

ULIN

Media Informasi RSUD Ulin Banjarmasin

News



PELAYANAN KESEHATAN DI ERA JKN

RSUD ULIN BANJARMASIN

JL. JEND. A. YANI NO. 43 BANJARMASIN - KALIMANTAN SELATAN

TELP. (0511) 3252180, 3257471, 3257472 (HUNTING)

FAX. (0511) 3252229, rsulin.kalselprov.go.id

TIM REDAKSI MEDIA INFORMASI ULIN NEWS

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ULIN BANJARMASIN

Pengarah : Direktur RSUD Ulin Banjarmasin

Pemimpin Redaksi :
Dr. dr. Dwi Laksono Adiputro, SpJP(K), FIHA, FAsCC

Wakil Pemimpin Redaksi :
dr. Muhammad Siddik, SpKFR

Sekretaris Redaksi :
Muji Noviyana, S.Gz

Editor :
dr. Meldy Muzada Elfa, Sp.PD
dr. Fauzan Muttaqien, SpJP-FIHA
Maya Midiyatie Afridha, S.Gz,RD

Desain Layout :
Ahmad Farhan Lutfi

Anggota Redaksi :
1. Dr. dr. Pribakti B., SpOG(K)
2. dr. Robiana M Noor, SpKK, FINS-DV, FAADV
3. dr. Miftahul Arifin, SpPK
4. H. Yan Setiawan, Ns. M. Kep
5. Maya Fauzi, S. Kep, Ns. MM
6. M. Hakim, AMG

Konsultan Hukum:
Kabid Hukum & Informasi

Bagian Sirkulasi :
M. Syarif

Fotografer :
Agus Supriadi

Sekretariat Ulin News :
Gedung IGD Lantai 3 RSUD Ulin Banjarmasin
Jl. A.Yani No. 43 Banjarmasin
Telpon. 0511 3252180 Fax. 0511 3252229

Email :
ulinnews@yahoo.co.id

Printed By:



PT. GRAFIKA WANGI KALIMANTAN
(Banjarmasin Post Group)

Jl. Pelaihari Km. 20,8 Liang Anggang Landasan Ulin
Barat Banjarbaru Kalsel 70722 - Indonesia

Redaksi menerima tulisan untuk dimuat
di Ulin News, panjang tulisan 2 kwarto dengan
spasi 1,5. Redaksi berhak mengedit tulisan sesuai
dengan visi dan misi RSUD Ulin Banjarmasin

Salam Pembaca

Hari Kesehatan Nasional (HKN) berlangsung pada tanggal 12 November setiap tahunnya. HKN Tahun 2019 ini adalah HKN yang ke-55 dengan tema "Generasi Sehat, Indonesia Unggul" Momentum Hari Kesehatan Nasional ke-55 ini dengan fokus masalah *stunting* dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Bergulirnya program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) berdampak terhadap pelayanan kesehatan masyarakat. Program JKN-KIS membuka akses yang lebih besar kepada masyarakat untuk mendapat jaminan pelayanan kesehatan. Secara bertahap, Program JKN-KIS pun terus berkembang pesat hingga kini dan bergerak menuju cakupan semesta. Sampai dengan saat ini, jumlah masyarakat yang telah mengikuti Program JKN-KIS mencapai 180 juta jiwa atau lebih dari 70% dari jumlah proyeksi penduduk Indonesia di tahun 2017. Hal ini menunjukkan program JKN menjawab kebutuhan masyarakat Indonesia dalam pelayanan kesehatan.

HKN ini juga sebagai pengingat publik bahwa derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya akan terwujud, apabila semua komponen bangsa, masyarakat, organisasi kemasyarakatan, swasta berperan serta dalam upaya kesehatan, dengan lebih memprioritaskan promotif-preventif dan semakin menggalakkan serta melembagakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS), tanpa mengabaikan kuratif-rehabilitatif.

Melalui Ulin News edisi kali ini, akan disajikan berbagai artikel kesehatan yang diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan kita semua khususnya di bidang kesehatan. Selamat membaca, semoga dapat memberikan manfaat bagi kita semua.



Salam Hangat
Pimpinan Redaksi

**Dr. dr. Dwi Laksono Adiputro, SpJP(K),
FIHA, FAsCC**



COVER	: PELAYANAN KESEHATAN DI ERA JKN
FOTO	: IMAGE BY GOOGLE ULIN BANJARMASIN
LAYOUT &	: LUTFI PKRS
DESAIN	

Redaksi

- 2. Dari Redaksi
- 3. Daftar Isi

Laporan Utama

- 4. Pelayanan Kesehatan di Era JKN
- 6. Implikasi Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Pendidikan Kedokteran di RS Pendidikan

Untuk Kita

- 8. Gizi Untuk Generasi Sehat dan Unggul
- 10. Infeksi jamur Pada Penderita Diabetes

Tips dan Trik

- 11. Yuk, Kenali Indeks Glikemik Makanan Kita

Medika

- 12. *Benigna Prostatic Hyperplasia* (Pembesaran Prostat Jinak) dan Pengobatannya
- 14. Sindroma Nyeri Kandung Kemih (SNK)

Sebaiknya Anda Tahu

- 16. Mengenal Stoma dan Perawatannya

Info Medis

- 18. Rehabilitasi Anak Pasca Operasi Bedah Jantung
- 19. Tips Diet untuk Anak dengan Penyakit Jantung Bawaan

SAINS

- 20. Mengetahui Kanker Sejak Dini Dengan Endoskopi

Topik Kita

- 22. Stop Kekerasan Terhadap Perempuan

Ulin Mahabari

- 24. Membangun Pola Kemitraan RSUD Ulin dengan Bapelkes

Profil Unit

- 26. Poli Bedah Ortopaedi

Sosok

- 28. Mengenal Lebih Dekat Sang Bidan Supri Nuryani, SKM, M.Kes

Peristiwa

- 29. Resurvey Perpanjangan Akreditasi Rumah Sakit Pendidikan Utama
- 30. Survey Verifikasi Akreditasi Rumah Sakit (SNARS Edisi I)
- 31. Studi banding RSUD Panglima Sebaya

32. Album

Pelayanan Kesehatan di Era JKN

Dr. dr. Pribakti B, SpOG(K)

Ketua KSM Obstetri dan Ginekologi RSUD Ulin Banjarmasin



Harus diakui asuransi kesehatan di Indonesia merupakan hal yang relatif baru bagi kebanyakan penduduk Indonesia karena istilah asuransi kesehatan belum menjadi perbendaharaan kata umum. Pemahaman tentang asuransi kesehatan masih sangat beragam, dibanyak buku test asuransi , asuransi kesehatan mencakup produk asruansi kesehatan sosial maupun komersial. Istilah Asuransi Kesehatan Nasional (AKN) atau *National Health Insurance* (NHI) kini makin banyak digunakan di dunia. Negara Inggris merupakan negara pertama yang memperkenalkan AKN di tahun 1911.

Hakekatnya baik NHI maupun AKN mempunyai tujuan yang sama yaitu menjamin bahwa seluruh penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis tanpa mempertimbangkan kemampuan ekonominya. Perbedaan NHI dan AKN terletak pada mekanisme pendanaan. AKN lebih bertumpu pada kontribusi khusus yang bersifat wajib dan dikelola secara terpisah dari anggaran belanja negara, baik dikelola langsung oleh pemerintah maupun oleh suatu badan kuasa yang otonom, Namun ketersediaan asuransi kesehatan saja tidak cukup, diperlukan Asuransi Kesehatan Sosial atau Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Hal tersebut karena premi asuransi komersial relatif tinggi sehingga tidak

terjangkau bagi sebagian besar masyarakat dan manfaat yang ditawarkan umumnya terbatas. Sebaliknya, asuransi kesehatan sosial memberikan beberapa keuntungan. Pertama, memberikan manfaat yang komprehensif dengan premi terjangkau. Kedua, asuransi kesehatan sosial merupakan prinsip kendali biaya dan mutu. Itu berarti peserta bisa mendapatkan pelayanan bermutu memadai dengan biaya yang wajar dan terkendali, bukan terserah dokter atau terserah rumah sakit. Ketiga, asuransi kesehatan sosial menjamin sustainabilitas (kepastian pembiayaan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan). Keempat, asuransi kesehatan sosial memiliki portabilitas, sehingga dapat digunakan diseluruh wilayah Indonesia. Oleh sebab itu, untuk melindungi seluruh warga, kepesertaan asuransi kesehatan sosial bersifat wajib.

Menurut definisinya, berdasarkan UU SJSN No. 40 tahun 2004, asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya. Sementara itu, SJSN adalah tata penyelenggaraan program jaminan sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

Asuransi sosial memiliki kelebihan dibandingkan dengan asuransi komersil, diantaranya adalah: 1) kepesertaan bersifat wajib, 2) non profit dan 3) mempunyai manfaat yang komprehensif. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Prinsip JKN mengacu pada prinsip-prinsip SJSN, yaitu prinsip nirlaba atau bukan mencari laba, prinsip keterbukaan, kehati-hatian, *akuntabilitas*, efisiensi dan efektivitas, prinsip portabilitas, prinsip kepesertaan bersifat wajib yang dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi, prinsip dana amanat dimana dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya. Dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta dan prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

Ada 2 (dua) jenis pelayanan Kesehatan yang akan diperoleh oleh peserta JKN yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Bila peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.

Dalam perjalanannya JKN juga menemukan beberapa masalah, hal ini karena selain manfaat yang telah diterima. JKN pada beberapa kondisi masih dianggap kurang dapat mengakomodasi secara penuh maksud pelaksanaannya. Peserta, pemberi pelayanan kesehatan dan bahkan BPJS sendiri merasa konsep yang berjalan saat ini belum baik. Berbagai masalah timbul dan hampir setiap hari kita dapat mendengarkan, membaca serta

melihat langsung betapa besar masih tantangan dalam pelaksanaan program ini.

Diantaranya beberapa masalah dirangkum sebagai berikut; 1) sosialisasi: masih banyak masyarakat yang belum mengetahui prosedur jaminan kesehatan. 2) Fasilitas kesehatan: pelayanan puskesmas dan klinik yang ditunjuk sebagai penyedia JKN belum memadai dimana fasilitas banyak yang belum memenuhi standar dan jumlah dokter terhadap pasien masih kurang ideal, 3) pembayaran: belum terjadi kesepakatan iuran pekerja formal antara pemerintah, asosiasi pengusaha, dan serikat pekerja. Masih ada kekhawatiran rumah sakit jika BPJS tidak akan membayar tunggakan dari pasien dan 4) Ketersediaan data: masih ada keraguan tentang keamanan sistem data peserta BPJS.

Sebuah penelitian tentang evaluasi satu tahun JKN di Universitas Muhamadiyah Yogyakarta mengungkapkan bahwa persoalan JKN didominasi oleh lemahnya layanan JKN, pemberian obat yang belum maksimal, minimnya sarana kesehatan, rendahnya kapitasi, kurangnya SDM dari tenaga medis dan menurunnya keuntungan yang diterima peserta. Pada penelitian tersebut peserta JKN di DIY juga mengeluhkan jika jatah obat pasien untuk sekali periksa itu berkurang termasuk singkatnya masa berlaku surat rujukan dari yang dikeluarkan pihak puskesmas. Pengurangan jatah obat ini tentunya dianggap merepotkan pasien karena harus berulang kali datang ke rumah sakit.

Selain itu, kelemahan yang lain adalah mekanisme rujukan dan antrian yang panjang di rumah sakit, rumitnya prosedur menjadi peserta JKN, petugas medis yang sering tidak siap di tempat tugas, sikap petugas yang ketus, panjangnya antrian obat, seringnya pasien rawat inap dialihkan ke kelas inap diatas yang menjadi hak pasien dan pasien merasa dipersulit untuk mendapat perawatan di rumah sakit. Untuk itu BPJS perlu terus meningkatkan komunikasinya dengan penyelenggara fasilitas kesehatan. Upaya penyamaan persepsi antara BPJS dengan penyelenggara fasilitas kesehatan tentang JKN terhadap peserta, serta pengelolaan mekanisme klaim JKN juga perlu ditingkatkan. Semoga.



Implikasi Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Pendidikan Kedokteran Di Rumah Sakit

dr. Meldy Muzada Elfa, Sp.PD

Staf KSM Penyakit dalam RSUD Ulin Banjarmasin



Pendidikan Kedokteran merupakan proses yang harus dilewati dalam proses seseorang menjadi seorang dokter. Berbeda dengan pendidikan non kesehatan, pendidikan kedokteran mengharuskan peserta didik untuk melewati suatu kepaniteraan klinik setelah sebelumnya lulus sebagai Sarjana Kedokteran.

Kepaniteraan klinik (panklin) merupakan suatu pendidikan praktek langsung di rumah sakit terhadap pasien. Peserta didik yang melewati fase ini disebut dengan *co-assistant* (*co-ass*) atau sering dipanggil dengan dokter muda (DM).

Dalam melakukan kegiatan kepaniteraan klinik, seorang dokter muda harus selalu dibawah supervisi oleh dosen pembimbing (dokter pendidik klinis) ataupun dokter senior mereka. Tentunya peristiwa *transfer of knowledge* (perpindahan pengetahuan) tentang suatu penyakit agar bisa dipahami dokter muda mengharuskan dosen pembimbing untuk memberikan bimbingan sesuai dengan teori yang tentunya nanti akan berdampak kepada beberapa pemeriksaan dan terapi yang harus optimal dan maksimal.

Rumah Sakit (RS) adalah wadah pendidikan utama kepaniteraan klinis pendidikan kedokteran. Berdasarkan amanah undang-undang tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan), pemerintah menargetkan tahun 2019 bahwa masyarakat Indonesia sudah sudah menjadi peserta JKN-KIS (Kartu Indonesia Sehat) atau yang disebut dengan cakupan kesehatan semesta atau *universal health coverage* (UHC). Menurut Direktur Utama BPJS Kesehatan Dr. Fachmi Idris, dikatakan bahwa sampai dengan 1 Desember 2018, 5 Provinsi yaitu DKI Jakarta, Aceh, Gorontalo, Papua Barat dan Kalimantan Utara serta 154 Kabupaten/Kota lainnya telah bersungguh sungguh memberikan komitmennya untuk menjamin akses finansial seluruh warganya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Dan kabar baik lain sudah ada Provinsi dan Kabupaten/Kota lain yang siap berintegrasi mewujudkan UHC di wilayahnya pada Januari 2019 mendatang.

Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS

Kesehatan tersebut, maka sistem pembayarannya dari pasien atau asuransi bukan lagi berdasarkan unit cost. Maksudnya adalah pembayaran yang dilakukan oleh pasien atau asuransi dilakukan *real* sesuai dengan tagihan yang ada di kuitansi RS. Sistem dari BPJS Kesehatan adalah melakukan pembayaran dari klaim RS berdasarkan oleh diagnosa akhir yang dituliskan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) yang telah melewati proses coding sehingga dihasilkan *casemix*. Sebagai contoh adalah ketika rumah sakit merawat pasien peserta JKN dengan diagnosa demam tifus, ketika pasien sudah pulang, maka RS akan menagihkan biaya perawatan tersebut kepada BPJS Kesehatan dengan nilai klaim sesuai dengan diagnosa *casemix* yang telah dibuatkan aturan sebelumnya. Ketika nilai klaim dari diagnosa *casemix* demam tifus adalah Rp. 5.000.000,- maka BPJS Kesehatan akan membayarkan klaim sesuai tagihan tersebut tanpa melihat RS menghabiskan biaya berapapun ketika merawat pasien tersebut. Artinya walaupun RS melalui DPJP melakukan pemeriksaan beragam dengan waktu rawat inap yang lama sehingga menghasilkan biaya yang melebihi jumlah klaim tersebut, BPJS Kesehatan hanya membayar sesuai dengan nominal yang sudah dibuat aturan sebelumnya. Begitu pula jika RS mengeluarkan biaya lebih rendah karena waktu rawat inap yang singkat dengan diagnosa yang sama, BPJS Kesehatan tetap membayar dengan nominal yang sudah diatur.

Hal ini berdampak kepada proses pendidikan kedokteran di fase kepaniteraan klinik. Tentunya dokter muda di bawah supervisi senior tidak akan bisa leluasa untuk melakukan pemeriksaan pasien yang nantinya akan berimplikasi terhadap bengkaknya biaya RS dan berpotensi untuk merugikan RS. Selain itu juga masa perawatan juga harus betul-betul diperhatikan agar jangan sampai terjadi waktu rawat inap yang lama yang berpotensi meningkatkan beban rumah sakit. Dalam hal ini maka peran dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sekaligus sebagai pembimbing dokter muda sangat vital agar bisa mengatur pelayanan tetap optimal namun proses *transfer of knowledge* kepada dokter muda tetap maksimal.

Sebelum berlakunya Jaminan Kesehatan Nasional pada tahun 2014, sistem pendidikan kedokteran cenderung lebih mudah. Saat itu RS lebih banyak menerima pasien umum, selain bekerjasama dengan Asuransi Kesehatan (Askes) dan asuransi lainnya. Berbeda dengan era JKN dengan BPJS-nya yang melarang urun biaya/*sharing cost* dari pasien ketika pasien sudah menggunakan haknya sesuai kelas perawatan, sebelum tahun 2014 rumah sakit masih diperbolehkan untuk menagihkan biaya kepada pasien ketika terdapat obat ataupun pemeriksaan diluar jaminan asuransi yang mereka miliki pada saat itu. Sehingga DPJP beserta peserta didik lebih bisa leluasa memberikan pelayanan baik obat-obatan maupun pemeriksaan sesuai dengan panduan pendidikan kedokteran yang telah ditetapkan.

Sebenarnya fenomena di atas tidak menjadi alasan kepada dunia pendidikan kedokteran untuk menurunkan kualitas pembelajaran dan *transfer of knowledge*. Ada beberapa jalan keluar yang tentunya bisa diperhatikan dilaksanakan dengan kerjasama dari pihak RS maupun pihak akademik. Rumah Sakit biasanya sudah memiliki Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) yang bertujuan agar mutu pelayanan tetap berjalan dengan baik namun tetap dengan biaya yang terkendali. Tim KMKB ini akan berjalan dengan baik ketika selalu berkomunikasi dengan profesi pemberi asuhan salah satunya adalah dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). Salah satu peran dari TKMKB adalah melakukan koordinasi ketika DPJP melakukan pemberian obat ataupun pemeriksaan penunjang dengan biaya yang tinggi/*high cost* kemudian

melakukan analisa. Jika memang apa yang diinstruksikan oleh DPJP tersebut memiliki alasan yang mendasar dan diharuskan untuk dilaksanakan, maka TKMKB-lah yang meneruskan kepada RS agar instruksi tersebut tetap dilaksanakan, walaupun “mungkin” secara ekonomis pemeriksaan itu akan merugikan pihak RS tapi secara benefit maka pemeriksaan ini akan membantu pasien agar penanganan menjadi lebih baik dan kesembuhan pasien menjadi lebih terjamin.

Namun suatu saat bisa menjadi pertimbangan bahwa TKMKB RS dapat memasukkan unsur pendidikan dalam hal ini dosen pembimbing/dokter pendidik klinis sebagai salah satu tim dengan tujuan agar selain mutu pelayanan baik, proses pendidikan pun juga berjalan dengan optimal dengan biaya yang dapat dikendalikan.

Bagaimana caranya? Pendidikan baik melalui Kementrian Pendidikan dan Lembaga Akreditasi Pendidikan Tinggi Kesehatan dapat melakukan lintas koordinasi kepada BPJS Kesehatan dan Komisi Akreditasi Rumah Sakit agar duduk bersama dan memberikan masukan untuk memasukkan unsur pendidikan sebagai anggota TKMKB dengan tujuan lebih menyelaraskan kendali mutu, dimana pasien dapat terlayani dengan baik sesuai dengan panduan klinis yang telah ditetapkan, proses pendidikan tetap berjalan dengan baik dan bagi RS kendali biaya masih tetap dapat dipertahankan agar operasional RS tetap berjalan dengan baik. Kita berharap agar pendidikan kedokteran di era JKN ini tetap berjalan dengan baik. Semoga

TELAH BEREDAR DI KALIMANTAN SELATAN

ULIN *News*

BERMINAT PASANG IKLAN

TARIF IKLAN DI ULIN*News*

1 Halaman Kwarto	Rp. 1.000.000
1/2 Halaman Kwarto	Rp. 500.000
1/4 Halaman Kwarto	Rp. 300.000



HUBUNGI CONTACT PERSON KAMI ;
ulinnews@yahoo.co.id

GIZI UNTUK GENERASI SEHAT DAN UNGGUL

(Refleksi Hari Kesehatan Nasional 2019)

MAYA MIDYATIE AFRIDHA, S.Gz, RD

DIETISIEN RSUD ULIN BANJARMASIN

Harta yang paling berharga adalah keluarga.
Istana yang paling indah adalah keluarga.
Puisi yang paling bermakna adalah keluarga.
Mutiara tiada tara adalah keluarga.



Cuplikan lagu dari sebuah film nasional ini menggambarkan betapa penting arti menjaga kondisi seluruh anggota keluarga. Keyakinan akan pentingnya keluarga sebagai sebuah investasi masa depan juga menginspirasi peringatan Hari Gizi Nasional (HGN) ke-59 Januari 2019 yang lalu, dengan mengangkat sub tema “Keluarga Sadar Gizi, Indonesia Sehat dan Produktif”. Kemudian diperkuat dengan tema “Membangun Gizi Menuju Bangsa Sehat Berprestasi” agar masyarakat Indonesia menyadari penerapan pola gizi seimbang berpengaruh besar terhadap kualitas hidupnya.

Salah satu komponen terpenting dalam pembangunan kesehatan adalah terpenuhinya kebutuhan gizi masyarakat terutama pada periode 1000 Hari Pertama Kelahiran (HPK). Periode kehamilan hingga anak berusia 2 tahun merupakan kesempatan emas dalam mencetak generasi berkualitas bebas stunting dan masalah gizi lainnya. Intervensi pada periode 1000 HPK tidak boleh diabaikan, karena menjadi penentu tingkat pertumbuhan fisik, kecerdasan dan produktivitas seseorang, lantaran ancaman stunting dan masalah gizi lainnya berdampak besar bagi negara.

Sebagai investasi utama pengembangan sumber daya manusia, pembangunan kesehatan yang berkelanjutan mutlak diperlukan, dimana salah satu komponen utamanya adalah melalui perbaikan gizi masyarakat. Kekurangan gizi pada masa janin dan anak usia dini akan berdampak pada perkembangan otak dan rendahnya kemampuan kognitif yang dapat mempengaruhi prestasi belajar dan keberhasilan pendidikan. Kurang gizi yang dialami pada awal kehidupan juga berdampak pada peningkatan risiko gangguan metabolik yang berujung pada kejadian penyakit tidak menular pada usia dewasa, seperti diabetes tipe II, stroke, penyakit jantung dan lainnya. Dalam jangka panjang, hal ini akan berdampak pada menurunnya produktivitas yang selanjutnya dapat menghambat pertumbuhan ekonomi serta meningkatkan kemiskinan dan kesenjangan di masyarakat.

Saat ini, Indonesia masih dihadapkan pada tantangan berbagai permasalahan gizi, yaitu masih tingginya *prevalensi stunting* (pendek/kerdil), *underweight* (berat kurang), *wasting* (kurus), dan anemia pada ibu hamil serta semakin meningkatnya obesitas pada dewasa (Risikesdas, 2018). Berbagai masalah gizi tersebut dapat menjadi salah satu faktor yang menghambat peluang Indonesia untuk menjadi negara maju. Berbagai permasalahan gizi saat ini baik gizi kurang termasuk *stunting* dan gizi lebih, terjadi hampir di seluruh strata ekonomi masyarakat baik di perdesaan maupun perkotaan. Prevalensi gizi kurang dan stunting telah menurun, untuk prevalensi gizi kurang dari 19,6 persen menjadi 17,7 persen. Sementara itu, untuk prevalensi stunting dari 37,2 persen menjadi 30,8 persen. Meski demikian, ke depannya Indonesia juga masih menghadapi tantangan masalah gizi, penyakit tidak menular yang cenderung terus meningkat. Hal ini juga menunjukkan bahwa yang mendasari terjadinya masalah gizi tersebut bukan hanya kemiskinan, namun juga kurangnya pengetahuan masyarakat akan pola hidup

Agar generasi Indonesia terbebas dari penyakit-penyakit degeneratif dan juga stunting. Tentu yang pertama kali harus diperhatikan adalah pola makan. Mempersiapkan generasi sebagai penerus bangsa yang sehat dan unggul tidak akan bisa terlaksana jika tidak ada asupan gizi yang lengkap sebagai fondasi utama tumbuh kembang anak. Asupan gizi lengkap tersebut adalah makronutrisi seperti protein, karbohidrat, lemak, dan air serta mikronutrisi seperti vitamin dan mineral. Selain dorongan pemerintah melalui program-programnya, keluarga memiliki peran yang besar dalam memantau dan menangani secara langsung asupan gizi seimbang anak. Peran keluarga juga diharapkan dapat mampu mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi sebagai dasar dalam menerapkan gizi seimbang untuk anak.

Upaya pemenuhan gizi seimbang untuk generasi maju ini tentunya perlu diamati. Berdasarkan Pedoman Gizi Seimbang (2014) dari Kemenkes, keluarga dapat memantau

gizi anak lewat tinggi dan berat badan sesuai usianya. Kemudian perkembangan daya pikir seperti kemampuan motorik, adaptasi sosial, serta bahasa juga dapat menjadi hal yang patut diperhatikan sebagai indikator terpenuhinya gizi anak. Di Hari Kesehatan Nasional Indonesia ini, yuk kita mulai kembali dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang. Bagaimana caranya?

1. Terapkan Pola Makan Gizi Seimbang.

Pola makan sehat adalah yang mengandung gizi seimbang, terdiri dari 45 persen karbohidrat, 30 persen protein dan 35 persen lemak baik. Agar lebih sehat, hindari makanan yang digoreng. Ganti teknik memasak dengan cara ditumis, dikukus ataupun direbus. Mulai dari karbohidrat (nasi, kentang, roti) sebagai sumber energi, protein hewani (daging sapi, ayam, ikan) dan nabati (kacang kedelai) sebagai sumber pertumbuhan, serta dilengkapi berbagai vitamin dan mineral dari sayur, buah, dan susu untuk mengawal fungsi organ dan indera.

2. Hindari Makanan Olahan

Sebaiknya hindari makanan olahan yang banyak mengandung pengawet. Pilihlah bahan makanan segar dan langsung dimasak seperti sayuran, buah-buahan, kacang-kacangan, ikan, daging tanpa lemak, dll karena makanan-makanan ini mengandung antioksidan dan bebas dari bahan pengawet.

3. Konsumsi Sayuran Hijau

Sayuran hijau mengandung serat dan juga antioksidan yang baik untuk tubuh. Bayam, kangkung, brokoli hingga buncis bisa jadi pilihan untuk memulai hidup sehat. Bisa juga mengonsumsi salad yang terbuat dari selada segar, tomat dengan ditambah beberapa jenis protein.

4. Konsumsi Buah

Selain sayuran, buah-buahan juga mengandung vitamin dan mineral serta antioksidan yang sangat baik untuk tubuh. Serat yang ada di dalam buah juga dapat membantu melancarkan pencernaan.

5. Batasi Gula dan Garam

Konsumsi gula, garam dan lemak (GGL) yang berlebih menjadi salah satu faktor masalah gizi di Indonesia setiap tahunnya di semua kalangan usia sehingga tidak mengherankan, jika di usia 30 ke atas sudah banyak orang yang menderita serangan jantung maupun diabetes. Agar tetap sehat, tentu setiap orang perlu mengetahui batas konsumsi maksimal dari ketiga bahan ini. Batas maksimal konsumsi gula yaitu 4 sdm, garam 1 sdt dan lemak 5 sdm per hari untuk setiap orang.

6. Pilih Karbohidrat Sehat

Penuhi asupan karbohidrat dengan karbohidrat

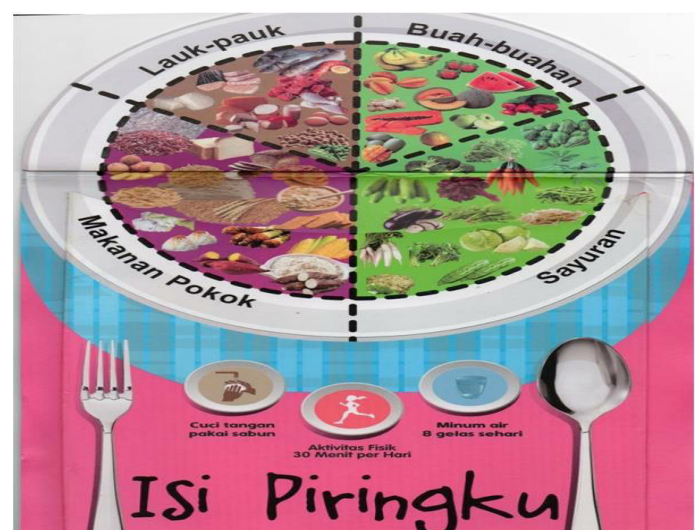
kompleks, Anda bisa mengganti nasi putih dengan roti tawar, nasi merah, ubi, singkong, kentang kukus atau rebus, atau gandum (*oatmeal*).

7. Minum Lebih Banyak Air Putih

Salah satu cara termudah untuk mendukung akhir pekan yang sehat adalah dengan menghidrasi tubuh kamu sendiri. Banyak minum air putih di akhir pekan bisa membersihkan tubuh dari racun dan menghasilkan pencernaan yang lebih sehat.

Anak sehat adalah aset bangsa yang sangat berharga. Terpenuhinya gizi seimbang, menghasilkan anak yang sehat dan dapat berperan serta dalam pembangunan bangsa Indonesia di masa depan. Mari kita jaga masa depan bangsa dengan menjaga asupan gizi seimbang para generasi maju kita. Marilah kita bersama-sama mensukseskan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Mulai dari diri sendiri dan lingkungan keluarga. Indonesia. Unggul dapat diwujudkan melalui keluarga-keluarga yang sehat, sehingga membentuk masyarakat sehat. Mari berperilaku hidup bersih dan sehat, selalu mengonsumsi makanan yang sehat secara teratur, mengonsumsi sayur dan buah, senantiasa berolahraga atau melakukan aktivitas fisik, melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin, tidak merokok dan menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat.

Nah, sudah siapkah Anda untuk ikut berpartisipasi dalam peringatan Hari Kesehatan Nasional tahun ini? Ingat, partisipasi dan dukungan Anda sangat berharga demi tercapainya masyarakat Indonesia yang lebih sehat. Semoga Allah Yang Maha Kuasa memberikan perlindungan dan petunjukNya dalam upaya kita mewujudkan masyarakat Kota Bogor yang sehat, bangsa yang kuat, dan negara yang unggul. Salam Sehat, Sehat Indonesia! Selamat Hari Kesehatan Nasional 2019!



Gambar Susunan hidangan sesuai dengan anjuran Isi Pringku

Infeksi Jamur Pada Penderita Diabetes Melitus

dr. Robiana Muntayani Noor, Sp.KK, FINS DV, FAADV

Staf KSM IK Kulit dan Kelamin RSUD Ulin Banjarmasin



Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kondisi yang sering disertai manifestasi pada kulit. Manifestasinya dapat bermacam-macam. Hal ini disebabkan adanya efek metabolik didalam mikrosirkulasi dan berubahnya susunan kolagen dikulit. 30% dari penderita diabetes melitus akan mengalami masalah kulit pada tahap tertentu, sepanjang perjalanan penyakitnya. Pada penderita DM, Rasio kadar glukosa kulit meningkat sampai 69-71%, dari nilai normal sekitar 55%.

Glukosa kulit ini konsentrasinya yang tinggi terutama di daerah-daerah lipatan-lipatan kulit seperti : leher, ketiak, lipatan bawah payudara/disela-sela payudara, sela-sela jari tangan/kaki, lipat paha, selangkangan dan disela-sela pantat. Hal ini memudahkan radang pada kulit baik oleh

jamur maupun bakteri.

Pruritus

Gatal merupakan keluhan yang sering terjadi, sensasi ini tidak hanya disebabkan oleh tingginya glukosa darah tetapi juga iritabilitas ujung-ujung saraf dan kelainan metabolik di kulit. Kadar glikogen pada sel-sel epitel kulit dan vagina meningkat, sehingga menimbulkan diabetes kulit. Keadaan ini memicu timbulnya dermatitis, kandidiasis, dermatofitosis dan pyoderma. Neuropati sensorik, penyakit vaskular aterosklerotik dan hiperglikemia semuanya mempengaruhi terjadinya infeksi pada jaringan kulit dan jaringan lunak pada penderita DM.

Jamur Yang Sering Ditemukan Pada Penderita

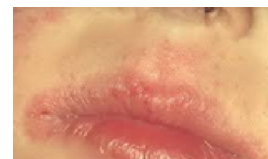
Diabetes Melitus :

1. Infeksi Jamur Kandida

DM dan Infeksi Jamur Kandida adalah dua hal yang saling berhubungan, dimana diabetes dapat memicu terjadinya penyakit kandidiasis dan sebaliknya kandidiasis juga dapat memperburuk keadaan DM-nya, oleh karena itu penanganannya harus bersamaan dan berkesinambungan. Pada anak bisa muncul *Fissura* pada sudut mulutnya yang merupakan tanda klasik diabetes pada anak-anak. Pada dewasa bisa muncul bercak-bercak di mukosa mulut, langit-langit dan lidah. Di kemaluan wanita dapat muncul keputihan yang gatal, terasa panas, putih menggumpal seperti susu basi atau kekuningan seperti keju. Selain itu bercak juga dapat muncul di daerah lipatan, daerah kelamin pria dan lainnya.

2. Dermatoftosis

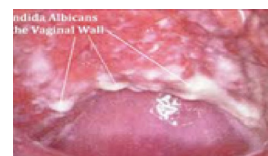
- Infeksi jamur oleh golongan kapang, berupa tinea yang menyerang kulit, kuku, dan rambut.
- Ditandai dengan bercak merah pada kulit, dengan tepi lesi lebih aktif, *central healing*, terasa gatal terutama bila lembab, dan bersisik.
- Tinea Capitis menyebabkan rambut rontok menyebabkan kebotakan.
- Tinea Unguium menyebabkan kuku rusak, warnanya abu-abu kehitaman, kuku rapuh seperti kapur.



Perleche



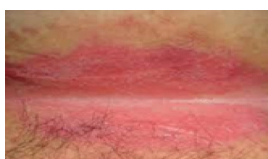
Kandidiasis oris



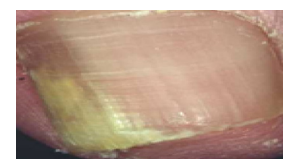
Kandidiasis vulva vaginalis



Balanitis



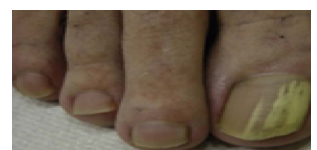
Kandidiasis intertrigenosa



Onikomikosis kuku



Tinea Capitis



Tinea unguium



Tinea cruris

Yuk, KENALI INDEKS GLIKEMIK MAKANAN KITA

Muji Noviyana, S.Gz

Ahli Gizi RSUD Ulin Banjarmasin



Bagi para penderita diabetes mungkin istilah Indeks Glikemik tidak asing lagi. Ya, karena pola diet yang dijalani mengacu pada pemilihan jenis makanan dengan indeks glikemik yang rendah. Indeks Glikemik (IG) itu sendiri merupakan suatu indeks yang menggambarkan potensi karbohidrat yang terkandung dalam makanan untuk menaikkan kadar gula darah dalam tubuh setelah mengkonsumsi makanan tersebut. Semakin tinggi nilai Indeks Glikemik, semakin besar potensinya dalam menaikkan kadar gula darah.

Adapun indeks glikemik pada makanan dibagi dalam tiga kategori antara lain sebagai berikut :

1. Makanan dengan IG Rendah (skala ≤ 55) seperti beras hitam, gandum utuh, kacang hijau, kacang polong, kacang tanah, kacang mede, kacang hitam, kacang merah, kacang kedelai, kacang panjang, buncis, wortel, brokoli, jamur, keju, yoghurt rendah lemak, susu skim, susu coklat, *whole milk*, sebagian besar buah-buahan (jeruk, *peach*, kiwi, mangga, anggur, anggur hijau, pir, apel, tomat)
2. Makanan dengan IG Sedang (skala 56-69) seperti beras putih, beras merah, *havermout* instan, bubur, kentang rebus, jagung, nanas, mangga, pepaya, pisang, kismis, madu.
3. Makanan dengan IG Tinggi (skala ≥ 70) seperti **sport drinks**, roti tawar putih, roti bagel, kentang goreng, kentang tumbuk, pizza, macaroni, *biscuit*, wafer, labu, semangka, kurma, gula aren, donat.

Indeks Glikemik suatu makanan tidak selalu sama nilainya. Beberapa faktor yang mempengaruhi nilai Indeks Glikemik antara lain:

1. Cara pengolahan
Semakin lama makanan dimasak, semakin tinggi pula nilai IG makanan tersebut. Hal ini dikarenakan gula dalam makanan tersebut akan cepat diproses di dalam tubuh
2. Tingkat kematangan
Buah mentah mengandung karbohidrat kompleks yang kemudian akan terurai menjadi gula (karbohidrat sederhana) seiring buah tersebut matang. Semakin matang buah, semakin tinggi pula indeks glikemiknya. Misalnya, pisang yang masih mentah memiliki indeks glikemik 30. sedangkan pisang matang memiliki nilai IG 48.

3. Kadar serat pangan

Serat dapat memperlambat laju makanan pada saluran pencernaan dan menghambat aktivitas enzim sehingga proses pencernaan khususnya karbohidrat menjadi lambat dan respon gula darah pun akan lebih rendah. Buah-buahan yang mengandung kadar serat pangan tinggi memiliki nilai IG yang rendah, misalnya kadar serat pangan jambu biji 5,6 g/100 g dengan nilai IG 19.

4. Kadar amilosa dan amilopektin

Kadar amilosa yang tinggi pada beras dapat memperlambat pencernaan pati sehingga menyebabkan IG rendah. Beras beramilosa tinggi mempunyai tekstur pera dan rasa nasi yang kurang enak, namun memiliki nilai IG yang cenderung rendah. Sebaliknya beras dengan kadar amilopektin tinggi akan menghasilkan beras yang pulen dan lengket. Hasil penelitian Indrasari et al. (2008) menunjukkan beras berkadar amilosa rendah cenderung mempunyai IG tinggi, beras beramilosa sedang memiliki IG sedang, dan beras beramilosa tinggi mempunyai IG rendah.

5. Kadar lemak dan protein

Pangan dengan kadar lemak yang tinggi cenderung memperlambat laju pengosongan lambung, sehingga laju pencernaan makanan pada usus halus juga lambat. Sementara itu, kadar protein yang tinggi diduga merangsang sekresi insulin sehingga glukosa dalam darah tidak berlebih dan terkendali. Oleh karena itu, pangan dengan kandungan lemak dan protein tinggi cenderung memiliki IG lebih rendah dibandingkan dengan pangan sejenis yang berkadar lemak dan protein rendah, namun, pangan berlemak harus dikonsumsi secara bijaksana. Total konsumsi lemak tidak boleh melebihi 30% dari total energi dan total konsumsi lemak jenuh tidak melebihi 10% dari total energi.

Nilai IG produk pangan dipengaruhi oleh sejumlah faktor dan faktor tersebut saling berinteraksi satu sama lain. Masyarakat khususnya penderita diabetes perlu bijak dalam menentukan pilihan makanan. Perhatikan Jadwal-Jumlah-Jenis Makanan. Biasakan mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang yang terdiri dari makanan pokok, lauk, sayur dan buah dan bacalah label kemasan pangan sebelum dikonsumsi.

Benign Prostatic Hyperplasia (Pembesaran Prostat Jinak) dan Pengobatannya

Dr. dr. Heru Prasetya, Sp.B, Sp.U

Ketua KSM Bedah Urologi RSUD Ulin Banjarmasin



Kelenjar prostat adalah kelenjar yang dimiliki pria yang berbentuk seperti kacang kenari dan termasuk dalam bagian sistem reproduksi pria. Kelenjar prostat memiliki peran untuk menghasilkan cairan yang berpengaruh pada kesuburan pria. Kelenjar prostat terletak dibawah kandung kemih dan mengelilingi uretra. Uretra berfungsi sebagai saluran yang menghantarkan urin dari kandung kemih ke luar tubuh. Kelenjar prostat bisa membesar dan menyebabkan uretra menyempit sehingga menghambat urin yang akan keluar.

Pembesaran prostat jinak atau *Benign prostatic hyperplasia* (BPH) adalah kondisi pembesaran prostat yang sering terjadi seiring bertambahnya usia dan hanya terjadi pada pria. Kondisi ini sering terjadi pada pasien dengan usia di atas 50 tahun. Laporan menunjukkan bahwa 50% dari pria menderita BPH pada usia 50 hingga 60 dan meningkat sampai 90% pria di atas 80 tahun.

Belum diketahui penyebab pasti terjadinya BPH. Namun, kondisi ini diduga terkait dengan perubahan pada keseimbangan kadar hormon seksual seiring pertambahan usia pria. Ada beberapa faktor yang bisa meningkatkan risiko seseorang terkena pembesaran prostat jinak, yaitu:

- Berusia di atas 60 tahun
- Menderita penyakit jantung atau diabetes
- Rutin mengonsumsi obat hipertensi jenis *beta blocker*
- Memiliki keluarga yang mengalami gangguan prostat akan meningkatkan terjadinya BPH
- Pria ras kulit putih (kaukasia) dan ras kulit hitam memiliki risiko pembesaran kelenjar prostat yang lebih besar.
- Obesitas atau gaya hidup tidak aktif dapat meningkatkan risiko BPH. Oleh karena itu penting untuk melakukan olahraga secara rutin.

Gejala BPH bisa berbeda pada tiap penderita, tetapi umumnya akan memburuk seiring bertambahnya ukuran prostat. Gejala utama BPH bisa berupa:

- Sulit untuk mengawali buang air kecil dan perlu mengejan.
- Aliran urin lemah atau tersendat-sendat.

- Urin menetes di akhir buang air kecil.
- Buang air kecil terasa tidak tuntas.
- Buang air kecil di malam hari menjadi lebih sering.
- Kesulitan untuk menahan buang air kecil bahkan sampai mengompol

Gejala-gejala tersebut tergantung dari ukuran prostat dan tidak semua BPH menimbulkan keluhan buang air kecil yang mengganggu. Untuk menegakan diagnosa BPH dokter anda mungkin akan melakukan dengan beberapa pemeriksaan lain yaitu: colok dubur, *Uroflowmetry* atau tes pancaran kencing, tes urine, tes darah, tes *prostate-specific antigen* (PSA), USG prostat, Sistoskopi hingga biopsi.

Pengobatan BPH sendiri bermacam-macam tergantung pada gejala yang dikeluhkan oleh pasien. Untuk gejala ringan dapat ditangani dengan mengubah gaya hidup dan mengevaluasi gejala. Perubahan gaya hidup yang dapat mengurangi gejala BPH adalah:

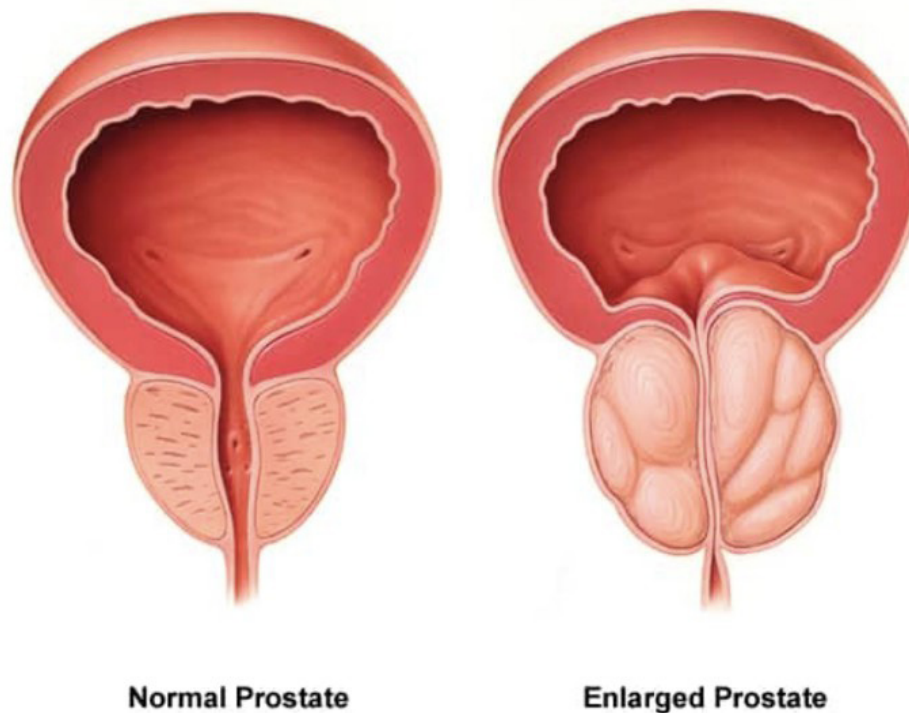
- Menghindari minum apapun satu atau dua jam sebelum tidur.
- Membatasi asupan minuman yang mengandung kafein dan alkohol
- Membatasi konsumsi obat pilek yang mengandung *dekongestan* atau *anti histamine*.
- Tidak menahan atau menunda buang air kecil.
- Membuat jadwal untuk buang air kecil, misalnya tiap 4 atau 6 jam.
- Menjaga berat badan ideal, dengan menjalani pola makan yang sehat.
- Berolahraga secara teratur dan rutin melakukan senam kegel.
- Menghindari stres yang berlebihan
- Menghindari konstipasi

Bila gejala pembesaran prostat semakin parah dan menyebabkan tidak bisa BAK (retensi urin) maka perlu dilakukan pemasangan kateter urin. Ini dilakukan untuk mengeluarkan urin dari kandung kemih. Pengobatan lain yaitu dengan medikamentosa atau obat-obatan. Untuk operasi pada BPH sendiri dilakukan bila pasien

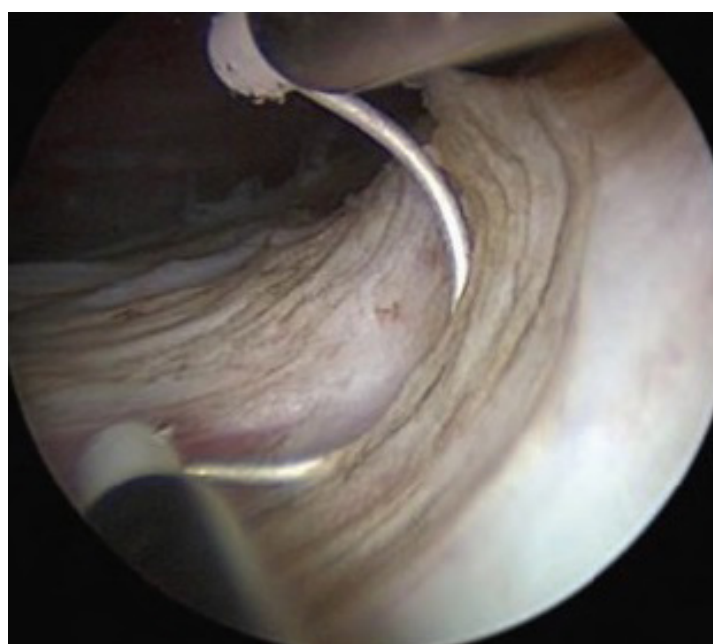
sudah didapatkan komplikasi seperti retensi urin berulang, hematuria berulang, infeksi saluran kemih berulang, kelainan pada ginjal (pembengkakan ginjal dan kerusakan ginjal akut maupun kronis, didapatkan adanya divertikel buli dan batu buli. Selain itu komplikasi lain yang bisa terjadi yaitu hernia dan hemoroid. Bila pasien gagal dilakukan terapi medikamentosa dan juga pasien lebih memilih untuk dioperasi dapat menjadi indikasi untuk operasi.

Terapi standar terbaik saat ini untuk BPH adalah

Transurethral Resection of Prostate (TURP). Mekanisme TURP adalah dengan memasukkan alat ke dalam uretra dan mereseksi/mengerok prostat sampai tidak menyumbat uretra. Terapi ini memiliki angka keberhasilan yang tinggi. Selain itu juga ada terapi lain yang dapat digunakan yaitu *Transurethral Incision of Prostate (TUIP)*, laser enukleasi, laser vapisasi, dan juga Prostatektomy terbuka. Untuk prostatektomy terbuka sendiri sudah mulai ditinggalkan karena memiliki komplikasi yang tinggi paska operasi.



Gambar 1. Perbedaan prostat normal dan BPH



Gambar 2. Terapi TURP pada pasien BPH

SINDROM NYERI KANDUNG KEMIH (SNK)

dr. Eka Yudha Rahman, M.Kes, Sp.U

Staf KSM Urologi RSUD Ulin Banjarmasin



Sindrom nyeri kandung kemih (SNK) adalah nyeri berulang yang dirasakan di daerah kandung kemih disertai dengan setidaknya satu gejala lainnya, seperti rasa sakit yang memburuk dengan pengisian kandung kemih dan peningkatan frekuensi buang air kecil (BAK) pada siang hari dan/atau malam hari, tanpa infeksi atau keadaan patologi lokal yang jelas. Sindrom nyeri kandung kemih adalah suatu kelainan kronis kandung kemih yang biasa disebut sebagai ulkus.

Angka penderita SNK sangat bervariasi. Laporan terbaru mengatakan prevalensi SNK berkisar dari 0,06% hingga 30%. Sindrom nyeri kandung kemih didominasi oleh perempuan dengan perbandingan sekitar 10:1. Tidak ditemukan perbedaan dalam ras atau etnis tertentu. SNK terbukti memberikan dampak ekonomi yang besar pada sistem layanan kesehatan dan pasien. Sumber dari Amerika Serikat menyatakan biaya yang dibutuhkan untuk penyakit ini kurang lebih \$ 750 juta per tahun.

Faktor risiko SNK terdiri dari beberapa faktor yaitu: sistem endokrin, genetik, psikologis dan trauma fisik berulang. Faktor-faktor psikologis secara konsisten ditemukan berhubungan dengan nyeri panggul dan urogenital yang menetap. Kecemasan dan kepercayaan bahwa terdapat rasa nyeri dapat berhubungan dengan

timbulnya *central pain*. Untuk trauma fisik berulang, banyak penelitian telah melaporkan tingginya tingkat pelecehan seksual saat anak-anak pada orang dewasa dengan nyeri persisten, terutama pada perempuan dengan nyeri panggul. Pada perempuan dengan Nyeri Panggul Kronis ditemukan frekuensi riwayat pelecehan seksual, riwayat trauma, kecemasan, dan depresi yang lebih tinggi.

Diagnosis SNK

Untuk menegakkan diagnosis SNK keadaan lain harus disingkirkan terlebih dahulu. Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala nyeri, tekanan, atau ketidaknyamanan pada kandung kemih, disertai dengan setidaknya satu gejala lain, yaitu peningkatan frekuensi berkemih pada siang hari dan/atau malam hari. Nyeri yang dirasakan adalah kunci untuk mendefinisikan SNK: Nyeri, tekanan, atau ketidaknyamanan yang dirasakan terkait dengan kandung kemih, sensasi tersebut meningkat dengan volume kandung kemih yang bertambah atau penuh. Lokasi nyeri di daerah atas kemaluan, dapat menjalar ke selangkangan, vagina, rektum atau tulang ekor. Gejala membaik dengan berkemih tetapi sensasi tidak nyaman dapat timbul kembali. Keluhan dapat diperburuk oleh makanan atau minuman.

Pasien akan mengeluhkan adanya nyeri di atas kemaluan, yang menjalar ke selangkangan, vagina, rectum

atau sacrum. Lama sensasi nyeri dirasakan menetap dan berulang. Gejala memburuk saat fase pengisian kandung kemih dan/atau membaik dengan berkemih, tetapi sensasi tidak nyaman bisa timbul kembali. Keluhan dapat memburuk akibat makanan atau minuman tertentu. Frekuensi berkemih meningkat, terbangun untuk kencing pada malam hari. Ada riwayat kencing darah. Riwayat bedah panggul, keganasan daerah panggul, prolaps organ panggul, ISK, infeksi menular seksual, tumor kandung kemih, batu saluran kemih dan penyakit autoimun. Riwayat kekerasan fisik atau seksual. Riwayat konsumsi obat-obatan. Riwayat radiasi dan kemoterapi. Konsumsi makanan dan minuman yang bersifat iritatif. Identifikasi masalah psikologis seperti kecemasan, depresi, dan kualitas hidup. Kondisi lain yang sering berhubungan dengan SNK harus ditanyakan untuk diagnosis banding dan tatalaksana.

Catatan harian berkemih selama 3 hari berguna untuk penilaian awal pasien dengan SNK. Pada umumnya ditemukan *volume* berkemih yang kecil. Buang air kecil pertama di pagi hari adalah panduan yang bermanfaat untuk menilai kapasitas fungsional kandung kemih. Catatan harian berkemih juga dapat digunakan untuk menyusun strategi terapi perilaku dan jika dibutuhkan terapi dengan obat-obatan. Pencatatan asupan makanan dan hubungannya dengan nyeri dapat digunakan untuk mengidentifikasi jenis makanan tertentu yang memperberat gejala. Pemeriksaan dipstik urine dan kultur urine direkomendasikan pada pasien dengan gejala SNK. Bila diperlukan dapat dilakukan sistoskopi dan biopsi. Pemeriksaan ini untuk melihat mukosa pada kandung kemih apakah terdapat ulkus atau kemerahan. Biopsi sangat membantu dalam menetapkan diagnosis klinis SNK ulkus dan non-ulkus.

Tatalaksana

Terapi konservatif SNK pada tahap awal dilakukan di layanan primer. Apabila tidak membaik perlu dilakukan tatalaksana lanjut oleh dokter spesialis. Tatalaksana SNK secara garis besar terdiri dari tatalaksana terapi perilaku, non-obat, obat-obatan, terapi intra kandung kemih,

pembedahan, dan tatalaksana dengan limitasi.

Tatalaksana Non-obat

Edukasi pasien tentang bagaimana sensasi nyeri timbul dan beberapa kemungkinan penyebabnya sangat bermanfaat. Kecemasan pasien dengan keluhan utama nyeri sering disebabkan karena ketidaktahuan tentang penyebab dan patologi keadaan mereka. Informasi adekuat akan memberikan kepatuhan yang lebih baik terhadap pengobatan dan *self-management*. Metode ini sudah diterapkan pada penyakit nyeri kronis lain yang tidak spesifik di bagian pelvis dan abdomen. Fisioterapi seperti latihan otot sekitar kandung kemih dan pelvis bermanfaat pada beberapa pasien SNK. Terapi otot dasar panggul pasien SNK memberikan perbaikan gejala secara signifikan. Dan beberapa teknik fisioterapi lain terbukti mengurangi nyeri kronis pada pasien SNK.

Tatalaksana Obat

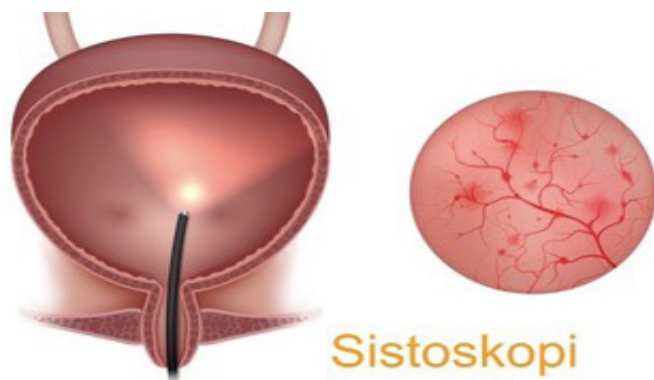
Nyeri merupakan gejala dominan pada SNK dan pasien sering menggunakan antinyeri pada saat tertentu. Namun, penghilang rasa sakit kurang efektif karena rasa sakit visceral pada SNK tidak memberikan respons baik terhadap pemberian antinyeri. Beberapa jenis obat penenang akan diberikan untuk meringankan gejala SNK.

Terapi Intra Kandung Kemih

Suntikan intra kandung kemih dengan lidokain terbukti mengobati SNK. Instilasi senyawa *Sodium Hyaluronate* dan Kondroitin Sulfat dapat memperbaiki kerusakan pada lapisan mukosa kandung kemih

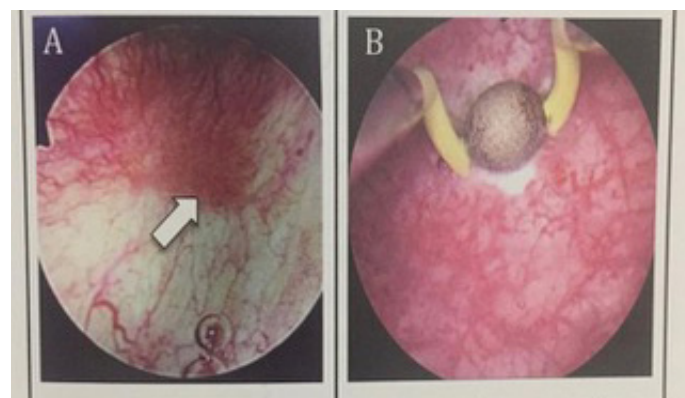
Koagulasi dan Laser

Ablasi endurologi jaringan kandung kemih bertujuan untuk menghilangkan *lesi urotelial*. Pada pasien dengan SNK tipe ulkus, tindakan reseksi transuretra (TUR) komplrit pada lesi yang terlihat menyebabkan hilangnya rasa nyeri dan penurunan frekuensi nyeri. Sebagian besar pasien merespons dengan baik tindakan TUR selanjutnya. Pada pasien SNK tipe non-ulkus metode reseksi endourologi tidak disarankan.



Sistoskopi

INTERSTITIAL CYSTITIS

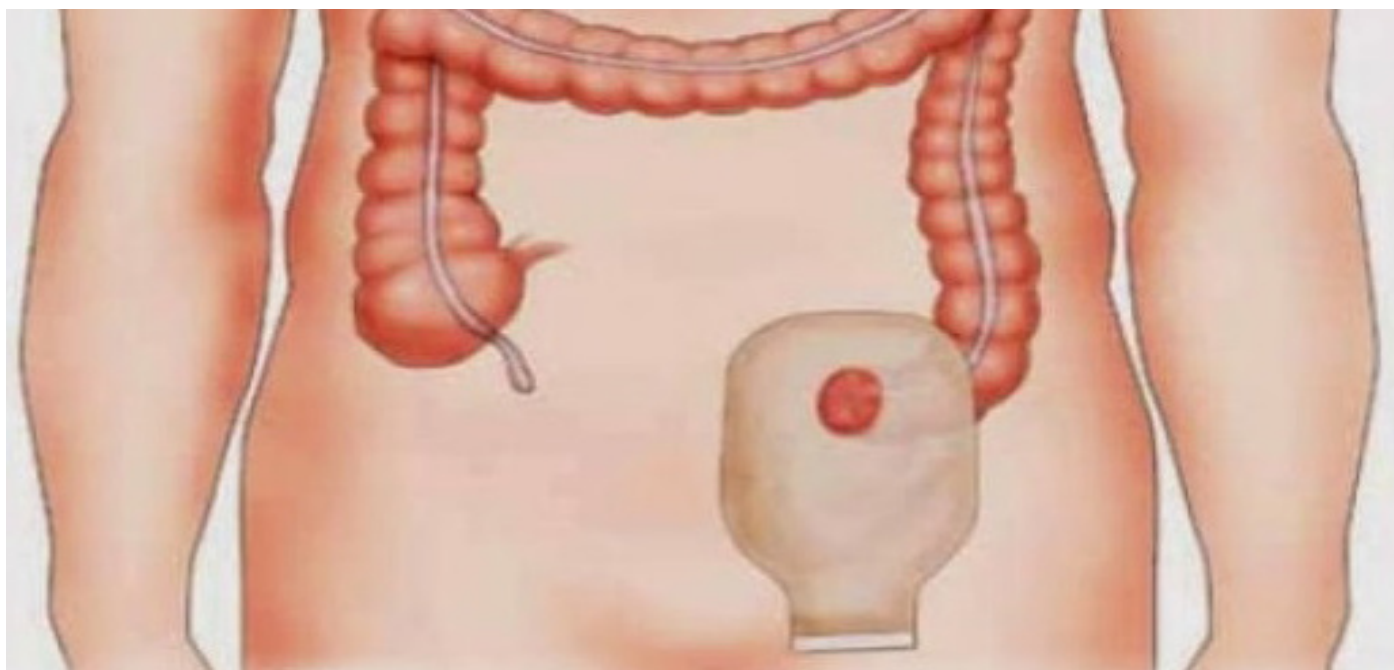


Sistoskopi SNK

Mengenal Stoma dan Perawatannya

Nor Idah, S. Kep. Ners

Perawat Pelaksana Ruang Tulip 3BC



Stoma merupakan sebuah lubang buatan yang dibuat oleh dokter bedah pada dinding perut yang bersifat sementara maupun permanen bertujuan untuk pembuangan kotoran (feses) maupun air kencing. Ada tiga jenis pembuatan stoma pada perut yang sering dilakukan oleh dokter ahli bedah, 1) Ileostomi yaitu operasi pembuatan stoma pada dinding perut yang dihubungkan dengan bagian akhir usus halus (ileum), 2) Kolostomi yaitu pembuatan stoma pada dinding perut yang tersambung dengan usus besar, dan 3) Urostomi yaitu pembuatan stoma dari saluran kemih yaitu ureter disambungkan ke ileum terminal (usus halus) sebagai saluran pembuangan urine ke dinding perut sebelah kanan bawah.

Karena stoma ini adalah suatu jalan pintas yang bertujuan agar kotoran yang tersumbat bisa dikeluarkan melalui tindakan pembedahan, maka jika terjadi infeksi pada stoma tersebut akan berbahaya bagi tubuh. Perawatan stoma yang kurang baik dapat mengakibatkan komplikasi berupa iritasi kulit sekitar stoma, kondisi ini akan membuat kulit menjadi lecet dan luka, sehingga rentan terinfeksi.

Oleh karena itu penting untuk mengetahui langkah awal perawatan stoma.

Untuk memudahkan dalam melakukan perawatan stoma baik itu bagi pasien, perawat, dan dokter itu sendiri maka perlu dilakukan *pre operative counseling* dan *stoma sitting* (penentuan lokasi dibuatnya stoma), hal ini merupakan komponen kritis untuk menyiapkan pasien dalam menjalani suatu operasi dimana direncanakan akan dibuat stoma. Operasi stoma adalah suatu hal yang sangat besar bagi pasien, terutama gambaran diri yang terganggu sehingga perlu melibatkan ET Nurse (*Enterostomal Therapy Nurse*) yaitu perawat ahli atau kompeten yang telah melalui pelatihan dan bersertifikasi yang biasa disebut dengan stoma nurse. Perawat ini mempunyai keahlian dalam perawatan luka stoma dan inkontinensia atau kemampuan mengontrol buang air kecil. Tujuan dari konseling disini yaitu untuk menguatkan informasi yang sudah diberikan oleh dokter, mengkaji pengetahuan pasien dan keluarga tentang rencana operasi dan menyediakan informasi kepada pasien dan keluarga bagaimana hidup dengan stoma.

Pentingnya stoma sitting juga akan berpengaruh terhadap keberhasilan dalam perawatan stoma itu sendiri sehingga komplikasi dapat diminimalkan.

Selanjutnya adalah pemilihan kantong stoma. Masalah bagi para *ostomate* (penyandang stoma) pemilihan kantong stoma yang akan dipakai tentunya sangat penting terlebih lagi jika stoma nya bersifat permanen atau seumur hidup. Pemilihan kantong stoma yang tepat ini berguna untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, agar pasien dapat beraktifitas mendekati kondisi sebelum sakit.

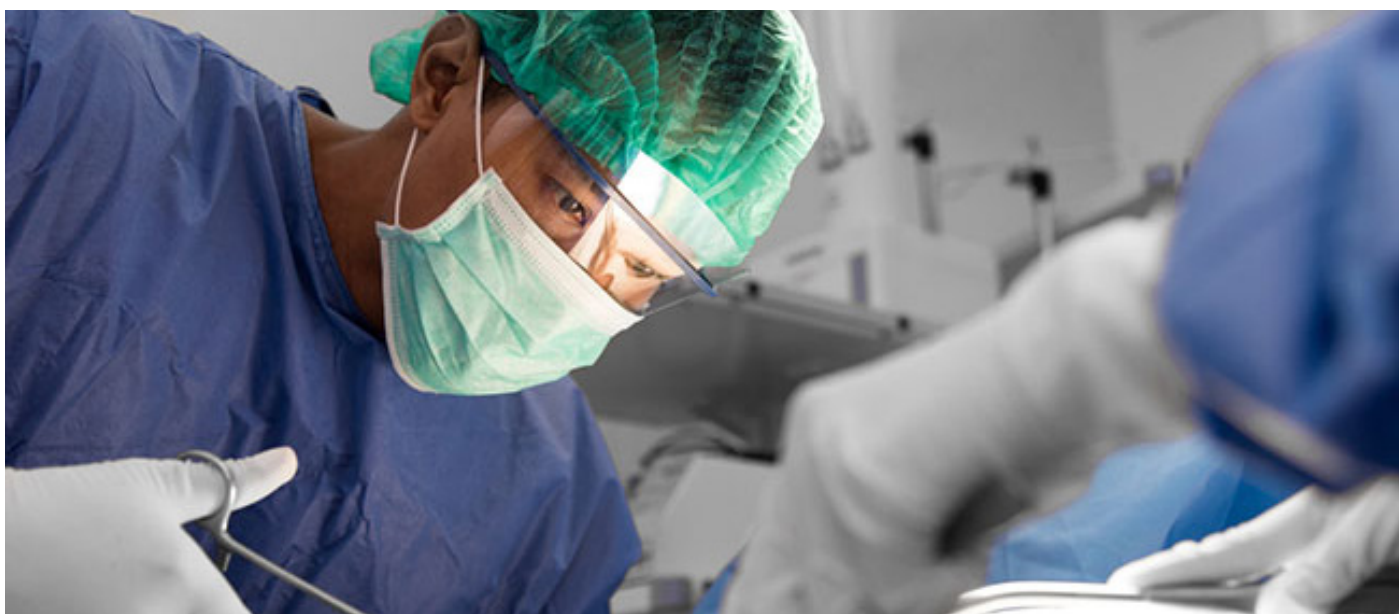
Pemilihan kantong stoma ini disarankan secara urutan contoh pada pasien pasca operasi hari 0-5 (sesuai jumlah produksi stoma) disarankan menggunakan kantong stoma yang transparan agar mudah diobservasi dan sebaliknya jika pasien yang akan pulang kerumah disarankan menggunakan kantong stoma yang gelap jenis *Ovaque* agar rasa percaya diri pasien meningkat. Jika ingin berenang bisa menggunakan kantong stoma kecil.

Pada perawatan stoma adakalanya menemukan berbagai masalah yang timbul akibat dari produksi stomanya sendiri atau bahkan *base plate* yang membuat alergi terhadap kulit sekitar stoma, selain itu dapat juga terjadi infeksi disekitar jahitan stoma oleh karena itu perlu dan sangat penting diketahui berbagai macam aksesoris yang dapat dipilih untuk memberikan perawatan pada kulit sekitar stoma tersebut antara lain stoma size: alat yang digunakan untuk mengukur diameter stoma, seal: lapisan dasar untuk memproteksi kulit sekitar dari cairan, pasta: bahan ini digunakan untuk melapisi lubang yang terjadi akibat adanya infeksi pada jahitan stoma, powder: bahan

yang dapat dimanfaatkan untuk melapisi kulit sekitar stoma yang mengalami infeksi, odor eliminator: lubang angina

Terdapat 10 hak pasien dengan stoma yang dikenal dengan 10 hak *ostomate* (*Issude by the IOA Coordination Committee June 1993, Revised June 1997*) yaitu: 1) Berhak mendapat konseling sebelum operasi, 2) Memiliki posisi stoma paling tepat, 3) Memiliki bentuk stoma yang baik, 4) Mendapatkan perawatan pasca operasi, 5) Mendapatkan dukungan emosional dari profesional, 6) Mendapatkan pengajaran individu, 7) Mendapatkan informasi tentang suplie, 8) Mendapatkan informasi kelompok masyarakat : *InOA (Indonesian Oatomate Assosiations)*, 9) Mendapat Follow Up dan supervise selama hidup, 10) Mendapatkan asuransi kesehatan dan dijaga kerahasiannya.

Operasi pembuatan stoma pada perut bertujuan untuk mengalihkan tempat keluarnya isi usus yaitu feses atau tinja dari anus menuju luar melalui dinding perut dan setiap pasien yang memiliki stoma selalu berharap mempunyai stoma yang baik dan letaknya tepat sesuai dengan bentuk perutnya, oleh karena itu keterampilan dalam merawat pasien stoma sangatlah dibutuhkan baik dalam mengenal jenis kantong stoma serta aksesorisnya dan yang tidak kalah penting dilakukan adalah *stoma sitting* terlebih untuk pasien yang dilakukan operasi elektif serta senantiasa memperhatikan 10 hak *ostomate*. sehingga harapan nya pasien yang hidup dengan stoma memiliki percaya diri yang tinggi, harapan hidup seperti layaknya sebelum ia sakit dan dapat mengurangi risiko komplikasi akibat perawatan stoma yang tidak tepat.



GAMBAR PROSES PEMBUATAN STOMA

REHABILITASI ANAK PASCA OPERASI BEDAH JANTUNG

dr. Fauzan Muttaqien, Sp.JP-FIHA

Staf KSM Jantung RSUD Ulin Banjarmasin



Sahabat Ulin News, Penyakit Jantung Bawaan (PJB) merupakan penyakit yang umum diderita pada anak. Menurut data di Amerika, 1,3 juta orang memiliki salah satu jenis PJB dan 40 ribu anak setiap tahun lahir dengan PJB. Delapan dari seribu bayi setiap tahun lahir dengan PJB dan penyebabnya masih terus diteliti hingga sekarang. Sementara data di Inggris menunjukkan 45 persen didiagnosis sebelum keluar rumah sakit, 20 persen dicurigai PJB sebelum usia 6 minggu, 10 persen pada usia 6 minggu, 24 persen didiagnosis setelah usia 1 tahun dan 1 persen meninggal karena PJB tidak terdiagnosis.

Secara umum, PJB terbagi menjadi 2 jenis, yakni anak penderita PJB sianotik (biru) dan PJB asianotik (tidak biru). Beberapa PJB asianotik yang sering ditemui seperti *Atrial Septal Defect*, *Ventricular Septal Defect* dan *Patent Ductus Arteriosus*. PJB sianotik yang sering ditemui adalah *Tetralogy of Fallot*. Terapi PJB tidak selalu dengan operasi. Pada beberapa kondisi, pengobatan cukup dengan terapi obat-obatan seraya tetap diobservasi rutin, atau pada beberapa PJB bisa diterapi melalui *transkutan* (via kateter).

Menuju Operasi Bedah Jantung. Rumus utama: kesabaran

Orangtua yang anaknya didiagnosis PJB dan disarankan operasi perlu kesabaran ekstra. Pasalnya, untuk menuju operasi tentunya tidak serta merta, banyak prosedur yang harus dilaksanakan. Untuk menegaskan diagnosis diperlukan beberapa prosedur seperti *echocardiografi*, foto *thoraks*, laboratorium lengkap, hingga penyesuaian jantung.

Setelah diagnosis ditegakkan, langkah berikutnya adalah persiapan untuk operasi meliputi pemeriksaan gigi, THT, dan anestesi. Anak harus dipastikan dalam keadaan sehat untuk menjalani operasi. Selain itu, anak dan orangtua juga harus betul-betul disiapkan mentalnya. Harus dipahami tentang lamanya operasi, kompleksitas operasi, hal-hal yang mungkin terjadi selama operasi dan lainnya. Kadang-kadang operasi juga bisa mengalami penundaan karena alasan tertentu. Intinya semuanya perlu kesabaran ekstra.

Beberapa hari pasca operasi. Rumusnya sama: kesabaran

Setelah menjalani operasi, anak akan dipindahkan ke Unit Perawatan Intensif khusus bedah jantung (ICCU). Dokter yang berpengalaman, perawat serta teknisi akan memberikan perawatan sepanjang hari untuk anak. Jangan khawatir dengan semua peralatan dan tabung-tabung. Anak akan terpasang banyak peralatan di tubuhnya. Semuanya diperlukan untuk membantu anak dan hanya digunakan selama diperlukan.

Selama perawatan, anak akan berkali-kali dilakukan tes darah, *elektrokardiogram*, *echokardiografi* serta *rontgen* dada untuk memantau fungsi jantung anak. Anak juga akan disuntikkan obat ke dalam pembuluh darahnya untuk meningkatkan tekanan darah atau denyut jantung atau untuk membuat tubuh membuang cairan yang terbentuk selama operasi jantung terbuka. Anak tertidur nyaman mungkin dengan obat penghilang nyeri dan obat penenang.

Rehabilitasi pasca operasi, lagi-lagi rumusnya sama: kesabaran

Setelah meninggalkan ICCU, anak akan dipindahkan ke area yang tidak begitu intensif di rumah sakit. Orangtua dapat merawat anak lebih sering dan mungkin saja bisa bermalam di satu kamar bersama anak. Dokter akan memberikan sebuah program pada anak supaya ia batuk dan bernapas dalam-dalam, dalam upaya mencegah infeksi dan gagal paru. Menyemangati anak untuk melakukan aktivitas fisik, seperti bermain, berjalan dan pergi ke kamar mandi akan mempercepat proses pemulihan anak.

Setelah operasi, anak-anak harus makan makanan rendah garam untuk mengurangi penumpukan cairan dalam tubuh. Dokter juga akan meresepkan obat tertentu untuk mempercepat pemulihan. Beberapa anak mengalami demam selama beberapa hari pertama setelah operasi. Demam merupakan reaksi normal pasca operasi, tetapi jika demam tidak kunjung reda, akan dilakukan pemeriksaan dan pengobatan lanjutan. Pada awalnya, anak perlu obat penghilang nyeri, tetapi nyeri biasanya akan hilang beberapa hari setelah operasi pada sebagian besar anak.

Rehabilitasi selanjutnya di rumah

Dokter dan perawat akan memberikan petunjuk mengenai perawatan luka serta tingkat aktivitas bagi anak setelah keluar dari rumah sakit. Biasanya, sayatan di dada harus dijaga agar tetap bersih dan kering. Umumnya, anak diperbolehkan untuk mandi *shower* atau *spons* dalam waktu singkat dan dikeringkan dengan handuk lembut terutama pada bagian sayatan. Berenang atau berendam dalam bak mandi tidak diperbolehkan setidaknya selama beberapa minggu setelah operasi. Anak-anak dapat berpartisipasi dalam kegiatan di rumah, tapi mereka harus menghindari aktivitas yang berat, bermain atau olahraga yang melelahkan hingga dokter memberikan izin. Anak usia sekolah biasanya tinggal di rumah dan izin dari sekolah selama beberapa minggu setelah operasi. Dokter akan memberitahu ketika anak dapat kembali ke sekolah serta mengikuti kegiatan kelas dan olahraga. Orangtua harus segera membawa anak ke dokter jika anak mengalami

demam, nyeri dada, kesulitan bernapas, atau terjadi kemerahan, bengkak keluar nanah pada bagian sayatan.

Nah, sahabat Ulin News. Semoga artikel singkat

ini dapat memberikan gambaran apa dan bagaimana yang harus dilakukan pada anak yang mengalami PJB. Salam sehat.

TIPS DIET UNTUK ANAK DENGAN PENYAKIT JANTUNG BAWAAN

MAYA MIDYATIE AFRIDHA, S.Gz, RD

DIETISIEN RSUD ULIN BANJARMASIN



Anak dengan Penyakit Jantung Bawaan (PJB) membutuhkan asupan kalori yang lebih tinggi dibandingkan anak-anak seusianya karena tubuhnya harus bekerja super keras untuk menyalurkan makanan ke seluruh sel. Tidak hanya itu, nafsu makan yang buruk, penurunan kemampuan makan karena napas yang cepat dan mudah lelah, gangguan penyerapan zat gizi di saluran cerna, dan sering mengalami infeksi saluran napas ikut memperparah kondisi malnutrisi. Salah satu dampak PJB adalah risiko malnutrisi yang bisa berujung pada stunting (pertumbuhan yang tidak maksimal sampai usia dua tahun). Malnutrisi pada anak di bawah dua tahun akan mengganggu perkembangan otak karena 80 persen perkembangan otak terjadi pada dua tahun kehidupan yang dikenal sebagai “1000 Hari Pertama kehidupan”. Berikut adalah tips agar tercukupi kebutuhan nutrisi hariannya.

1. Atur jadwal makannya

Prinsip utama dalam memberikan makan pada bayi dengan PJB adalah fleksibel, entah itu jadwal atau cara memberikan makanan. Bagi bayi yang masih menyusui, ASI dapat diberikan secara langsung sesuai dengan keinginan bayi. Idealnya diberikan setiap dua jam, termasuk pada malam hari. Biasakan untuk membangunkan bayi pada jadwal menyusui, pola tersebut dapat terus dilanjutkan hingga bayi terbiasa minum dengan volume yang lebih besar sehingga frekuensi dapat dikurangi.

2. Sesuaikan dengan kemampuannya

Bayi yang menyusui langsung pada ibu membutuhkan tenaga yang lebih sedikit untuk menghisap, serta memiliki oksigen yang lebih banyak dibanding menyusui lewat botol dot. Beberapa penelitian juga menunjukkan bayi dengan PJB yang menyusui langsung memiliki konsistensi kenaikan berat badan yang lebih baik. Namun perlu selalu diingat, bukan berarti yang paling ideal adalah selalu menyusui langsung. Setiap anak, apalagi dengan PJB tentu memiliki kemampuan yang berbeda-beda dalam mencapai tumbuh kembangnya.

Apabila kondisi tidak memungkinkan, pemberian ASI atau pemilihan susu formula tinggi energi, baik dengan botol dot atau alat bantu lain seperti sonde.

3. Porsi kecil tapi sering

PJB ada yang dapat membaik tanpa operasi dan ada yang harus diperbaiki dengan tindakan operasi. Seiring dengan bertambahnya usia, anak dengan PJB cenderung memiliki status gizi yang kurang dibanding dengan seusianya. Anak yang mengalami gangguan fungsi jantung ini cenderung lebih cepat lelah dan sering susah untuk makan. Solusi untuk hal ini adalah orangtua harus lebih telaten dalam membujuk dan memberikan makanan lebih sering. Berikan makanan sesering mungkin, bisa saja sampai 5-6 kali sehari. Tidak perlu membandingkan dan mengikuti pola makan anak sehat, yaitu tiga kali makan besar dan dua kali selingan karena anak dengan PJB memiliki kemampuan yang terbatas.

4. Pilih makanan dengan kalori tinggi

Anak dengan PJB tidak perlu menjalani diet rendah lemak karena umumnya anak memiliki nafsu makan yang kurang dan justru harus meningkatkan asupan makanan. Jangan batasi konsumsi lemak, terutama pada dua tahun pertama karena masa ini adalah masa emas bagi tumbuh kembang anak. Berikut ini beberapa tips untuk menyiasati penambahan kalori agar kebutuhan energi anak terpenuhi:

- Tambahkan susu di menu anak, bisa diampurkan di menu makanan atau diminum langsung
- Gunakan *butter*/margarin tambahan saat memasak nasi, kentang, atau menumis sayur.
- Tambahkan ekstra protein, seperti penambahan keju, telur, dan selai kacang.
- Hindari *snack* ringan seperti keripik, permen, minuman manis kemasan.

Orangtua juga harus rajin berkonsultasi dengan dokter anak dan Ahli Gizi. Pasalnya, terkadang anak dengan penyakit jantung bawaan memiliki kebutuhan khusus lainnya, jadi diet yang diberikan harus disesuaikan.

Mengetahui kanker sejak dini dengan Endoskopi

dr. Arif Nur Widodo Sp.PD internist-endoscopist

STAF KSM PENYAKIT DALAM RSUD ULIN BANJARMASIN



Setahun yang lalu tepatnya pada bulan Juli 2018, pemerintah melalui kementerian kesehatan menerbitkan pedoman nasional kedokteran tata laksana kanker kolorektal. Pedoman tersebut ditujukan untuk kalangan medis yang memberikan pelayanan kesehatan pada pasien kanker kolorektal dengan baik dan benar sesuai standar yang telah ditetapkan, demi kualitas pelayanan yang lebih baik. Sedemikian pentingnya atau pentingnya kanker kolorektal sehingga perlu dibuatkan pedoman pelayanan nasional yang terstandar?

Kanker kolorektal adalah keganasan yang mengenai usus besar, mulai rectum sampai perbatasan usus besar dengan usus halus atau disebut caecum. Kanker kolorektal sendiri termasuk tiga besar kanker di seluruh dunia, dan merupakan penyebab kematian terbanyak kedua di Amerika. Dari data *Glocoban* tahun 2012, kejadian kanker kolorektal di Indonesia sebanyak 12,8 dari 100.000 penduduk, dengan angka kematian 9,5% dari seluruh kasus kanker. Kanker ini menempati urutan ketiga terbanyak di Indonesia. Dilihat *trend* masyarakat Indonesia terutama dari sisi jenis makanan yang terpengaruh budaya barat, berupa makanan cepat saji mengandung lemak yang tinggi dan serat yang rendah, maka kejadian kanker kolorektal akan semakin meningkat.

Klinisi dan pemerintah sepakat bahwa kunci utama keberhasilan penanganan kanker kolorektal adalah penemuan kanker pada saat stadium masih rendah / dini. Dalam stadium dini, pengobatan masih bias sebagai kuratif atau menyembuhkan, baik dengan metode bedah maupun endoskopi terapeutik. Sayangnya di Indonesia pada umumnya, dan di Rumah sakit Umum Daerah (RSUD) Ulin pada khususnya, penemuan kanker kolorektal lebih banyak sudah pada stadium lanjut. Kanker sudah menyebar ke organ-organ yang lain seperti hati, paru-paru dan otak. Hal tersebut disebabkan karena kanker ini sering tidak dirasakan gejalanya, dimana adanya diare yang terus-menerus disertai darah, ataupun perubahan pola buang air besar (BAB) seperti BAB menjadi sulit, atau BAB berbentuk seperti kotoran kambing dirasakan ketika kanker sudah menjadi besar dan menutupi saluran usus besar.

Pemeriksaan endoskopi saluran cerna adalah salah

satu modalitas deteksi dini yang sangat diandalkan di era modern ini. Endoskopi adalah suatu alat berbentuk tabung yang dapat digunakan untuk melihat secara langsung permukaan saluran cerna, sekaligus bisa melakukan tindakan untuk mengambil jaringan, menghentikan pendarahan, memotong polip (daging tumbuh), mengambil batu empedu dan sebagainya. Tidak seperti awal mula ditemukan dulu sekitar tahun 1805, dimana Bozzini masih menggunakan tabung kaku dan mengandalkan cahaya lilin untuk pemeriksaan, bisa kita bayangkan betapa sakitnya pasien yang diperiksa saat itu. Alat endoskopi sekarang sangat fleksibel, nyaman digunakan oleh klinisi maupun bagi pasien, dengan komplikasi yang minimal dan tingkat nyeri yang rendah. Endoskopi saluran cerna bagian atas disebut sebagai *Esofago Gastro Duodenoskopi* (EGD), sedang endoskopi saluran cerna bagian bawah disebut sebagai Kolonoskopi.

Seseorang dikatakan memiliki resiko sedang terkena kanker kolorektal apabila berusia lebih dari 50 tahun, tanpa adanya riwayat kanker dan riwayat keluarga tidak menderita kanker, atau orang yang terdiagnosis menderita *adenoma* (tumor jinak) maupun kanker kolorektal setelah berusia di atas 60 tahun. Sedangkan orang dengan resiko tinggi adalah orang-orang yang menderita polip dengan jenis *adenomatosa*, pernah dipotong ususnya karena kanker, riwayat keluarga dengan kanker kolorektal serta penderita sakit peradangan usus (*inflammatory bowel disease*) yang lama. Setelah diperiksa colok dubur dan perdarahan samar pada tinja, orang yang memiliki faktor resiko tersebut dapat dikerjakan kolonoskopi. Sebaiknya untuk individu dengan usia lebih dari 50 tahun, dilakukan kolonoskopi 5 tahun sekali. Rekomendasi kolonoskopi akan berbeda-beda tergantung dengan usia, atau ditemukan kelainan apa dari kolonoskopi sebelumnya.

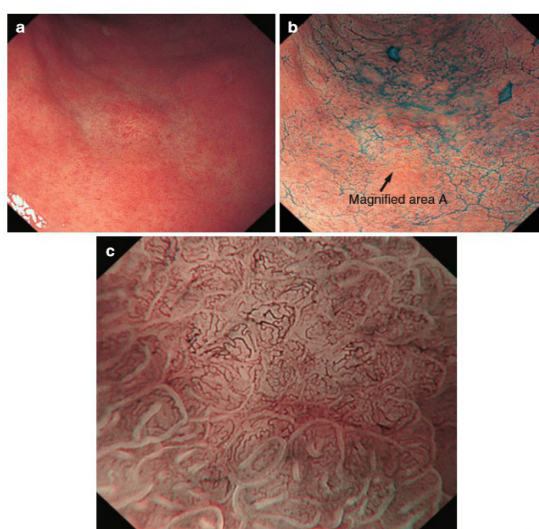
Kanker saluran cerna bagian atas terutama lambung juga tidak kalah berbahaya dibandingkan kanker kolorektal. Kanker lambung adalah penyebab kematian ke-5 pada pria dan wanita dari data *World Cancer Research Fund International* (WCRFI) tahun 2012. Di dunia, kanker lambung menyumbang 500.000 kematian setiap tahunnya. Sedangkan di Amerika setiap 10 orang pria dari 100.000

populasi, menderita kanker lambung. Data kejadian kanker lambung di Indonesia belum ada sampai saat ini, tetapi seperti kanker kolorektal yang meningkat risikonya seiring bertambahnya usia dan perubahan gaya hidup, maka kita juga tidak boleh menyepelekannya.

Sama seperti kanker kolorektal, kanker lambung juga jarang menimbulkan gejala yang berat pada awal mula penyakit. Pemeriksaan EGD sangat direkomendasikan pada individu yang mengalami gejala gangguan pencernaan seperti perut kembung, mual, nyeri perut dan ulu hati yang sudah berlangsung kronis (lebih dari 3 bulan) atau disebut dispepsia. Apabila individu tersebut memiliki salah satu tanda alarm seperti berusia lebih dari 50 tahun, mempunyai riwayat keluarga kanker, berat badan menurun yang tidak diketahui sebabnya, perdarahan saluran cerna disertai

dengan kadar Hb rendah, nyeri telan maupun sulit menelan serta muntah yang terus-menerus, maka pemeriksaan EGD menjadi wajib dikerjakan.

Pemeriksaan endoskopi sekarang dengan teknologi *Narrow Band Imaging* (NBI) dapat membedakan permukaan saluran cerna yang normal dengan kelainan pra-kanker. Dengan pemeriksaan yang lebih sensitif tersebut, deteksi dini kanker saluran cerna akan lebih baik dan lebih cepat. Di RSUD Ulin sendiri sudah memberikan pelayanan endoskopi saluran cerna, dengan menggunakan peralatan yang modern dilengkapi juga dengan teknologi NBI. Dengan dukungan kelengkapan alat serta sumber daya ini, sudah semestinya RSUD Ulin dapat menjadi pusat pelayanan endoskopi di Kalimantan Selatan dan Kalimantan Tengah.



Gambar (a) adalah gambaran endoskopi dengan pencahayaan normal, gambar (b) setelah permukaan lambung disemprot dengan cat khusus, sedangkan gambar (c) adalah pembesaran area yang ditunjuk panah dengan teknologi NBI dapat mengetahui bahwa kelainan tersebut adalah kanker tahap awal (diambil dari *The Atlas of Endoscopy with Narrow Band Imaging*, 2011)

Di akhir tulisan ini, penulis berharap kesadaran kami sebagai klinisi untuk terus memberikan edukasi tentang pentingnya deteksi dini kanker serta kesadaran masyarakat secara kolektif untuk senantiasa menjaga kesehatan. Sesuai dengan hasil dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, ada beberapa hal yang menjadi perhatian terutama naiknya prevalensi diabetes, darah tinggi dan kegemukan pada masyarakat Indonesia. Yang tidak kalah penting adalah indikator Germas (Gerakan masyarakat untuk hidup sehat) terutama memperbanyak aktivitas fisik, konsumsi buah dan sayur serta tidak merokok masih belum menunjukkan perbaikan dibandingkan dengan Riskesdas tahun 2013. Semua indikator di atas menunjukkan akan semakin bertambahnya penyakit-penyakit non-infeksi seperti kanker saluran cerna. Oleh karena itu, hendaknya kita selalu CERDIK untuk mencegah kanker, CERDIK di sini adalah Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin

aktivitas fisik, Diet sehat dengan kalori seimbang, Istirahat yang cukup dan Kelola stres harus menjadi semboyan hidup kita. Salam sehat!



STOP KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN

Gusti Noor Ermawati, S.Psi, Psikolog

Kepala Instalasi Psikologi RSUD Ulin Banjarmasin



Kekerasan terhadap perempuan adalah segala tindakan perbedaan jenis kelamin yang mengakibatkan kesengsaraan atau penderitaan terhadap perempuan. WHO(2010) menyatakan bahwa 1 dari 3 perempuan di dunia mengalami kekerasan berupa fisik maupun seksual. Bahkan 1 dari 4 perempuan di negara maju juga mengalami kekerasan hingga 25 %. Di negara Afrika dan Asia, tingkat kekerasan terhadap perempuan sekitar 37%.

Di Indonesia berdasarkan Hasil Survey Pengalaman Hidup Perempuan Nasional diketahui sebanyak 33,4 % perempuan usia 15-64 tahun telah mengalami kekerasan fisik dan/atau kekerasan seksual selama hidupnya, dengan jumlah kekerasan fisik sebanyak 18,1 % dan kekerasan Seksual sebanyak 24,2 % (BPS,2016). Setiap 2 jam 3 perempuan menjadi korban kekerasan seksual (Kajian 10 tahun Komnas Perempuan)

Bentuk Bentuk Kekerasan Terhadap Perempuan

1. **Kekerasan Fisik**, yaitu tindakan yang bertujuan melukai, menyiksa atau menganiaya orang lain, dapat dilakukan dengan anggota tubuh pelaku (tangan,kaki) atau dengan alat lainnya.
2. **Kekerasan Psikis/Mental** yaitu tindakan yang bertujuan merendahkan citra atau kepercayaan diri seorang perempuan baik kata-kata maupun perbuatan yang tidak disukai korban seperti mengisolasi, memfitnah, over protectif, mengejek/menghina, dll
3. **Kekerasan ekonomi/penelantaran**, pembatasan/ pelarangan dalam aspek ekonomi spt tidak menafkahi, memaksa bekerja, memaksa membiayai, dll.
4. **Kekerasan Seksual**, pemaksaan hubungan seksual terhadap perempuan seperti perkosaan, perdagangan perempuan untuk tujuan seksual, pelecehan seksual, penyiksaan seksual, eksploitasi seksual, perbudakan seksual dan intimidasi/ancaman/serangan/percobaan perkosaan.

5. **Kekerasan Sosial Budaya** seperti kawin paksa, pernikahan usia dini, poligami, dll

Kekerasan terhadap perempuan merupakan tanggung jawab semua elemen baik masyarakat dan pemerintah. Sebagai anggota masyarakat kita seyogyanya berperan aktif dalam menghentikan kekerasan terhadap perempuan.

Apa yang Dilakukan Ketika Menemukan Kekerasan Terhadap Perempuan

1. Amankan korban dari tempat yang memiliki resiko untuk terjadinya kekerasan berulang terhadap perempuan.
2. Dampingi korban, mereka merasa sendiri dan butuh teman curhat terhadap apa yang dialaminya. Beberapa korban kekerasan tidak tahu apa yang dibutuhkan, tidak mau dibebani atau tidak percaya dengan orang lain, dan merasa tidak ada orang lagi yang mau peduli.
3. Dengarkan dengan baik, tidak menilai, menghakimi, menyalahkan terhadap apa yang dialaminya.
4. Cari bantuan sesuai kebutuhannya. Menghubungkan korban dengan layanan yang mereka butuhkan bisa berupa layanan kesehatan, bantuan hukum, psikologis dan sosial seperti rumah aman, rumah sakit, dll.

Prinsip-Prinsip Dukungan Psikologi Pertama Korban Kekerasan Perempuan

1. Berpihak terhadap korban
2. Tidak menyalahkan korban
3. Menjaga kerahasiaan korban
4. Memberi respon yang sehat : tenang, terorganisir dan membantu
5. Pahami latarbelakangnya baik pendidikan ,agama, budaya ,dll
6. Pemberdayaan korban
7. Keadilan gender

Kekerasan Seksual terhadap Perempuan



Berdasarkan Catatan Tahunan (CATAHU) Komnas Perempuan tahun 2018, kekerasan seksual di ranah publik/komunitas mencapai 2.670 kasus

Sementara kasus kekerasan seksual di ranah privat/personal mencapai 2.979 kasus. *Incest* (pelaku orang terdekat yang masih memiliki hubungan keluarga) paling banyak dilaporkan dengan 1.210 kasus, diikuti perkosaan 619 kasus, dan eksploitasi seksual 555 kasus

Terdapat tiga jenis kekerasan seksual paling banyak dilakukan di ranah komunitas, yaitu pencabulan (911 kasus), pelecehan seksual (708 kasus), dan perkosaan (669 kasus)

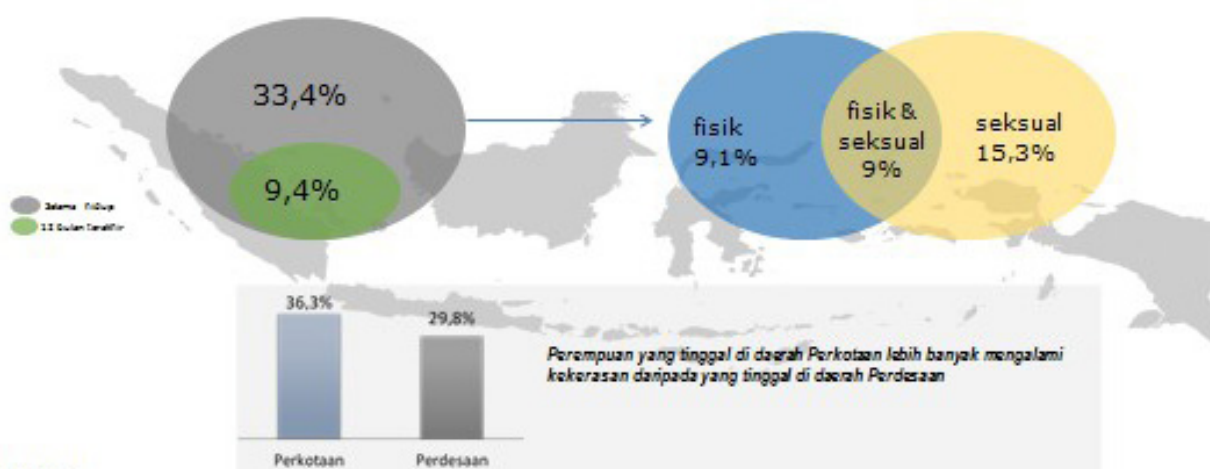
Pelaku kekerasan seksual tertinggi di ranah privat/personal dilakukan oleh pacar sebanyak 1.528 orang, kemudian ayah kandung sebanyak 425 orang, disusul oleh paman sebanyak 322 orang

Perempuan yang menjadi korban kekerasan seksual justru sering disalahkan dan dirundung, sementara pelaku utama lolos dari penghakiman sosial



1 dari 3 perempuan usia 15-64 tahun di Indonesia mengalami kekerasan oleh pasangan dan selain pasangan selama hidup mereka. Sekitar 1 dari 10 perempuan mengalaminya dalam 12 bulan terakhir.

PREVALENSI KEKERASAN FISIK DAN/ ATAU SEKSUAL OLEH PASANGAN DAN SELAIN PASANGAN



MEMBANGUN POLA KEMITRAAN RSUD ULIN DENGAN BAPELKES

AKHMAD ZARKASI, M.Kes

Staf Bidang Analis Pengembangan SDM RSUD Ulin Banjarmasin



Kecelakaan atau bencana dapat terjadi di mana saja dan kapan saja, seperti halnya kecelakaan lalu lintas, kecelakaan rumah tangga, kecelakaan kerja, dan sebagainya. Perawat sebagai lini terdepan dalam pelayanan gawat darurat harus mampu menangani masalah yang diakibatkan kecelakaan dengan cepat dan tepat, dengan pendekatan asuhan keperawatan yang mencakup aspek bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual. Oleh karena itu perawat dituntut untuk memiliki kompetensi dalam menangani masalah kegawatdaruratan akibat trauma dan gangguan kardiovaskuler. Salah satu upaya dalam peningkatan kompetensi tersebut dilakukan melalui pelatihan.

Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS) merupakan salah satu pelatihan dasar bagi perawat dalam menangani masalah kegawatdaruratan akibat trauma dan gangguan kardiovaskuler. Penanganan masalah tersebut ditujukan untuk memberikan bantuan hidup dasar sehingga dapat menyelamatkan nyawa dan meminimalisir kerusakan organ serta kecacatan penderita. BTCLS ini telah menjadi persyaratan mutlak untuk setiap perawat yang bekerja di pelayanan kesehatan, termasuk Tim Kesehatan Haji dan Dosen Institusi pendidikan keperawatan sebagai pembimbing praktik mahasiswa. Untuk itu, perawat sebagai bagian dari anggota Tim Kesehatan wajib memiliki keterampilan dasar tentang BTCLS sebagai kompetensi dasar, karena henti nafas dan atau henti jantung bisa terjadi sepanjang rentang gawat darurat baik *pre-hospital*, *in-hospital* dan *post-hospital*. Kompetensi dasar ini idealnya sebagai persyaratan wajib yang harus dimiliki oleh perawat sebelum bekerja di pelayanan kesehatan ataupun sebagai fasilitator klinik. Untuk dapat melakukan asuhan keperawatan gawat darurat khususnya melakukan BTCLS sesuai dengan kebutuhan pasar kerja, maka perlu disiapkan perawat yang handal melalui pelatihan berbasis kompetensi / *Competency Based Training* (CBT).

Tidak hanya untuk memenuhi kebutuhan itu saja, sesuai dengan Akreditasi rumah sakit pada BAB Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS) pada elemen Penilaian 8 dan 8.1 diatur bahwa setiap staf wajib mengikuti pendidikan atau pelatihan di dalam atau di luar rumah sakit termasuk pendidikan profesi berkelanjutan untuk

mempertahankan atau meningkatkan kompetensinya. Setiap staf yang memberikan asuhan kepada pasien dan staf yang ditentukan oleh rumah sakit dilatih dan dapat melaksanakan secara benar teknik resusitasi jantung paru. Rumah sakit mengadakan pelatihan teknik resusitasi tingkat dasar untuk seluruh staf dan tingkat lanjut untuk staf yang telah ditentukan seperti kamar operasi, pelayanan intensif, dan gawat darurat. Pelatihan tersebut dilakukan ulang setiap dua tahun bila program pelatihan yang diakui tidak digunakan. Diharapkan agar staf yang mengikuti pelatihan dapat mencapai tingkat kompetensi yang ditentukan.

Rumah sakit menentukan staf yang diharuskan menerima pendidikan dan berkelanjutan untuk mempertahankan kredibilitasnya juga menetapkan keharusan ada dokumen pelatihan staf yang dimonitor dan didokumentasikan. Untuk mempertahankan kinerja staf, memberikan pendidikan keterampilan baru dan memberi pelatihan tentang teknologi serta prosedur medis baru maka rumah sakit menyediakan fasilitas, pendidik, serta waktu untuk memberi pendidikan dan pelatihan didalam dan diluar rumah sakit. Pelatihan ini harus sesuai dengan perkembangan kebutuhan pasien dan sesuai UU No 5 tahun 2014 tentang aparatur sipil negara (ASN) bahwa penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan bagi pegawai ASN harus dilakukan oleh lembaga yang terakreditasi dan sertifikasi dibidangnya. Pimpinan rumah sakit membantu pelatihan didalam dan diluar rumah sakit dengan cara menyediakan ruangan, peralatan, waktu untuk program pendidikan dan pelatihan serta biayanya. Pelaksanaan pelatihan didalam dan diluar rumah sakit dilakukan juga agar dapat mendukung pengembangan profesional berkelanjutan. Teknologi informasi yang tersedia dapat membantu penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan. Pelatihan diatur sedemikian rupa agar tidak mengganggu pelayanan pasien.

Untuk mengantisipasi kebutuhan tersebut, maka RSUD Ulin melakukan pola kemitraan dengan Balai Pelatihan Kesehatan (Bapelkes) Provinsi Kalimantan Selatan untuk menyelenggarakan Pelatihan *Basic Trauma Cardiac Life Support* (BTCLS) yang dibagi dalam beberapa

tahapan angkatan dengan jumlah peserta 174 orang dengan sasaran tenaga kesehatan keperawatan dari berbagai unit pelayanan di RSUD Ulin yaitu :

1. Angkatan I dan II dari tanggal 29 Nopember s.d 3 Desember 2019 dengan jumlah 50 orang
2. Angkatan III dan IV dari tanggal 4 Desember s.d 9 Desember 2019 dengan jumlah 49 orang
3. Angkatan V dimulai dari tanggal 13 Desember s.d 17 Desember 2019 dengan jumlah 25 orang
4. Angkatan VI dan VII dari tanggal 19 Desember s.d 25 Desember 2019 dengan jumlah 50 orang

Pelatihan dari angkatan I s.d VII dibuka dan diresmikan langsung oleh Direktur RSUD Ulin Ibu dr. Hj. Suciati, M.Kes didampingi Kepala bidang SDM RSUD Ulin Bapak Ruspandi,SH,MH, Kasie Bidang SDM bapak Sudarmo,SKM,.S.Kep,.M.Kes dan kepala Bapelkes ibu Sulikah SKM beserta seluruh Penyelenggara Pelatihan Bapelkes Provinsi Kalimantan Selatan.

Adapun Rincian Kegiatan Pelatihan sebagai berikut :

1. Hari 1 : Seluruh Peserta pelatihan tiba di BAPELKES

Banjarbaru, pembagian kamar untuk menginap selama 5 hari latih dan dilanjutkan acara, *pre test*, dan pembelajaran materi Dasar BTCLS

2. Hari 2 : Peserta latih mengikuti pembelajaran materi Inti BTCLS
3. Hari 3 ; Peserta Latih mengikuti *skill lab* dan praktek simulasi BTCLS
4. Hari ke 4 : peserta latih mengikuti Ujian praktek BTCLS
5. Hari ke 5 : peserta latih mengikuti *Post test*, dilanjutkan penanaman pohon bersama-sama di taman hutan Tahura dan penutupan acara pelatihan

Seluruh peserta dan panitia penyelenggara berharap agar kerjasama ini terus berjalan untuk meningkatkan kemampuan Perawat melakukan BTCLS dan seluruh peserta dapat menerapkannya di pelayanan sehingga tercapai tujuan sesuai dengan tema pelatihan : "Menciptakan Perawat yang Kompeten dan *safety patient* dalam Kegawatdaruratan ".



Penandatanganan kerjasama kemitraan RSUD Ulin dan Bapelkes Kalsel



Kegiatan Pembelajaran Materi Inti BTCLS



Kegiatan Praktek dan Lab Skill



Kegiatan Menanam Pohon di Tahura

Poli Bedah Orthopaedi

Helmi Ramadhani,S.Kep

Staf Poli Orthopaedi



Poli bedah orthopaedi adalah salah satu poliklinik layanan di Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin yang mempunyai layanan kekhususan di bidang bedah tulang atau orthopaedi. Poli orthopaedi terletak di gedung aster lantai dasar di rumah sakit ulin Banjarmasin. Tempatnya yang mudah dijangkau sangat membantu atau memudahkan bagi pasien yang datang berobat ke poli ini.

Pasien yang datang berobat ke Poli Orthopaedi adalah pasien dengan keluhan atau gangguan pada bagian tulangnya, baik anggota gerak bagian atas, leher dan tulang belakang, anggota gerak bagian bawah, tumor tulang atau orthopaedi anak. Kebanyakan pasien yang berobat

mengalami gangguan dalam hal mobilisasi sehingga ada yang datang dengan menggunakan tongkat, kursi roda maupun dengan kereta dorong. Dengan letak polinya yang di depan memudahkan bagi pasien menuju ke poli ini untuk berobat.

Pelayanan di Poli Orthopaedi dilakukan oleh dokter-dokter bidang bedah Orthopaedi terbaik di Kalimantan Selatan dan Kalimantan Tengah sehingga menjadi pusat rujukan untuk 2 propinsi ini. Dokter orthopaedi yang memberikan pelayanan sudah mempunyai sub bidang masing-masing sehingga pelayanannya akan berbeda setiap harinya. Jadwal pelayanannya adalah sebagai berikut :

HARI	JENIS LAYANAN	DOKTER
SENIN	ORTHOPAEDI ANGGOTA GERAK ATAS / TANGAN DAN JARI	Dr.dr.Izaak Zulkarnain Akbar,Sp.OT(K) dr.Essy Dwi Damayanthi,Sp.OT
SELASA	ORTHOPAEDI LEHER DAN TULANG BELAKANG	dr.Muhammad Iqbal,Sp.OT(K)
RABU	ORTHOPAEDI ONKOLOGI	dr.Husna Dharma Putra,Sp.OT(K)
KAMIS	ORTHOPAEDI ANGGOTA GERAK BAWAH/PANGGUL DAN KAKI	dr.Andreas M.H Siagian,Sp.OT(K)
JUM,AT	ORTHOPAEDI PEDIATRIK/BAYI DAN ANAK	dr.Essy Dwi Damayanthi,Sp.OT

Dalam memberikan pelayanan dokter dibantu oleh tenaga perawat yang juga berpengalaman di bidang bedah orthopaedi serta di tunjang dengan peralatan yang cukup. Selain itu, poli orthopaedi juga memberikan

pelayanan tindakan medis dan tindakan perawatan, seperti tindakan pemasangan *gips*, pelepasan *wire*, perawatan luka, pelepasan jahitan maupun tindakan bedah minor lainnya.



Ruang Tunggu Poli



Kamar Periksa dokter



Ruang Tindakan



Ruang Periksa dokter PPDS



Ruang Pemeriksaan dokter spesialis



Pemeriksaan Gips

Sosok kali ini menampilkan Ibu Supri Nuryani, SKM., M.Kes merupakan salah satu Bidan Senior yang telah berjasa di Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin.



Supri Nuryani SKM, M.Kes *Attitude, Behavior, Comitment, Disiplin & Exis*

Terlahir dari keluarga sederhana dengan bapak seorang guru, sejak kecil beliau sudah memahami suka dukanya pendidikan dari orang tuanya. Bu Supri, panggilan akrabnya, mengatakan bahwa kesuksesan berasal sebagian besar dari ridho orang tua dan menghargai guru dan juga kita mesti menghargai lingkungan sekitar kita.

Perjalanan karier sang bidan ini tidak serta merta sukses seperti sekarang. Hingga kini beliau adalah bidan yang purna tugas. Pengabdian beliau sejak tahun 1981 – 2019. Saat aktif bertugas di RSUD Ulin, beliau menempuh pendidikan D.III, D.IV/S.1 dan sampai pada pendidikan S.2 Magister Kesehatan.

Kiat sukses beliau dengan kata kunci A,B,C,D, dimana A adalah *Attitude*; sebagai seorang yang *professional* bekerja di RS, sikap sangat penting kita bentuk agar kepribadian kita lebih baik dan menjadikan diri kita bermoral baik. B adalah *Behavior*; lingkungan kerja di RS, perilaku yang baik yang lazim dilakukan oleh banyak orang, tentunya itulah perilaku yang baik sesuai norma dan budaya yang berlaku di tempat itu. C adalah *Comitment*; artinya dalam bekerja mestinya kita harus jaga komitmen kerja yang baik, seperti komitmen kita untuk memberikan pelayanan terbaik kepada pasien. D adalah *Disiplin*; seiring dengan komitmen, disiplin juga harus kita jaga agar jangan sampai dalam pekerjaan kita sering melalaikan dan meremehkan waktu dan kesempatan, karena hal yang sudah lewat tidak bisa terulang lagi. Dan E adalah *Exis*; yaitu satu kesatuan dari A-D, maka akan terlahirlah *Exis*, yang artinya kita sebagai seorang pekerja yang profesional tentunya akan banyak dikenal orang, dengan kinerja dan kompetensi kita yang baik tentunya banyak memberikan peluang, kita diberikan kesempatan untuk menyalurkan bakat kita seperti kesempatan sebagai pembimbing, mengajar di pendidikan-pendidikan. Hal ini terbukti dari kiprah beliau sebagai pengajar di beberapa Akademi Kebidanan. Beliau sebagai pembimbing (*Clinical Instruktur*) di RS juga di luar beliau sebagai Pelatih Bidan Klinis,

Beliau juga berkarir di organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Sejak dari IBI ranting sebagai ketua, IBI

cabang sebagai pengurus utama dan terakhir saat ini beliau dipercayakan menjadi Ketua Umum di pengurus Daerah IBI Provinsi Kalsel. Hal ini tentunya tidak lepas karena jiwanya adalah seorang yang senang berorganisasi sejak saat beliau awal menjadi bidan dulu.

Selain sebagai sebagai pembicara dalam berbagai even seminar, *workshop* maupun diklat kebidanan dari Dinas Kesehatan, sekarang beliau dipercaya sebagai Direktur Akademi Kebidanan Abdi Persada di Jl. Jend. Soetoyo S. Banjarmasin.

Disamping kesibukan beliau, keluarga tetap menjadi prioritas bagi beliau. Hari libur tentunya beliau manfaatkan untuk keluarga. Beliau berfikir bahwa keluarga harus utama diperhatikan terutama dalam mendidik anak-anak. Anak sulung beliau berhasil meraih prestasi dengan beasiswa sekolah Strata 3 bidang Statistik di *University of Melbourne*, Australia. Kesuksesan seorang anak tentunya adalah kesuksesan seorang ibu yang sebagai madrasah pertama di keluarga pada saat anak pra sekolah.

Beliau mempunyai prinsip yaitu “life is learning”. Setiap kita yang hidup, manfaatkanlah untuk selalu belajar, belajar untuk dunia dan juga belajar untuk akhirat, dimana keduanya adalah kesatuan yang tak terpisahkan. Sukses dunia juga tentunya sukses akhirat. (mayamidiyatieafrika* tim Ulinnews rsudulin)



Kegiatan Bu Supri di organisasi

RESURVEY PERPANJANGAN AKREDITASI RUMAH SAKIT PENDIDIKAN UTAMA

Yan Setiawan, S.Kep., Ns. M.Kep

Kepala Seksi Humas RSUD ULIN Banjarmasin



Jumat, 18 September 2019 RSUD Ulin Banjarmasin menerima visitasi dari Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan Kementerian Kesehatan. Kedatangan ini guna perpanjangan penetapan RSUD Ulin Banjarmasin sebagai Rumah Sakit Pendidikan Utama Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM). Acara tersebut dihadiri oleh Jajaran Pejabat Struktural, Ketua Komkordik RSUD Ulin, Ketua Komite Medik RSUD Ulin, Ketua Komite Keperawatan, Ketua Komite Nakes lainnya, dan semua Kepala Instalasi RSUD Ulin.

Acara ini dibuka dengan sambutan oleh Direktur RSUD Ulin Banjarmasin Ibu Hj. Suciati, M.Kes dan dilanjutkan sambutan dari Ketua Tim Asesor Visitasi RS Pendidikan dr. Tengku Djumala Sari. Sebagai Rumah Sakit rujukan Provinsi, selain melaksanakan fungsi pelayanan, RSUD Ulin juga menerapkan fungsi pendidikan, hal tersebut disampaikan Direktur RSUD Ulin dalam sambutannya. Pada kesempatan yang sama dr.Tengku Djumala Sari menyampaikan ada 5 (lima) standar yang akan diassesmen pada masing-masing pokja.



Sambutan Direktur RSUD Ulin dr. Hj. Suciati, M.Kes



Assesmen masing-masing pokja



Foto Bersama Ketua Tim Asesor Visitasi RS Pendidikan beserta Direktur RSUD Ulin dan Ketua-ketua Komite



SURVEY VERIFIKASI AKREDITASI RUMAH SAKIT (SNARS EDISI I)

Yan Setiawan, S.Kep., Ns. M.Kep

Kepala Seksi Humas



Kamis, 07 November 2019 RSUD Ulin kedatangan Surveyor Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) untuk melakukan Survei Verifikasi Akreditasi Survei Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 di Rumah Sakit Umum Daerah Ulin. Kegiatan tersebut dilaksanakan di Aula Utama Gedung Ulin Tower Lantai 8 dan dibuka oleh Direktur RSUD Ulin Hj. Suciati, M.Kes. Untuk Surveor Manajemen yaitu dr. Rosma Napitupulu, MARS dan untuk Surveor Keperawatan Misrah Panjaitan, Skep, Ners, M.Kep. Tujuan Survey verifikasi tersebut untuk memastikan RSUD Ulin yang telah terakreditasi paripurna dapat mempertahankan dan meningkatkan implementasi mutu layanan.

Acara survey verifikasi akreditasi ini berlangsung selama 2 hari, 07-08 November 2019 dari jam 08.00-15.00 WITA. Setelah dilakukan pembukaan di hari pertama dilanjutkan dengan telusur dokumen dan telusur lapangan ke unit-unit pelayanan. Setelah selesai melakukan telusur ke unit-unit pelayanan, dilakukan *Exit Conference* guna menyampaikan beberapa rekomendasi dari Tim Surveyor.



STUDI BANDING RSUD PANGLI MA SEBAYA

M. HAKIM, AMG

KEPALA INSTALASI PKRS RSUD ULIN BAMJARMASIN



Kamis 07 November 2019 RSUD Panglima Sebaya Kabupaten Paser Kaltim melakukan studi banding tentang instalasi PKRS ke RSUD Ulin Banjarmasin. Studi banding RSUD Panglima Sebaya ini diketuai oleh Bidan Rumila Aida, SST didampingi oleh dr. Ahmad Fauzi, Sp..An (Dokter Spesialis Anestesi, Kepala Instalasi CSSD. Tujuan kegiatan ini adalah dalam rangka perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan di RSUD Panglima Sebaya Tana Paser khususnya terkait Promosi Kesehatan Rumah Sakit. Acara ini selain dihadiri oleh Kepala Instalasi PKRS beserta para staf, juga dihadiri oleh Wadir SDM, Diklit & Hukum dan Wadir Medik & Keperawatan RSUD Ulin Banjarmasin.

Dalam kunjungan ini banyak sekali ditanyakan tentang Humas dan PKRS RSUD Ulin, diantaranya Progam Kerja PKRS, Akreditasi RS khususnya yang berkenaan dengan PKRS dan pelaksanaan Penyuluhan baik yang dilaksanakan di dalam maupun di luar RS. Salah Satu yang ditanyakan adalah bagaimana PKRS RSUD Ulin dalam melaksanakan Progam Kerja PKRS, setelah dijelaskan mereka kagum dengan pola kerja PKRS yang berjalan dengan baik, walaupun jumlah tenaga PKRS RSUD Ulin cuma 7 orang yang terdiri dari 2 Rohaniawan Islam, 1 Rohaniawan Kristen, 1 Petugas Studio Promkes dan 3 orang Penyuluh Kesehatan Rumah Sakit jika dibandingkan

dengan jumlah tenaga PKRS RSUD Panglima Sebaya 13 Orang.

PKRS RSUD Ulin juga menjelaskan tentang keikutsertaan dalam pameran Expo Kalsel, Pameran Inovasi Layanan Publik tingkat Nasional dan Media Informasi Ulin News yang diedarkan ke seluruh RS, Puskesmas, baik kota maupun kabupaten di Kalsel. PKRS RSUD Sebaya menyempatkan diri berkunjung ke Ruang Instalasi PKRS RSUD Ulin, ruang khusus cetak Brosur/Leaflet, Ruang Studio Promkes, CSSD, G. Mulawarman dll.

Dari hasil studi banding ke RSUD Ulin Banjarmasin yang dimotori oleh pendamping dr. Ahmad Fauzi, Sp.An, menjelaskan bahwa dari hasil kunjungan ini akan memperjuangkan Unit PKRS RSUD Panglima Sebaya menjadi Instalasi PKRS RSUD Panglima Sebaya, ini dikarenakan Unit PKRS RSUD Panglima Sebaya yang berada dibawah Kabid Pelayanan Medik tenaga yang terdiri dari berbagai profesi baik sebagai bidan, Gizi, Apoteker, Perawat, dll., yang pekerjaan utamanya adalah melayani pasien namun juga merangkap sebagai staf Unit PKRS, sehingga progam kerja PKRS tak terlaksana dengan baik. Beda dengan Instalasi PKRS RSUD Ulin Banjarmasin yang karyawannya benar-benar pekerjaan utamanya memang di PKRS.



Foto Bersama Staf Instalasi PKRS RSUD Ulin dan Staf Unit PKRS Panglima Sebaya



Seorang Staf Unit PKRS RSUD Panglima Sebaya Sedang Mencoba Peralatan di Studio PKRS RSUD Ulin



Penyuluhan tentang varises, 14 November 2019



Seminar Keperawatan dan Sumpah Profesi Perawat, 16 November 2019



Seminar Awam Kesehatan Kandung Kemih, 19 November 2019



Peringatan Maulid Nabi Muhammad SAW, 20 November 2019



Penyuluhan Kesehatan Tentang Bantuan Hidup Dasar, 21 November 2019



Penyuluhan Kesehatan Tentang Batu Saluran Kencing, 26 November 2019

