

DAFTAR ISI

The advance of Diagnosis and Management of Diabetes Mellitus	1
Case and Complexity in Medically ill "JKN era"	8
Pengenalan & Penanganan Kasus Narkoba	15
New-emerging Protozoan Diseases in Indonesia.....	16
Manfaat dan Pedoman Diagnosis serta Penatalaksanaan Dini HIV	23
Diagnostik & Penanganan Hepatitis B	27
Penggunaan Antimikroba pada Kasus Infeksi	28
Pengobatan Profilaksis INH pada Anak	29
Hepatitis Pada Anak	34
Tatalaksana Infeksi Saluran Kemih pada Anak di Pusat Pelayanan Primer, Sekunder, dan Tersier	48
Peranan Nutrisi pada Tumbuh Kembang Anak	69
Kanker Solid : Kolorektal dan Payudara	83
Keganasan Ginekologi.....	96
Selayang Pandang Keganasan Hematologi.....	107
Epigenetika Molekular Pada Terapi Kanker.....	111
Infertilitas pada Pria	120
Keguguran Berulang.....	124
Perdarahan Uterus pada Kasus-Kasus Ginekologi.....	135
Pertumbuhan Janin Terhambat	151
Keputihan	156
Traveller Disease	161
The Role of Hyperbaric Oxygen Therapy in Plastic Surgery Cases	162
Kedokteran Kelautan: Ciguatera.....	164
Gangguan Hormon pada Obesitas	165
Tatalaksana Stroke Hiperakut.....	174
Penanganan Gangguan Psikiatrik di Lini Primer.....	175
Peran Bedah Saraf pada Lesi Otak/ Saraf.....	176
Penyakit Paru Obstruktif Kronik	177

Kegawatdaruratan pada Bidang THT-KL.....	189
Kedaruratan di Bidang Mata.....	200
Akut Abdomen Pada Anak: Bilamana Itu Kasus Bedah?	201
Rehabilitasi pada Muskuloskeletal & Arthritis.....	213
Batu Saluran Kencing.....	214
Penyakit Ginjal Kronik.....	215
Multiple Trauma.....	223
Resusitasi pada Syok Sirkulasi	224
Urinalisis dalam Praktik Klinik	234
Diagnostik dan Penanganan Hipertensi Terkini	237
Peripartum Cardiomyopathy.....	238
Penyakit Jantung pada Kehamilan.....	243
Peran Radiologi Untuk Evaluasi Coronary Heart Disease.....	258

Comprehensive Medical Topics Focused on Diseases Management and Diagnosis
COME TO MANADO

Proceeding Book

Dalam Rangka Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan II FK UNSRAT

Editor

DR. dr. John E. Wantania, SpOG-K

DR. dr. Jeanette I. Ch. Manoppo, Sp.A-K

Penyunting

dr. Harsali F. Lampus, MHSM, SpBA

dr. Andree Hartanto

dr. Effendy Gunawan

dr. Antonius Wibowo

Diterbitkan oleh:

Bagian Bedah FK UNSRAT Manado

Alamat Penerbit:

Bagian Bedah FK UNSRAT Manado

Jalan Raya Tanawangko No.56, Manado, Sulawesi Utara, Indonesia

95115

Cetakan kedua, Mei 2017

ISBN: 978-602-70396-1-2

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan cara apapun tanpa ijin tertulis
dari penerbit

SAMBUTAN DEKAN FK UNSRAT

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Kuasa karena berkatnya kita dapat berkumpul kembali dalam kegiatan ilmiah dalam rangka Simposium Ilmiah Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan ke-2. Oleh karena itu sesuai dengan salah satu fungsi Tridharma Perguruan Tinggi, FK Universitas Sam Ratulangi senantiasa menyelenggarakan Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB) secara berkesinambungan.

Tantangan dan kemajuan di bidang kedokteran dalam beberapa dasawarsa terakhir berlangsung sangat pesat dan telah tersubspesialis ke dalam topik-topik yang semakin spesifik. Selain itu, standar pelayanan kedokteran semakin lama semakin tinggi sehingga dokter juga perlu meningkat standar pelayanannya. Salah satu cara untuk memperbaharui ilmu pengetahuan dan standar pelayanan kedokteran adalah dengan penyelenggaraan PKB.

Saya menyampaikan penghargaan kepada seluruh anggota panitia yang bekerja berjerih lelah sehingga Simposium Ilmiah Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan dapat terselenggara dengan baik.

Akhir kata, saya mengucapkan terima kasih kepada seluruh peserta seminar yang telah hadir meluangkan waktu untuk mengikuti acara dari awal hingga akhir. Semoga dengan mengikuti acara ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua.

Dekan FK UNSRAT

Prof. DR. dr. Adrian Umboh, SpA(K)

SAMBUTAN KETUA PANITIA

Dies Natalis Universitas Sam Ratulangi yang ke-58 merupakan salah satu momentum untuk mempertemukan civitas akademika dan para alumni yang telah tersebar di seluruh Indonesia. Rangkaian acara Dies Natalies ini merupakan salah satu media transfer ilmu para civitas akademika.

Dengan tema "*Comprehensive Medical Topics Focused on Management and Diagnosis (COME TO MANADO)*" diharapkan kepada seluruh civitas, alumni dan kepada seluruh dokter dapat mengambil manfaat seluas-luasnya untuk dapat mengembangkan keterampilan dan keilmuan.

Semoga kegiatan ini dapat berjalan dengan lancar dan sukses sesuai dengan yang telah di rencanakan. Akhir kata saya mengucapkan terima kasih kepada seluruh pembicara, moderator, panitia dan peserta yang hadir.

Ketua Panitia

DR. dr. Jeanette I. Ch. Manoppo, Sp.A-K

SAMBUTAN KOORDINATOR ILMIAH

Salam sejahtera!

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena dengan rahmat dan karuniaNya kami dapat mewujudkan acara Simposium Ilmiah pada tahun ini.

Terima kasih kami ucapkan kepada pihak-pihak yang telah membantu terlaksananya acara ini. Terima kasih kepada pembicara-pembicara yang terhormat, yang telah mencurahkan waktu dan tenaga untuk memberikan ilmu kepada civitas akademika melalui acara ilmiah ini.

Kedokteran adalah ilmu yang terus berkembang, sehingga sudah menjadi tugas kita sebagai dokter dan tenaga medis untuk selalu belajar dan mengikuti perkembangan teknologi kedokteran. Semoga dengan adanya acara Simposium Ilmiah ini dapat memberikan informasi yang bermanfaat untuk para civitas akademika agar dapat memberikan pelayanan yang terbaik pada masyarakat.

Sebagai penutup, kami mengucapkan terima kasih atas dukungan dan kepercayaan pada kami. Kami sangat mengharapkan Saran dan kritik yang membangun agar penyelenggaraan acara ilmiah di tahun yang akan datang dapat berkembang ke arah yang lebih baik dan informatif. Kami akan terus berusaha memberikan yang terbaik.

Koordinator Seksi Ilmiah

DR. dr. John E. Wantania, SpOG-K

11. Shekelle PG, Park RE, Kahan JP, Leape LL, Kamberg CJ, Bernstein SJ. Sensitivity and specificity of the RAND/UCLA Appropriateness Method to identify the overuse and underuse of coronary revascularization and hysterectomy. *J Clin Epidemiol* 2001;54(10):1004-10.

PERTUMBUHAN JANIN TERHAMBAT (PJT / IUGR)

John Wantania

Bagian Obstetri & Ginekologi FK Unsrat / RSUP Prof R. D Kandou Manado

Pertumbuhan janin terhambat (PJT) atau IUGR (*Intrauterin Growth Restriction*) merupakan kondisi yang bisa merupakan masalah dalam pengelolaan kehamilan sekalipun belum tentu kondisi ibunya juga bermasalah berat. PJT tidaklah sama dengan janin kecil masa kehamilan (KMK). Beberapa PJT mungkin adalah janin KMK, sementara 50-70% janin KMK adalah janin konstitusional kecil dengan pertumbuhan janin yang sesuai dengan ukuran dan etnis ibu.¹ Pertumbuhan janin terhambat menunjukkan terhambatnya potensi pertumbuhan secara genetik yang patologis, sehingga didapatkan adanya bukti-bukti gangguan pada janin seperti gambaran Doppler yang abnormal, dan berkurangnya volume cairan ketuban. Dengan demikian, PJT adalah ketidakmampuan janin mempertahankan pertumbuhan yang diharapkan sesuai dengan kurva pertumbuhan yang telah terstandarisasi dengan atau tanpa adanya KMK.²

Klasifikasi

Pertumbuhan janin terhambat dapat diklasifikasikan menjadi simetris dan asimetris, umumnya tergantung kapan faktor risikonya berpengaruh pada pertumbuhan janin. **PJT simetris** adalah janin yang secara proporsional berukuran badan kecil. Gangguan pertumbuhan janin terjadi sebelum umur kehamilan 20 minggu yang sering disebabkan oleh kelainan kromosom atau infeksi. Sementara itu **PJT asimetris** adalah janin yang berukuran badan tidak proporsional, gangguan pertumbuhan janin terjadi pada kehamilan trimester III, sering disebabkan oleh insufisiensi plasenta.^{3,4,5}

Jika faktor yang menghambat pertumbuhan terjadi pada awal kehamilan yaitu saat fase hiperplasia (biasanya akibat kelainan kromosom dan infeksi), akan menyebabkan PJT yang simetris. Jumlah sel berkurang dan secara permanen akan menghambat pertumbuhan janin dan prognosis jelek. Penampilan klinis berupa proporsi tubuh yang tampak normal karena berat dan panjang sama-sama terganggu, sehingga indeks ponderal normal. Sementara itu, jika faktor yang menghambat pertumbuhan terjadi pada saat kehamilan lanjut, yaitu saat fase hipertrofi (biasanya akibat gangguan fungsi plasenta, misal pada

preeklampsia), akan menyebabkan ukuran sel berkurang, menyebabkan PJT asimetris yang mempunyai prognosis lebih baik. Lingkaran perut kecil, skeletal dan kepala normal, dan indeks ponderal abnormal.^{3,6,7}

Skrining pertumbuhan janin terhambat

Berdasarkan anamnesis, perlu diketahui mengenai faktor risiko maternal, janin, dan plasenta; tafsiran tanggal persalinan berdasarkan USG pada trimester pertama dan tanggal hari pertama dari haid terakhir. Dari pemeriksaan fisik ditentukan dengan pengukuran tinggi fundus uteri dan beberapa pemeriksaan lain yang dapat menjadi pertimbangan, antara lain: skrining biokimia untuk Trisomi 21 dibantu dengan pemeriksaan sonografi.⁸

Skrining PJT dapat dilakukan jika terdapat satu atau lebih tanda-tanda yaitu gerak janin berkurang, TFU < 3 cm TFU normal sesuai usia kehamilan, penambahan berat badan < 5 kg pada usia kehamilan 24 minggu atau < 8 kg pada usia kehamilan 32 minggu (untuk ibu dengan BMI < 30), taksiran berat janin < 10 persentil, HC/AC > 1, dan volume cairan ketuban berkurang (ICA < 5 cm atau cairan amnion kantung tunggal terdalam < 2 cm).⁹

Diagnosis pertumbuhan janin terhambat

Diagnosis dari pertumbuhan janin terhambat dapat ditegakkan apabila didapatkan tafsiran berat janin ataupun lingkaran perut pada pemeriksaan sonografi < 10 persentil.

Penatalaksanaan pada Kehamilan < 32 minggu

Usia kehamilan merupakan hal penting pertama yang harus diperhatikan terutama pada PJT < 32 minggu, karena terkait masalah etiologi dan fungsi plasenta. Setelah melakukan klasifikasi berdasarkan etiologi, maka harus ditentukan tipe PJT apakah termasuk tipe simetris atau asimetris. Kemudian dilakukan penatalaksanaan terhadap semua kondisi maternal seperti mengurangi stress, meningkatkan asupan nutrisi, mengurangi rokok dan/atau narkotika, dan anjurkan istirahat tidur miring. Setelah digali berdasarkan anamnesis, maka dilakukan pemeriksaan USG untuk evaluasi pertumbuhan dan *Doppler velocimetry* arteri umbilikalisis setiap 3 minggu sampai usia kehamilan 36 minggu atau sampai timbul keadaan oligohidramnion dan dilakukan pemeriksaan profil biofisik setiap minggu termasuk NST, diikuti dengan NST saja pada minggu yang sama.⁹

Jika ditemukan keadaan seperti ICA < 2,5 persentil dengan *Doppler velocimetry* arteri umbilikalisis normal dan *Doppler velocimetry* arteri umbilikalisis hilang (AEDF) atau terbalik (REDF), maka pasien memerlukan pemantauan ketat di rumah sakit. Jika pada pasien ditemukan keadaan seperti *Anhydramnion* (tidak ada poket) pada usia kehamilan 30 minggu atau lebih, adanya deselerasi berulang, selama 2 minggu tidak ada pertumbuhan janin dan paru janin sudah matang, dan pada pemeriksaan *Doppler velocimetry* adanya AEDF atau REDF, maka sudah terpenuhi syarat untuk dilakukan terminasi kehamilan segera. Secara garis besar, perawatan konservatif pada kehamilan < 32 minggu sangatlah kontroversial karena diragukan manfaatnya, sehingga sebagian besar kasus berakhir dengan terminasi kehamilan.⁹

Penatalaksanaan usia kehamilan > 32 minggu

Seperti halnya PJT < 32 minggu, pemantauan PJT yang ditemukan pada usia kehamilan \geq 32 minggu seharusnya berdasarkan etiologi, maka harus ditentukan tipe PJT apakah termasuk tipe simetris atau asimetris. Kemudian terapi semua keadaan maternal seperti mengurangi stress, meningkatkan asupan nutrisi, mengurangi rokok dan/atau narkotika, dan anjurkan istirahat tidur miring. Setelah digali berdasarkan anamnesis, maka dilakukan pemeriksaan USG untuk evaluasi pertumbuhan dan *Doppler velocimetry* arteri umbilikalisis setiap 3 minggu pemeriksaan profil biofisik setiap minggu termasuk NST, diikuti dengan NST saja pada minggu yang sama. Jika ditemukan keadaan seperti ICA \leq 5 cm atau profil biofisik yang equivokal (6/10) pasien memerlukan perawatan di rumah sakit untuk dilakukan observasi ketat.⁹

Jika pada pasien ditemukan keadaan seperti oligohidramnion (ICA < 5 cm), umur kehamilan 36 minggu atau lebih, Oligohidramnion pada usia kehamilan < 36 minggu dikombinasi dengan *Doppler velocimetry* arteri umbilikalisis, adanya abnormalitas *Doppler velocimetry* a. umbilikalisis seperti: *Doppler velocimetry* a. umbilikalisis REDF setelah 32 minggu, *Doppler velocimetry* a. umbilikalisis AEDF setelah 34 minggu, jika AEDF pada < 34 minggu, maka penilaian profil biofisik dilakukan dua kali seminggu. AEDF dan NST abnormal dan oligohidramnion, merupakan beberapa indikasi dilakukannya terminasi segera.⁹

Pemeriksaan profil biofisik dikatakan abnormal apabila kurang atau sama dengan 4/10, dan jika profil biofisik equivokal (6/10), pasien dapat diobservasi dan pemeriksaan diulangi 4-6 jam, jika hasilnya masih equivokal maka kehamilan segera diterminasi. Secara garis besar, pada usia kehamilan 32-36 minggu perawatan konservatif masih dapat dipertimbangkan.⁹

Terminasi kehamilan bisa dilakukan dengan induksi persalinan maupun Seksio sesarea, tergantung kondisi fetomaternal, namun umumnya kondisi gawat janin akan mengarahkan pada persalinan perabdominal. Kondisi PJT berat akan lebih baik bila berada di luar lingkungan intrauterin yang tidak bisa dikoreksi, meski prognosinya turut ditentukan oleh maturitas/kondisi akhir janin dan etiologi yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

1. RCOG. The investigation and management of the small-for-gestational-age fetus. 2014.
2. Lausman A, Kingdom J, Gagnon R, et al. Intrauterine growth restriction: screening, diagnosis, and management. *J Obstet Gynaecol Can* 2013; 35(8): 741-57.
3. Peleg D, Kennedy CM, Hunter SK. Intrauterine growth restriction: identification and management. *American family physician* 1998; 58(2): 453-60, 66-7.
4. Manakatala UH. Intrauterine growth restriction. In: Zutshi VK, A; Batra, S, ed. Problem based approach in obstetrics and gynecology. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Pub Ltd; 2002: 206-20.
5. Li H, Gudmundsson S, Olofsson P. Prospect for vaginal delivery of growth restricted fetuses with abnormal umbilical artery blood flow. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2003; 82(9): 828-33.
6. Wolstenhime JW, C. Gene, chromosome and IUGR. In: Kingdom J; Baker P, ed. Intrauterine Growth Restriction; 2000.
7. Miller HC. Fetal growth and neonatal mortality. *Pediatrics* 1972; 49(3): 392-9.
8. Lausman A, Kingdom J. *Intrauterine Growth Restriction: Screening, Diagnosis, and Management*. *J Obstet Gynaecol Can* 2013;35(8):741-748.

9. MUHC Guidelines for Intrauterine Growth Restriction. 4th World Congress Medicine. Sehested LT, Pedersen P. *Prognosis and Risk Factors for Intrauterine Growth Retardation*. *Dan Med J* 2014;61(4):A4826.



Certificate



PRESENTED TO :

Dr. dr. John J. E. Wantania, SpOG(K)

as

SPEAKER

Symposium Comprehensive Medical Topics
Focused On Diseases Management & Diagnosis

58th Annual Dies Natalis

Faculty Of Medicine - University Of Sam Ratulangi Manado

May 29th, 2017 - Swiss-Belhotel Maleosan Manado

This program has been accredited by Indonesia Medical Association (IMA/IDI)

No. 276/PW-IDI/SULUT/SKP/V-2017

Participant : 8 SKP Speaker : 8 SKP Moderator : 2 SKP Committee : 1SKP

*Come
to Manado*

Chairman of Committee

Dr. dr. Jennette I. Ch. Manoppo, SpA-K

Dean of Medical Faculty

Prof. Dr. dr. Adrian Umboh, SpA-K

Scientific Coordinator

Dr. dr. John J. E. Wantania, SpOG-K