat darurat. Walaupun kita harus menyingkirkan penyakit jantung sebagai penyebab nyeri dada sebelum mencari penyebab lainnya, ternyata hampir setengah dari kasus nyeri dada tidak disebabkan oleh penyakit jantung. Dari berbagai penyebab nyeri dada *non cardiac*, gangguan gastroesofageal terutama penyakit refluks gastroesofageal (*Gastroesophageal Reflux Disease/GERD*) merupakan yang paling sering dijumpai.

GERD adalah kelainan yang menyebabkan cairan lambung dengan berbagai kandungannya mengalami refluks ke dalam esofagus dan menimbulkan gejala khas berupa *heartburn* (rasa terbakar di dada yang kadang-kadang disertai rasa nyeri dan pedih) serta gejala-gejala lainnya seperti regurgitasi (rasa asam dan pahit di lidah), nyeri epigastrium, disfagia (kesulitan menelan) atau odinofagia (nyeri menelan).¹ Terdapat dua kelompok pasien GERD, yaitu pasien dengan esofagitis erosif yang ditandai dengan adanya *mucosal break* di esofagus pada pemeriksaan endoskopi (yang disebut dengan *Erosive Reflux Disease/ERD*) dan pasien GERD yang pada pemeriksaan endoskopi tidak ditemukan *mucosal break* (yang disebut dengan *Non Erosive Reflux Disease/NERD*)

Dengan adanya gejala khas GERD berupa *heartburn* dan regurgitasi, kita dapat memikirkan kemungkinan GERD setelah menyingkirkan penyakit jantung sebagai penyebab nyeri dada. Walaupun endoskopi diperlukan untuk membedakan ERD dan NERD, *American College of Gastroenterology*² pada tahun 2013 telah menyatakan bahwa pemeriksaan endoskopi tidak diperlukan untuk mendiagnosa GERD apabila sudah terdapat gejala khas. Endoskopi hanya direkomendasikan apabila terdapat tanda-tanda bahaya (*alarm symptoms*) seperti disfagia, odinofagia, adanya perdarahan saluran cerna atau anemia, dan turunnya berat badan yang tidak disengaja. Gejala yang membaik setelah diberikan terapi empiris dengan PPI (*proton pump inhibitor*) akan menegaskan diagnosis GERD pada pasien yang memiliki gejala khas GERD.

Tatalaksana GERD meliputi penurunan berat badan bagi pasien-pasien yang *overweight* atau mengalami penambahan berat badan; meninggikan posisi kepala saat tidur dan tidak mengonsumsi makanan 2-3 jam sebelum tidur; menghindari makanan-makanan yang dapat memicu refluks seperti coklat, kafein, alcohol, dan makanan-makanan yang terasa asam atau pedas; serta terapi dengan PPI selama 8 minggu.

Pasien dengan GERD diberikan terapi inisial dengan PPI dosis standar selama 8 minggu, dilanjutkan dengan

on demand therapy di mana PPI dosis standar hanya diberikan pada saat keluhan timbul dan dilanjutkan sampai keluhan hilang. Untuk pasien GERD dengan *mucosal break* (ERD), PPI umumnya diberikan selama 8 minggu dengan dosis ganda. Selanjutnya terapi tergantung kepada berat ringannya *mucosal break*, di mana untuk esofagitis ringan dapat dilanjutkan dengan *on demand therapy* dan untuk esofagitis sedang-berat dilanjutkan dengan *maintenance therapy* (dapat diberikan sampai 6 bulan).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa PPI lebih superior sebagai terapi esofagitis erosiva dibandingkan dengan golongan antagonis reseptor H₂, sukralfat dan plasebo. PPI juga mengurangi gejala *heartburn* dengan lebih cepat dan menyeluruh dibandingkan dengan golongan antagonis reseptor H₂. Walaupun PPI terkesan lebih efektif untuk menghilangkan gejala pada pasien ERD (70-80%) dibandingkan dengan pasien NERD (50-60%), PPI tetaplah lebih superior dibandingkan dengan antagonis reseptor H₂ dan prokinetik. *American College of Gastroenterology* menyatakan tidak ada perbedaan yang mayor di dalam efektivitas terapi antara berbagai macam PPI yang ada.² PPI diberikan sekali sehari 30-60 menit sebelum memakan makanan yang pertama di hari itu guna untuk mendapatkan kontrol pH yang maksimal. Apabila pasien hanya



mendapatkan respon terapi parsial dengan dosis PPI sekali sehari, terapi PPI dua kali sehari dengan penyesuaian waktu dapat dipertimbangkan. Terapi GERD dengan obat-obatan yang tidak berfungsi untuk mensupresi asam seperti prokinetik tidaklah dianjurkan. Pemberian sukralfat juga tidak dianjurkan pada pasien-pasien GERD yang tidak sedang hamil. Rekomendasi

American College of Gastroenterology juga menegaskan bahwa PPI aman untuk diberikan kepada wanita hamil apabila sesuai dengan indikasi. **ST**

1. *Konsensus Nasional Penatalaksanaan Penyakit Refluks Gastroesofageal di Indonesia tahun 2004*

2. Katz PO, et al. *Am J Gastroenterol* 2013; 108:308-328

Hati-Hati Risiko Persalinan dalam Air

Meskipun memberikan 'pesona' tersendiri, data terbaru menunjukkan persalinan dalam air ternyata hanya memberikan sedikit keuntungan, bahkan justru memberikan banyak risiko, sehingga harus dipertimbangkan dengan hati-hati. Demikian pernyataan dari komite yang dibentuk oleh *the American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) dan *the American Academy of Pediatrics* (AAP) belum lama ini.¹

Studi-studi yang ada sebagian merupakan data retrospektif, observasional dengan kualitas buruk atau pendapat pribadi dan kesaksian dari ibu melahirkan. Banyak dari studi-studi ini dipublikasikan di jurnal yang tidak dinilai oleh rekan sejawat (*peer reviewed*). Metode ini juga tidak didukung oleh studi-studi ilmu dasar pada manusia ataupun hewan yang memperlihatkan mekanisme bagaimana persalinan dalam air dapat membantu.

Data yang ada menunjukkan bahwa perendaman pada saat kala I persalinan dikaitkan dengan menurunnya kebutuhan analgesia spinal, epidural atau paraservikal dibandingkan dengan kontrol, selain itu juga dikaitkan dengan penurunan rerata 32,4 menit waktu persalinan. Namun demikian, para ahli berpendapat, oleh karena kualitas studi yang buruk, sulit melihat apakah ada faktor-faktor lain yang berpengaruh terhadap hasil yang didapatkan.

Sedangkan untuk perendaman selama kala II, satu studi yang disertakan dalam analisis Cochrane menunjukkan peningkatan kepuasan ibu, namun tidak ada keuntungan lainnya yang ditemukan. Insidens pasti dari komplikasi sulit dipastikan, namun ada beberapa laporan kasus mengenai gangguan pernapasan berat untuk bayi-bayi yang mengalami aspirasi, termasuk 1 bayi yang meninggal oleh karena sepsis berat. Hal ini juga disertai adanya

kemungkinan infeksi maternal dan fetal oleh karena pecah ketuban, kekhawatian mengenai gangguan terhadap kemampuan termoregulasi bayi, ruptur atau avulsi tali pusat, hiponatremia dan kejang atau asfiksia perinatal.

Berdasarkan hal-hal di atas, komite ahli ini merekomendasikan bahwa fasilitas-fasilitas yang menawarkan persalinan dalam air harus mempunyai protokol ketat dalam hal pemilihan kandidat, pemeliharaan dan pembersihan bak dan kolam perendaman, kontrol infeksi prosedur, pemantauan ibu dan janin pada saat perendaman dan juga protokol untuk pemindahan ibu dari kolam apabila terjadi permasalahan baik untuk ibu maupun janin.

Di Indonesia, praktek persalinan dalam air tidak direkomendasikan baik oleh kalangan dokter ahli kandungan maupun dokter anak. Sikap ini telah dinyatakan dalam *Konas Perinasia di Pekanbaru tahun 2012*. Pada tahun 2011, memang

praktek persalinan dalam air mulai dikenal dan menjadi bahan diskusi yang kontroversial di Indonesia, menyusul terjadinya kasus komplikasi saat persalinan dalam air. **SS**

1. *Committee Opinion No. 594. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol* 2014;123:912-5.



NATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

JUNE-OCT 2014

<p>KPPIK 2014 "How to Solve Common Problems in Daily Practice" 31 Mei – 1 Juni 2014, Hotel Shangri-La, Jakarta CME – CPD Unit FKUI, Telp: 62-21-3106737 email: Kppik2014.cmefkui@gmail.com http://cme.fk.ui.ac.id</p>	<p>Unsrat Menurunkan Morbiditas dan Mortalitas Anak Indonesia 20-21 Juni 2014, Grand Kawanua, Manado email: sinas2014manado@gmail.com</p>	<p>PIT POGI ke 21 25-27 Agustus 2014, Hotel Grand Inna, Bali</p>	<p>The 16th International Meeting of Respiratory Care Indonesia (Respina) 5 – 6 September 2014, JW Marriott, Jakarta Contact: 021-3503011; e-mail informasi@respina.org http://www.respina.org</p>	<p>email: pitinterna@yahoo.com / Nadya 0857.81515115</p>
<p>Joint Symposium 2014 Mid Year National Meeting of Indonesian Society of Intensive Care Medicine (ISICM) & 3rd National Annual Meeting of Indonesian Society of Parenteral and Enteral Nutrition (INASPEN) 4-7 Juni 2014, J Luwansa Hotel, Jakarta Ms Ade 021.31909033/68599155</p>	<p>13th HOPECARDIS (Holistic Approaches in Cardiovascular Diseases) Reinventing Cardiovascular Care 20-22 Juni 2014, Ritz Carlton Mega Kuningan, Jakarta Contact: 021.31934636 http://www.hopecardis.org</p>	<p>Continuing Urology Education "All About Penis from Newborn to Elderly" 28 - 30 Agustus 2014, Hotel Borobudur, Jakarta Contact: Mrs. EriWahyuningsih (081398332224), Mrs. Erna (085773423524)</p>	<p>Simposium Hari Sepsis Dunia 13 September 2014, Jakarta email: info@perdici.org www.perdici.org</p>	<p>Joint Workshop: PERDICI & Pertemuan Ilmiah Berkala Ke-XV PERDATIN Makassar 22-25 Oktober 2014, Hotel Clarion Makassar Contact: Ms Ade 021.31909033/68599155</p>
<p>Fiesta Urology Pediatric Urology and Reconstructive Urology 5-7 Juni 2014, Hotel Bumi Surabaya Sinan IDAI Sulawesi Utara / FK</p>	<p>Kongres Nasional Kesehatan Anak ke-16 (16thKONIKA) 24-28 Agustus 2014, Palembang Dept. IKA FK UNSRI/ RSMH Palembang. Telp: 62-711-3004617 email: idai.sumsel@yahoo.com http://konika16palembang.com/</p>	<p>8th Diabetes Obesity Cardiovascular LINK (DOCLink): Science Navigated Diabetes Care and Education 29 – 31 Agustus 2014, Novotel Mangga Dua Square, Jakarta</p>	<p>Temu Ilmiah Geriatri 20 – 21 September 2014, Hotel Grand Sahid Jakarta Contact: Cici 021-31900275; e-mail: geriatri_rscmfkui@yahoo.com atau tig.jakarta@gmail.com</p>	<p>Jakarta Internal Medicine in Daily Practice 31 Oktober – 2 November 2014, Hotel Harris Kelapa Gading Jakarta Contact: Ris 0812.88723886 / 021.31923499</p>
		<p>PIN XII PB PAPDI 5-7 September 2014, Shangri La Hotel Surabaya Contact: 081617489717 www.pbpabdi.org email: pinpbpabdi@gmail.com</p>	<p>Pertemuan Ilmiah Tahunan Ilmu Penyakit Dalam (PIT IPD) 2014 9-12 Oktober 2014, Hotel Shangri-La Jakarta</p>	

INTERNATIONAL MEDICAL EVENT SCHEDULE

AUGUST-JUNE 2014

<p>ASEAN-IPRAS 2014 1-3 August 2014, Singapore (Customising Plastic Surgery) email: ariel.tan@mci-group.com</p>	<p>World Congress on NeuroTherapeutics 4-7 September 2014, Basel, Switzerland email : dddn@congressmed.com</p>
<p>ISCCM 21st International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine 14-18 Agustus 2014, Bali, Indonesia</p>	<p>International Symposium on current concepts in Knee & Shoulder Arthroscopic Surgery & Arthroplasty (ISKSAA 2014) 4-7 September 2014, New Delhi, India email: psbajaj@hotmail.com</p>
<p>The 16th Congress of Asian College of Psychosomatic medicine 22-23 Agustus 2014, Jakarta, Indonesia http://www.acpm2014.com</p>	<p>European Respiratory Society (ERS): Annual Congress 6-10 September 2014, Munich Germany http://www.erscongress.org/</p>
<p>Australasian Integrative Medicine Conference 22-24 August 2014, Sydney, Australia email: admin@aima.net.au</p>	<p>American Gynecological and Obstetrical Society (AGOS) Annual Meeting 11-13 September 2014, Chicago, USA http://www.agosonline.org/meetings.html</p>
<p>Asia-Pacific Prostate Cancer Conference (APCC) 31 August – 2 September 2014. Melbourne, Australia email: apcc2014@icms.com.au</p>	<p>50th Annual Meeting of the European Association for the Study of Diabetes 15-19 September 2014, Vienna, Austria Email: j.meier@interplan.de</p>
<p>15th World Congress on Cancers of the Skin 3-6 September 2014, Edinburgh, UK email: wccs2014@bad.org.uk</p>	

September 12 - 14, 2014
Holiday Inn Hotel, Jakarta

Empowering Cardiovascular Service Providers in National Universal Coverage Insurance System

SCIENTIFIC PROGRAMS:
PLENARY SESSION, SYMPOSIA, SCIENTIFIC RESEARCH FORUM, QUIZ, PANEL DISCUSSION

<p>PRIMARY WORKSHOPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Workshop on Echodardiogram Workshop on Heart Failure for Primary Care Workshop on Acute Cardiac Syndrome Early Detection and Referral of Congenital Heart Disease How to Publish a Paper 	<p>SECONDARY WORKSHOPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Advanced Management of Acute Coronary Syndrome Workshop on Shock & Hemodynamic Monitoring Workshop on Non Invasive Modalities for Diagnosing Coronary Artery Disease Workshop hands on Echocardiography in Valvular Heart Disease Workshop on Vascular Ultrasound (hands-on)
---	---

Information & Online Registration:
www.wecoc.web.id

Secretariat:
c/o. National Cardiovascular Center Harapan Kita, DIKLAT Building 5th Floor,
Jl. Let. Jend. S. Parman Kav. 87, Slipi, West Jakarta (11420), Indonesia
Phone: (+6221) 568-4093, ext. 1554 (Nia) & 3505 (Cisca); Facsimilie: (+6221) 560-8902
Website: www.wecoc.web.id; Email: wecoc_cardiology@yahoo.com



WEEKEND GETAWAY TO KEPULAUAN SERIBU

dr.Marissa TS Pudjiadi, Sp.A



Di balik gedung-gedung pencakar langit, Jakarta menyimpan harta karun bawah laut yang sangat beragam di Kepulauan Seribu. Tidak perlu meluangkan waktu terlalu lama dan jauh untuk berlibur, kita dapat melepas kejenuhan dengan berakhirpekan di sana.

Di wilayah kepulauan ini, Pulau Pramuka merupakan pusat administrasi dan pemerintahan Kabupaten Kepulauan Seribu. Pulau yang paling banyak dikunjungi wisatawan ini adalah pulau transit dan tempat menginap yang strategis. Kita dapat mencapainya dari Dermaga Marina Ancol atau Pelabuhan Lama Muara Angke.

Jika ingin menggunakan kapal cepat kita berangkat dari Dermaga Marina Ancol, yaitu dengan menggunakan kapal Predator dari dermaga 6 Marina Ancol. Kapal berangkat pukul 08.00, dengan biaya kurang lebih Rp. 400.000,-/orang, Masing masing kapal memiliki kapasitas yang berbeda-beda tergantung besar kecilnya kapal, rata rata mereka memiliki kapasitas untuk 20 orang. Dengan kapal Predator ini

perjalanan ditempuh dalam waktu 1,5 jam.

Alternatif lain, ada juga dua kapal dengan jalur lintasan melewati Pulau Pramuka yaitu KM Kerapu dan KM Lumba-lumba. Kapal berangkat pukul 07.00, dengan biaya Rp. 30.000,- sampai Rp. 50.000,-/orang. Masing-masing kapal dapat menampung 25-50 orang. Loket tiket dibuka pukul 06.30, namun sebaiknya kita sudah tiba pukul 06.00, karena tiket tidak dapat dipesan sebelumnya dan bila kehabisan maka berarti kita tidak dapat berangkat. Dengan kapal ini perjalanan dari Jakarta ke Pulau Pramuka kurang lebih akan ditempuh dalam waktu 2,5 jam. Untuk informasi lebih lanjut mengenai jadwal dapat menghubungi Marina Ancol (021-640-1140)

Dengan keunikan yang berbeda, bila ingin merasakan serunya berlayar dengan kapal kayu, kita dapat berangkat dari Pelabuhan Lama Muara Angke (dengan KM Kerapu). Kita membeli tiket setelah naik di atas kapal dan ia akan berangkat setelah penuh penumpangnya. Biasanya kapal akan berangkat sekitar pukul 07.00-08.00 bila sudah penuh penumpangnya. Lama

perjalanan dengan kapal kayu kurang lebih 4 jam.

Di Pulau Pramuka ada berbagai jenis penginapan. Mulai dari vila yang memiliki AC dengan kamar mandi dalam ataupun penginapan dengan kipas angin dan kamar mandi luar, sampai rumah penduduk yang disewakan pada akhir pekan. Penginapan yang lengkap dengan AC dan kamar mandi dalam, tarifnya sekitar Rp. 350.000,- sampai Rp. 450.000,-/malam. Disarankan untuk memesan 2 minggu sebelum berangkat, sebab penginapan ini sering kali penuh. Tentunya jangan lupa untuk konfirmasi 1 minggu dan 2 hari sebelum keberangkatan.

Dari Pulau Pramuka, kita dapat menyewa kapal kayu/motor pribadi untuk melakukan *island hopping*. Kita dapat melakukan snorkeling atau diving atau pun hanya bersantai, dan membakar ikan di pulau. Harga penyewaan kapal tergantung jarak dan lokasi snorkeling yang diinginkan. Lokasi favorit untuk snorkeling antara lain Pulau Panggang, Pulau Air, Pulau Kotok Besar, Pulau Kotok Kecil, dan Pulau Semak Daun. Semua

dapat dikunjungi dari pagi sampai sore. Biasanya kapten kapal dan anak buahnya sudah sangat mengenal daerah itu dan akan menemani kita selama snorkeling. Ingat, jangan pernah mencoba snorkeling dan diving sendirian tanpa kawalan mereka!

Berbagai macam ikan, terumbu karang, bintang laut, kelinci laut, penyu, murray eel, dan berbagai binatang laut lainnya dapat ditemukan. Walaupun lokasi ini kerapnya dipakai untuk diving, tetapi di setiap spot terdapat area yang kehidupan bawah airnya tidak terlalu dalam, yaitu sekitar 5-6 meter, sehingga cocok untuk snorkeling. Nah, jangan lupa untuk membawa kamera bawah air karena kita dapat membuat foto fantastis bersama ikan-ikan ini.

Biasanya setelah snorkeling di satu-dua tempat, kita diajak beristirahat di Pulau Semak Daun. Agar lebih praktis dan seru, sebelum berangkat mintalah kapten kapal mengatur makan siang di pulau ini dengan cara membakar ikan dan sea food yang telah disiapkan sebelumnya. Pulau Semak Daun tidak berpenduduk, bersih, dan pada satu sisi ombaknya tidak terlalu besar. Pulau ini sangat cocok untuk beristirahat, makan,

dan bersantai. Bagi yang membawa anak kecil, di sisi ini kita dapat mengajak anak untuk bermain pasir. Bila kita pergi bersama beberapa orang, bahkan kita dapat bermain bola di sini. Setelah rehat, kita dapat melanjutkan snorkeling di 1-2 spot berikutnya, sebelum kembali ke Pulau Pramuka untuk beristirahat.

Setelah seharian mengunjungi pulau-pulau, kita dapat menikmati makan malam di Pulau Bandeng yang terletak persis di seberang Pulau Pramuka dengan naik taksi kapal. Pulau Bandeng merupakan restoran dan pabrik pengolahan bandeng segar. Makanan khas dari pulau ini adalah bandeng tanpa tulang, tetapi tentunya kita tetap dapat menikmati berbagai makanan lainnya.

Keesokan harinya, kita dapat mengunjungi penangkaran penyu sisik di Pulau Pramuka, yang terletak di sisi belakang pelabuhan. Walau tidak terlalu besar, tetapi penyu yang ditangkar cukup banyak. Meskipun menarik, namun jangan sampai kita lupa waktu dan terlambat pulang! Karena kapal ke Jakarta akan berangkat sekitar pukul 13.00-14.00.

Have a nice weekend!! MD



SEA PEARL DIVE CENTER

Be a good diver with the proper diving license



Sea Pearl is a swimming pool designed for dive training which consists of two levels of pool, a shallow pool of 1.5 meters so it will be comfortable to learn how to do basic skills in this pool and the deep pool of 4 meters deep for training the buoyancy skill and other skills that needed for diving. Sea Pearl has an excellent quality of water equivalent to the quality of drinking water with intensive and periodic testing every 3 months in the lab we always check for the quality of the water.

Jl. Susilo III no. 3
Grogol, Jakarta Barat 11450
Phone: 62 21 5638265 – 56965834 – 5606074
Email: seapearlsc@yahoo.com; info@seapearldc.com