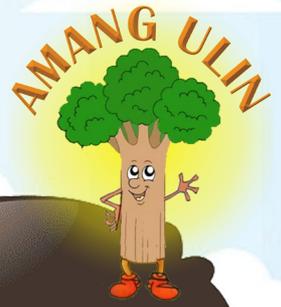


ULIN

Media Informasi RSUD Ulin Banjarmasin



News



GENERASI SEHAT TERLINDUNGI

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



Hari Anak Nasional mulai diperingati sejak tahun 1984, penetapan tanggal 23 Juli sebagai Hari Anak Nasional sesuai tanggal penetapan Undang-undang tentang Kesejahteraan Anak yang disahkan pada tanggal 23 Juli 1979 dengan semangat melihat anak-anak sebagai asset bangsa.

Pada tahun 2022 ini, Peringatan Hari Anak Nasional mengambil tema "Anak Terlindungi, Indonesia Maju". Tema ini sejalan dengan kondisi kita saat ini yang masih dalam masa Pandemi, dimana perlindungan anak, baik perlindungan secara fisik maupun psikis serta aspek-aspek lainnya sangat penting untuk memberi penghormatan, perlindungan, dan pemenuhan hak anak sebagai generasi penerus bangsa. Selamat hari Anak Nasional 2022

Salam Hangat
Pimpinan Redaksi

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

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. H. Yan Setiawan, Ns. M. Kep

3. Maya Fauzi, S. Kep, Ns. MM

4. Muhammad 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

Daftar Isi

- | | | | |
|------------------|--|------------------|---|
| Hal
2 | Pengantar Redaksi | Hal
19 | Sains
Dialisis Peritoneal sebagai Alternatif Terapi Pengganti Ginjal |
| Hal
3 | Ulin Mahabari
Persiapan RSUD Ulin dalam Menghadapi Survei Akreditasi 2022 | Hal
22 | Meningkatkan Performa Seksual Pada Pria |
| Hal
4 | Laporan Utama
Imunisasi pada Anak, Kiat Proteksi Sejak Dini ? | Hal
24 | Profil Unit
Poliklinik Obstetri dan Ginekologi RSUD Ulin Banjarmasin |
| Hal
6 | Topik Kita
Penatalaksanaan Hepatitis pada Anak | Hal
26 | Medika
Cacar Monyet (<i>Monkey Pox</i>) |
| Hal
8 | Tips & Trik
Pesan Gizi Seimbang Anak Sekolah | Hal
28 | Sindroma Brugada, Salah satu penyebab kematian dini karena penyakit jantung |
| Hal
10 | Untuk Kita
Manfaat Kolostrum pada ASI | Hal
31 | Peristiwa
Forum Komunikasi Publik RSUD Ulin Banjarmasin Tahun 2022 |
| Hal
11 | Mengenal Keistimewaan ASI | Hal
31 | Sosok
dr. Zainuddin A., Sp.S |
| Hal
12 | Dukungan Keluarga dalam Pemberian ASI Eksklusif | Hal
32 | Papadah Amang Ulin |
| Hal
14 | Info Medis
Mastitis dan Penanganannya | | |
| Hal
16 | Mengenal <i>Early Caries Childhood Caries</i> pada Gigi Anak | | |
| Hal
18 | Album | | |



Maya Fauzi, Ns, MM
Sekretaris Komite Mutu RSUD Ulin

Persiapan RSUD ULIN dalam Menghadapi Survei Akreditasi 2022

Seiring dengan berlangsungnya pelayanan yang kontinu setiap hari, RSUD Ulin selalu memperhatikan akan standar-standar pelayanan. Hal ini tentunya untuk menjamin mutu dan keselamatan pasien. Lama dilanda pandemi sekitar 2 tahun, RSUD Ulin lebih fokus pada pelayanan covid-19, namun tidak meninggalkan pelayanan yang lain. Standar-standar akreditasi terus berlangsung, pada saat pandemi lebih diutamakan pada penggunaan APD (alat Pelindung Diri), penggunaan sarana khusus (kamar) untuk pasien Covid-19 dan alur masuk pasien yang menyesuaikan dengan aturan Kemenkes. Hingga kini covid 19 mulai mereda, kembali ada penilaian akreditasi oleh Kemenkes yang diwakilkan melalui lembaga akreditasi dengan pelaksanaannya sekitar bulan November 2022 nanti.

Persiapan pun dilakukan guna melengkapi dokumen-dokumen baik berupa Regulasi maupun dokumen lain yang sifatnya berjalan rutin harian dan bulanan seperti catatan Rekam Medik, Laporan Kegiatan Pelatihan, Kegiatan Rapat, dll. Selain dalam hal persiapan dokumen bidang dan komite yang bertanggung jawab dalam persiapan akreditasi ini adalah bidang Diklat dan Komite Akreditasi. Persiapan diawali dengan keikutsertaan RSUD Ulin dalam kegiatan *Kick Off* dan *Launching Standar Akreditasi* yang diselenggarakan oleh Kemenkes bulan Mei 2022 lalu, kegiatan ini bertemakan tentang Standar Akreditasi RS yang baru dengan tujuan agar semua RS menggunakan standar yang sama, karena kurun waktu ke depan akan banyak lembaga independen akreditasi yang bekerjasama untuk memberikan penilaian akreditasi RS.

Selanjutnya komite Akreditasi dan bidang Diklat terus berbenah dalam menyiapkan kegiatan penilaian nanti. Banyak persiapan yang harus dilakukan seperti kegiatan untuk kelengkapan dokumen yaitu identifikasi dengan Desk per Bab melalui Assessor Internal yang dimiliki RSUD Ulin. Dalam desk/penilaian tersebut didapatkan nilai/skor Bab yang dinyatakan dengan lengkap tidaknya dokumen masing-masing Bab. Bab yang nilainya kurang memenuhi standar jadi lebih perhatian manajemen agar bisa dipersiapkan untuk kelengkapan dokumennya. Bab yang nilainya sudah memenuhi juga harus mengevaluasi kembali hal-hal yang kurang untuk kelengkapan dokumen Babnya. Sehingga masing-masing bab terus diperhatikan akan kesiapannya dalam penilaian nanti. Bukti nyata kegiatan yang bisa didokumentasikan adalah pertemuan dengan Dewan Pengawas RSUD Ulin yang mewakili Pemilik RS. Kegiatan ini membahas tentang laporan Komite Mutu dan

Komite Rekam Medis terhadap hasil kegiatan program kerjanya. Pada momentum ini bisa dijadikan sebagai bukti fisik UMAN (Undangan, Materi, Absensi dan Notulen). UMAN merupakan dokumen penting dalam dokumen akreditasi.

Bukti UMAN lain juga telah diselenggarakannya pertemuan dengan masyarakat dan semua stake holder RSUD Ulin, yaitu membahas pelayanan RSUD Ulin dan program kerjanya. Kegiatan ini disebut dengan FKP (Forum Konsultasi Publik). Dua kegiatan ini guna memenuhi elemen yang ada di Bab Manajemen yaitu Bab Tata Kelola RS (TKRS). Dalam hal proses di lapangan pun juga ditingkatkan misalnya bagaimana penggunaan APAR, bagaimana kepatuhan kebersihan tangan, bagaimana pengisian Rekam medis yang benar, bagaimana pemberian BHD, dll. Hal ini adalah semata-mata untuk mereview kembali ingatan pegawai RSUD ulin. Semua ini dilakukan dalam bentuk sosialisasi setiap Bab di Apel pagi.



Sosialisasi di apel pagi



Aplikasi Indikator Mutu

Persiapan lain juga dilakukan oleh manajemen untuk Bab PMKP dan TKRS yaitu menetapkannya pelayanan Onkologi Dewasa sebagai pelayanan Prioritas tahun 2022, yang artinya RSUD Ulin telah menetapkan Indikator Mutu Prioritasnya adalah seluruh pelayanan yang berhubungan dengan pelayanan Onkologi Dewasa. Banyak unit yang terkait dalam penetapan Indikator Mutu Prioritas ini seperti IGD, Farmasi, Laboratorium, Radiologi, IRJA dan IRNA. Untuk indikator mutu ini difasilitasi dengan system sederhana yang diberi nama Si Imut. (myfauzi,agg redaksi ulin news)



Sosialisasi di apel pagi



dr. Astarini Hidayah, Sp.A
Staf KSM Ilmu Kesehatan Anak RSUD Ulin
Banjarmasin

Imunisasi pada Anak, Kiat Proteksi Sejak Dini?

Tumbuh kembang anak ditunjang dengan bagaimana stimulasi dan pemberian nutrisi baik sejak didalam kandungan hingga masa kanak-kanak. Pentingnya proteksi dari imunisasi juga menjadi faktor penting untuk optimalnya tumbuh kembang. Banyak orang tua yang belum tau tentang jadwal, manfaat, dan macam-macam imunisasi yang diberikan saat fase kanak-kanak, sehingga perlu rasanya memaparkan lebih jauh lagi apa saja imunisasi yang sesuai dengan rekomendasi pemerintah maupun Ikatan Dokter Anak Indonesia. Imunisasi merupakan upaya kesehatan yang efektif dan efisien dalam mencegah beberapa penyakit berbahaya. Upaya pemeliharaan kesehatan ini dilakukan sejak fase bayi, balita, hingga beranjak remaja. Dalam hal ini, hak setiap anak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga didukung dalam UU No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit. Vaksin merangsang sistem kekebalan tubuh untuk bereaksi "seolah-olah" ada infeksi nyata. Sehingga apabila anak sudah divaksin, mereka dapat melawan kuman ketika masuk ke dalam tubuh nantinya. Terdapat dosis vaksin yang harus diulang dalam pemberiannya yang disebut dosis booster. Tujuan pemberian dosis booster untuk memperkuat sistem kekebalan dan membantu mempertahankan tingkat perlindungan yang tinggi terhadap penyakit serius. Selain manfaat yang didapat bagi anak yang divaksin, mereka juga menjaga anak-anak lain tetap aman dengan menghilangkan atau mengurangi penyebaran penyakit berbahaya yang dapat menyebar dari satu anak ke anak lain. Serangkaian imunisasi yang diwajibkan pemerintah untuk diberikan kepada anak yaitu :

- Vaksin Hepatitis B

Vaksin hepatitis B merupakan vaksin yang diberikan segera hingga 24 jam setelah lahir. Vaksin ini efektif dan aman untuk mencegah penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis B, yang dapat berkembang menjadi penyakit hati seperti sirosis hati dan kanker hati. Penyakit liver yang diakibatkan oleh virus Hepatitis B saat bayi dan anak usia dini sangat berisiko menjadi hepatitis kronis, sehingga

vaksinasi hepatitis B dapat mencegah kondisi serius ini. Pemberian selanjutnya vaksin hepatitis B saat bayi berusia 2, 3, 4, dan 18 bulan, berbarengan dengan vaksin DPT-HB-Hib.

- Vaksin BCG

Vaksin BCG berasal dari bakteri *mycobacterium bovine* yang telah dilemahkan dan merupakan salah satu jenis vaksinasi yang wajib diberikan kepada anak sekali seumur hidup untuk melindungi anak dari penyakit Tuberkulosis (TBC). Vaksin ini direkomendasikan untuk bayi sejak lahir sampai usia 1 bulan, dengan dilakukan suntikan pada lengan kanan atas. Untuk daerah endemis tuberkulosis, bayi yang belum mendapatkan vaksinasi BCG setelah berusia 3 bulan, disarankan untuk melakukan uji tuberkulin terlebih dahulu. Reaksi yang umum dapat terjadi setelah pemberian vaksin ini adalah muncul bengkak atau nanah disekitar lokasi suntikan.

- Vaksin DPT-HB-Hib

Vaksin ini juga vaksin wajib yang tidak boleh dilewatkan oleh anak, sesuai dengan namanya vaksin ini mencegah dari penyakit yang diakibatkan oleh kuman Difteri, Pertusis, tetanus, Hepatitis B, Haemophilus influenzae tipe B. Difteri adalah penyakit infeksi yang menyerang saluran pernapasan yang dapat menghambat jalan napas dan kematian. Tetanus adalah penyakit yang dapat menyerang bayi dan berakibat kekakuan pada tubuh. Sementara itu, pertusis adalah batuk rejan yang dapat membuat bayi batuk sangat parah hingga tak dapat bernapas. Vaksin untuk *Haemophilus influenzae* tipe B ditujukan untuk melindungi tubuh dari infeksi bakteri Haemophilus influenzae tipe B (Hib), yaitu bakteri yang berbahaya karena dapat menyebabkan infeksi berat, seperti radang otak (meningitis) dan infeksi paru. Sesuai anjuran pemerintah, vaksin ini diberikan saat usia anak 2,3,4 dan 18 bulan. Dosis booster selanjutnya diberikan pada anak usia sekolah.

- Vaksin Polio

Vaksin polio bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit menular polio yang dapat bermanifestasi kelumpuhan pada anak. Vaksin ini diberikan dengan dua cara yaitu oral/tetes injeksi/suntik. Jadwal pemberian polio

tetes adalah saat usia 2,3,4 bulan, dan dapat diberikan polio suntik sebanyak 2 kali sebelum usia 1 tahun, dimulai pada usia 4 bulan. Di Indonesia, kedua jenis vaksin ini telah dimasukkan sebagai program imunisasi nasional dengan harapan Indonesia dapat bebas dari penyakit menular polio.

- **Vaksin Campak/Measles- Rubella**

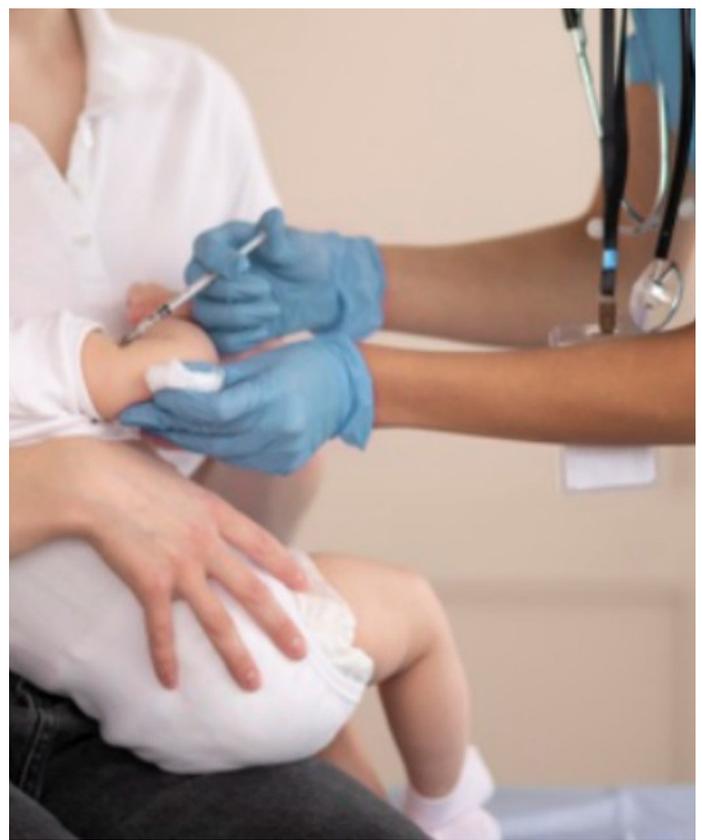
Sebelum tahun 2017, vaksin campak diberikan tunggal dan setelahnya dikombinasi dengan vaksin rubella. Mendapatkan vaksin MR jauh lebih aman daripada terkena penyakit campak atau rubella dan risiko atau komplikasinya. Campak biasanya mengenai bagian kulit dengan bercak kemerahan, disertai batuk, radang pada mata dengan komplikasi infeksi paru dan otak. Rubella merupakan penyakit infeksi karena virus yang dapat mengakibatkan bayi lahir cacat seperti kebutaan, tuli dan penyakit jantung bawaan. Vaksin ini diberikan pada usia 9 dan 18 bulan, serta dosis booster pada usia sekolah.

Guna tercapainya cakupan imunisasi, pelayanan imunisasi disediakan di posyandu, polindes, poskesdes, puskesmas, puskesmas pembantu, praktek pribadi, dan rumah sakit. Sebagai orang tua kita berhak mendapatkan penjelasan dari tenaga medis pelaksana tentang jenis,

manfaat, dan reaksi vaksin yang diberikan kepada anak disetiap kunjungan, sehingga dapat membangun kepercayaan dan kenyamanan sebagai orang tua. Dan diharapkan imunisasi selanjutnya dapat dilakukan kembali sesuai jadwal yang telah ditentukan. Apabila anak sakit dan ada imunisasi yang terlewat, maka segera kunjungi sarana terdekat untuk mengkonsultasikan kondisi anak dan penjadwalan kembali imunisasi.

Hingga saat ini imunisasi telah menimbulkan beberapa kontroversi mengenai keamanan, tetapi tidak ada bukti yang meyakinkan tentang bahaya yang ditemukan. Dan meskipun anak dapat memiliki reaksi terhadap vaksin apa pun, hal yang penting untuk diketahui adalah bahwa manfaat imunisasi jauh lebih besar daripada kemungkinan efek sampingnya.

Bagi orang tua yang akan memberikan imunisasi untuk anaknya, selalu bawa catatan jadwal imunisasi yang tercantum pada buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak). Karena orang yang paling bertanggung jawab untuk mengetahui imunisasi anak adalah orang tua. Yuk jangan lewatkan untuk memenuhi hak sehat pada anak, dengan jalan imunisasi agar anak sehat berkualitas.



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



dr. Budiyanto, Sp.A
 Staf KSM Ilmu Kesehatan Anak
 Divisi Gastrohepatologi RSUD Ulin Banjarmasin

Penatalaksanaan Hepatitis Pada Anak

Pada bulan April 2022 dunia kembali dikejutkan dengan suatu penyakit yang menyerang anak-anak dan remaja dengan potensi menjadi berat, yaitu “hepatitis akut yang belum diketahui penyebabnya” (*acute hepatitis of unknown aetiology*). Pertama kali ditemukan sebanyak 5 kasus pada bulan Oktober 2021 di Alabama, Amerika Serikat. Pada April 2022 WHO memberitakan terdapat lebih dari 170 kasus serupa telah ditemukan di 12 negara dan dinyatakan sebagai suatu kejadian luar biasa (*outbreak*), sehingga kewaspadaan ditingkatkan dan setiap kasus terduga dilaporkan demi mengungkap penyebab dari penyakit ini serta mencegah meluasnya kasus.

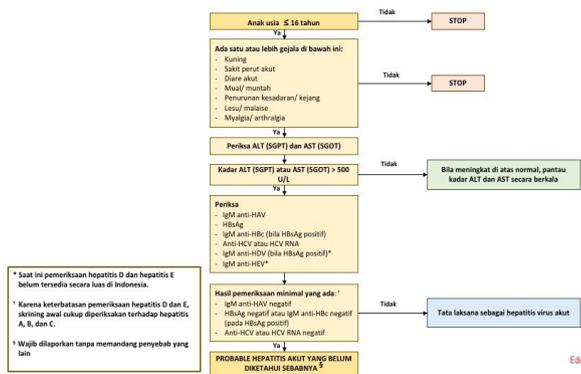
Hepatitis didefinisikan sebagai peradangan pada organ hati yang dapat disebabkan oleh proses infeksi maupun non-infeksi. Hepatitis infeksi tersering disebabkan oleh virus, baik virus hepatotropik (virus spesifik yang menjadikan hati sebagai organ target utama yaitu virus Hepatitis A, B, C, D, dan E) maupun non-hepatotropik (virus *Epstein-Barr*, *Herpes simplex*, *Dengue*, SARS-CoV-2 (penyebab COVID-19), *Cytomegalovirus*, *Coxsackievirus*, dan *Adenovirus*), juga dapat disebabkan oleh bakteri, parasit, maupun jamur. Sedangkan hepatitis non-infeksi dapat disebabkan oleh alkohol, obat-obatan, toksin, penyakit bawaan, metabolik, iskemik (karena gangguan sirkulasi darah), autoimun, keganasan, dan proses lainnya. Berdasarkan durasinya, disebut hepatitis akut apabila berlangsung kurang dari 6 bulan, dan kronis bila lebih dari 6 bulan.

Virus Hepatitis A merupakan virus hepatotropik tersering yang menyebabkan hepatitis akut pada anak, ditularkan melalui saluran cerna seperti virus hepatitis E. Bentuk klasik dari penyakit ini timbul mendadak dengan didahului gejala awal mirip selesma seperti demam, kelemahan, kehilangan nafsu makan, muntah, diare, nyeri perut terutama daerah kanan atas, yang dapat dialami selama 1 minggu sebelum timbul gejala kuning/ikterus pada tubuh,

dan dapat disertai tinja berwarna pucat dan atau air kemih berwarna kecoklatan, kemudian biasanya akan sembuh dalam waktu 8 minggu. Virus Hepatitis B merupakan virus hepatotropik terbanyak yang menyebabkan hepatitis kronis pada manusia, termasuk pada anak. Virus Hepatitis B, C, dan D ditularkan melalui darah serta cairan tubuh penderita. Penularan secara horisontal dari penderita ke orang lain melalui kontak dengan darah dan cairan tubuh, serta secara vertikal dari ibu yang mengidap Hepatitis B ke janinnya, dengan risiko lebih dari 90% untuk mengalami Hepatitis B kronis. Gejala dari Hepatitis B kronis bervariasi tergantung dari fase perjalanan penyakitnya, mulai dari tanpa gejala pada tahap toleransi sistem imun (*immunotolerance*) yang dapat berlangsung sangat lama, sampai timbul gejala berat serta komplikasi seperti pengerasan / sirosis hati dan / atau keganasan hati pada fase aktivasi sistem imun (*immunoactive*).

Penyakit “hepatitis akut yang belum diketahui penyebabnya” menjadi perhatian dunia saat ini. Kriteria kasus probabel dari penyakit ini adalah seseorang dengan hepatitis akut (virus non-hepatitis A, B, C, D, E) dengan kadar serum AST (*aspartate aminotransferase*) atau ALT (*alanine aminotransferase*) mencapai lebih dari 500 IU/L, pada usia kurang dari 16 tahun, sejak 1 Oktober 2021 (waktu awal terdeteksinya kasus ini). Ada beberapa teori penyebab dari kasus yang menyerang anak dan remaja ini, diantaranya infeksi adenovirus, sindrom pasca-COVID-19, paparan obat / lingkungan / toksin, infeksi patogen baru, atau varian baru virus SARS-CoV-2. Gejala pada kasus ini adalah seperti pada hepatitis akut pada umumnya, namun beresiko terjadinya kondisi sangat berat / fulminan sampai terjadinya gagal hati dan kematian. Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) dalam hal ini telah mengeluarkan suatu rekomendasi mengenai alur penapisan dari kasus ini, seperti terlihat pada gambar 1. Sampai dengan 26 Mei 2022 telah didapatkan 650 kasus probabel dari 33 negara di

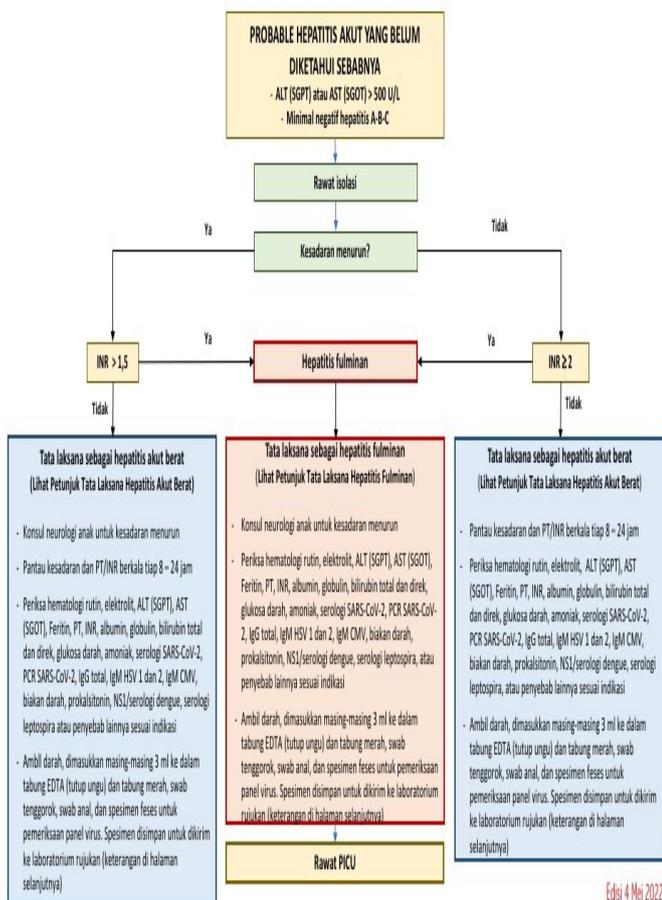
seluruh dunia, di antaranya di Indonesia, dengan 6% kasus mengalami gagal hati dan membutuhkan transplantasi hati dan 1% kasus meninggal dunia.



Gambar 1. Alur penapisan kasus “hepatitis akut yang belum diketahui penyebabnya” dari IDAI

Tatalaksana hepatitis akut pada umumnya bersifat suportif, berupa istirahat / tirah baring, pemberian analgetik, antipiretik, antiemetik, dan pemberian cairan infus intravena bila diperlukan. Pada hepatitis akut karena obat-obatan dapat dilakukan penghentian obat yang menjadi penyebabnya. Antivirus diindikasikan pada beberapa jenis hepatitis karena infeksi virus, misalnya virus *Herpes simplex* dan *Cytomegalovirus* (lihat gambar 2).

Upaya pencegahan secara umum untuk hepatitis akut karena infeksi adalah dengan melakukan pencegahan penularan sesuai dengan rute masing-masing, misalnya mencuci tangan dan menjaga kebersihan makanan dan minuman untuk penularan secara fekal-oral (dari tinja ke mulut) pada Hepatitis A, melakukan skrining pada darah donor terhadap virus Hepatitis B, melakukan upaya menekan laju pertumbuhan dan penyebaran vektor nyamuk pada hepatitis karena infeksi virus dengue, dan lain-lain. Untuk “hepatitis akut yang belum diketahui penyebabnya”, WHO menyarankan untuk melakukan upaya pencegahan umum yang meliputi cuci tangan, menjaga jarak dan menghindari kerumunan, menggunakan masker yang menutupi mulut dan hidung, menggunakan air minum dan cara pengolahan makanan yang aman, dan bagi yang sedang sakit tinggal di rumah untuk menghindari penularan serta mendapatkan penanganan dari tenaga medis. Imunisasi juga merupakan salah satu upaya yang sangat efektif untuk mencegah penularan beberapa jenis penyebab hepatitis akut, baik secara aktif dengan vaksinasi maupun pasif dengan pemberian imunoglobulin spesifik. Saat ini telah tersedia vaksinasi untuk virus Hepatitis A, Hepatitis B, dan virus Dengue, yang dapat diberikan sesuai dengan jadwal imunisasi anak rekomendasi dari IDAI tahun 2020 seperti pada gambar 3.



Gambar 2. Alur tatalaksana “hepatitis akut yang belum diketahui penyebabnya” dari IDAI

Jadwal Imunisasi Anak Umur 0-18 tahun
Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Tahun 2020

Imunisasi	Bulan												Tahun										
	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	3	5	6	7	8	9	10	12	14	15	16	18
Hepatitis B	0	2	3	4								5											
BCG	1	2	3	4																			
DTP	1	2	3	4								4											
Polio	1	2	3	4								4											
PCV	1	2	3	4								4											
Rotavirus	1	2	3	4																			
Influenza	1	2	3	4																			
M/R / M/MR							1																
JE												1											
Varicella												2 kali, interval 6 minggu	3 bulan										
Hepatitis A												2 kali, interval 6-36 bulan											
Tifoid																							
Difteri																							
Dengue																							

Gambar 3. Jadwal imunisasi anak rekomendasi IDAI tahun 2020

ULIN NEWS SEKARANG JUGA SUDAH BISA DIAKSES
Tutorial membuka Ulin News di website ulin

1. Buka web RSUD Ulin (<http://rsulin.kalselprov.go.id/kontak.php>)
2. Klik menu beranda
3. Scroll bagian kanan luar ke bawah sampai menemukan unduh Ulin News
4. File terdownload ke HP/komputer (sesuai membukanya dimana)
5. File sudah bisa dibuka dan dibaca



Muji Noviyana, S.Gz.
Nutrisi
RSUD Ulin Banjarmasin

Pesan Gizi Seimbang Anak Sekolah Gizi Tepat, Anak Sehat, Belajar Semangat

Anak merupakan investasi sumber daya manusia (SDM) yang memerlukan perhatian khusus untuk kecukupan status gizinya sejak lahir, bahkan sejak dalam kandungan. Setiap harinya, anak membutuhkan gizi seimbang yang terdiri dari asupan karbohidrat, lemak, protein, vitamin dan mineral. Asupan kandungan gizi tersebut dapat diperoleh dari makanan yang dikonsumsi yang berguna untuk pertumbuhan otak dan pertumbuhan fisik. Penelitian menunjukkan bahwa malnutrisi dan defisiensi zat gizi mikro seperti zat besi, yodium, seng, dan folat berhubungan dengan kemampuan kognitif anak. Anak-anak memiliki risiko tinggi defisiensi zat gizi yang parah.

Tahap perkembangan usia sekolah dasar (*middle childhood*) merupakan salah satu tahap perkembangan krusial yang terkadang tidak diperhatikan dalam tahap perkembangan manusia. Pertambahan berat anak usia prasekolah (4-6 tahun) berkisar antara 0,7-2,3 kg dan tinggi 0,9-1,2 cm/tahun sehingga menyebabkan tubuh mereka tampak kurus. Berat pada usia 7-10 tahun bertambah sekitar 2 kg dan tinggi badan 5-6 cm setiap tahun.

Gizi seimbang adalah susunan makanan sehari-hari yang mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh berdasarkan jenis kelamin, umur dan status kesehatan. Gizi seimbang bagi anak sekolah dipenuhi setiap hari dengan makanan yang beraneka ragam. Konsumsi makanan dengan pola gizi seimbang harus memperhatikan empat prinsip dasar yaitu mengkonsumsi aneka ragam makanan, melakukan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), melakukan aktivitas fisik, dan memonitor berat badan ideal. Berikut pesan gizi seimbang untuk anak usia 6 – 9 tahun

a. Biasakan makan 3 kali sehari (pagi, siang dan malam) bersama keluarga

Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan untuk anak usia 6-9 tahun kisaran 1650 kkal yang dapat dipenuhi dengan 3 kali makan utama dan disertai 2kali makanan selingan sehat. Untuk mengurangi anak-anak mengonsumsi makanan yang tidak sehat dianjurkan agar selalu makan bersama keluarga.

Sarapan setiap hari penting bagi anak-anak tumbuh

kembang secara optimal. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sekitar 40% anak sekolah tidak makan pagi. Akibatnya jumlah energi yang diperlukan untuk belajar menjadi berkurang dan prestasi belajar kurang optimal. Makan pagi penting untuk menjaga kadar gula darah normal di pagi hari sebagai sumber energi terutama sumber energi bagi otak. Otak mendapat energi terutama dari glukosa. Pada proses belajar, otak merupakan organ yang sangat penting untuk menerima informasi, mengolah informasi, menyimpan informasi dan mengeluarkan informasi.

Sarapan pada anak sekolah sebaiknya dilakukan pada jam 06.00 atau sebelum jam 07.00 yaitu sebelum terjadi hipoglikemia atau kadar gula darah sangat rendah. Menu yang disediakan sangat bervariasi selain sumber karbohidrat yang berupa nasi, mie, roti, umbi juga sumber protein seperti telur, tempe, olahan daging atau ikan, sayuran dan buah. Persiapan makanan untuk makan pagi atau sarapan yang waktunya sangat singkat perlu dipikirkan dan dipertimbangkan menu yang cocok, dan cukup efektif dipergunakan sebagai menu makan pagi dan telah memenuhi kebutuhan zat gizi.

b. Biasakan mengonsumsi ikan dan sumber protein lainnya

Ikan merupakan sumber protein hewani, sedangkan tempe, tahu dan kacang-kacangan merupakan sumber protein nabati. Protein hewani lain seperti ayam, daging, seafood, telur, susu, keju, yogurt. Protein merupakan zat gizi yang berfungsi untuk pertumbuhan, mempertahankan sel atau jaringan yang sudah terbentuk, dan untuk mengganti sel yang sudah rusak, oleh karena itu protein sangat diperlukan dalam masa pertumbuhan. Konsumsi ikan, telur dan susu bagi kelompok anak usia 6-9 tahun sangat membantu untuk pertumbuhan dan perkembangan serta peningkatan daya ingat dan kognitif di sekolah. Protein hewani memiliki kualitas yang lebih baik dibanding



protein nabati karena komposisi asam amino lebih komplet dan asam amino esensial juga lebih banyak. Berbagai sumber protein hewani dan nabati mempunyai kandungan protein yang berbeda jumlahnya dan komposisi asam amino yang berbeda pula. Oleh karena itu mengonsumsi protein juga dilakukan bervariasi. Dianjurkan konsumsi protein hewani sekitar 30% dan nabati 70%.



c. Perbanyak mengonsumsi sayuran dan cukup buah-buahan

Sayuran hijau maupun berwarna selain sebagai sumber vitamin, mineral juga sebagai sumber serat dan senyawa bioaktif yang tergolong sebagai antioksidan. Buah selain sebagai sumber vitamin, mineral, serat juga antioksidan terutama buah yang berwarna hitam, ungu, merah. Anjuran konsumsi sayuran lebih banyak daripada buah karena buah juga mengandung gula, ada yang sangat tinggi sehingga rasa buah sangat manis dan juga ada yang jumlahnya cukup. Konsumsi buah yang sangat manis dan rendah serat agar dibatasi. Hal ini karena buah yang sangat manis mengandung fruktosa dan glukosa yang tinggi. Asupan fruktosa dan glukosa yang sangat tinggi berisiko meningkatkan kadar gula darah. Mengonsumsi sayuran dan buah-buahan sebaiknya bervariasi sehingga diperoleh beragam sumber vitamin ataupun mineral serta serat. Sayuran dapat dibuat masakan dengan dipotong kecil-kecil dan ditambahkan dalam makanan yang disukai anak seperti telur sayur, bakso bayam, rolade wortel, nugget ayam brokoli, bola-bola kentang wortel, jus buah segar.

d. Biasakan membawa bekal makanan dan air putih dari rumah

Dengan membawa bekal dari rumah, anak tidak perlu makan jajanan yang kadang kualitasnya tidak bisa dijamin. Disamping itu perlu membawa air putih karena minum air putih dalam jumlah yang cukup sangat diperlukan untuk menjaga kesehatan. Bekal yang dibawa anak sekolah tidak hanya penting untuk pemenuhan zat gizi tetapi juga diperlukan



sebagai alat pendidikan gizi terutama bagi orang tua anak-anak tersebut. Guru secara berkala melakukan penilaian terhadap unsur gizi seimbang yang disiapkan orangtua untuk bekal anak sekolah dan

ditindaklanjuti dengan komunikasi terhadap orang tua.

e. Batasi mengonsumsi makanan cepat saji, jajanan dan makanan selingan yang manis, asin dan berlemak.

Mengonsumsi makanan cepat saji dan jajanan saat ini sudah menjadi kebiasaan terutama oleh masyarakat perkotaan. Sebagian besar makanan cepat saji adalah makanan yang tinggi gula, garam dan lemak yang tidak baik bagi kesehatan. Oleh karena itu mengonsumsi makanan cepat saji dan makanan jajanan harus sangat dibatasi. Pangan manis, asin dan berlemak banyak berhubungan dengan penyakit kronis tidak menular seperti diabetes mellitus, tekanan darah tinggi dan penyakit jantung.

f. Biasakan menyikat gigi sekurang-kurangnya dua kali sehari setelah makan pagi dan sebelum tidur

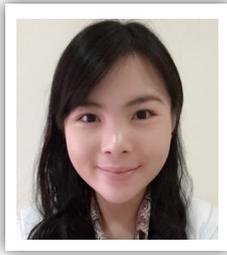
Setelah makan ada sisa makanan yang tertinggal di sela-sela gigi. Sisa makanan tersebut akan dimetabolisme oleh bakteri dan menghasilkan metabolit berupa asam, yang dapat menyebabkan terjadinya pengeroposan gigi. Membiasakan untuk membersihkan gigi setelah makan adalah upaya yang baik untuk menghindari pengeroposan atau kerusakan gigi. Demikian juga sebelum tidur, gigi juga harus dibersihkan dari sisa makanan yang menempel di sela-sela gigi. Saat tidur, bakteri akan tumbuh dengan pesat apabila di sela-sela gigi ada sisa makanan dan ini dapat mengakibatkan kerusakan gigi.



g. Hindari merokok

Merokok sebenarnya merupakan kebiasaan dan bukan merupakan kebutuhan, seperti halnya makan atau minum. Oleh karena itu kebiasaan merokok dapat dihindari kalau ada upaya sejak dini. Merokok juga bisa membahayakan orang lain (perokok pasif). Banyak penelitian menunjukkan bahwa merokok berakibat tidak baik bagi kesehatan misalnya kesehatan paru-paru dan kesehatan reproduksi. Pada saat merokok sebenarnya paru-paru terpapar dengan hasil pembakaran tembakau yang bersifat racun. Racun hasil pembakaran rokok akan dibawa oleh darah dan akan menyebabkan gangguan fungsi pada alat reproduksi





dr. Pricilia Gunawan Halim, Sp.A
 Staf KSM Anak RSUD Ulin Banjarmasin

Manfaat Kolostrum pada ASI

Kolostrum tentunya adalah sebuah istilah yang tidak asing bagi semuanya, terutama bagi para ibu yang baru saja melahirkan sang buah hati. Namun, seberapa dalamkah kita mengenal betapa menakjubkannya kolostrum itu dan apa sebenarnya kolostrum itu? Kolostrum, si tetes pertama air susu ibu (ASI) yang sangat luar biasa, superfood bagi para bayi baru lahir adalah cairan kaya nutrisi yang diproduksi oleh Ibu segera setelah melahirkan.

Kolostrum adalah cairan pertama yang dihasilkan sebelum ibu menghasilkan ASI. Kolostrum yang dihasilkan pada hari awal pasca melahirkan umumnya kental dan berwarna kekuningan dan juga dapat bersifat lebih encer dan jernih. Kolostrum biasanya dihasilkan hingga 2-34 hari pasca melahirkan. Kolostrum dikenal luas sebagai peningkat imun bagi si kecil, kolostrum berisi faktor imunitas, pertumbuhan, dan perbaikan jaringan. Bagi bayi baru lahir, kolostrum berisi zat yang sangat penting dalam pembentukan imunitasnya. Selain hal tersebut, sebenarnya sangat banyak manfaat yang dapat diperoleh dari kolostrum si zat ajaib tersebut. Kolostrum mengandung lebih dari 90 senyawa yang sangat bermanfaat bagi tubuh, terbagi menjadi tiga kelompok utama, yaitu : faktor imunitas, faktor nutrisi, dan faktor pertumbuhan. Ibu yang baru saja melahirkan tentunya tidak akan mau melewatkan kesempatan memberikan kolostrum bagi buah hatinya setelah mengetahui betapa besarnya manfaat kolostrum, apa saja?

Meningkatkan kekebalan tubuh sang buah hati

Terdapat beberapa protein penting dalam kolostrum yang dapat membunuh bakteri dan menghambat pertumbuhan bakteri seperti lisosim dan laktoferin. Beberapa studi terbaru juga menunjukkan bahwa kolostrum dapat menurunkan kejadian penyakit autoimun dan saluran cerna karena senyawa yang dikenal sebagai transfer *factor* di dalamnya. Bayi yang mendapatkan asupan kolostrum cukup juga diketahui akan memiliki imunitas lebih tinggi terhadap virus saluran napas seperti influenza. Kolostrum juga mencegah kemungkinan bayi baru lahir mengalami infeksi mata pasca proses persalinan pada usia awal kehidupannya. Pemberian kolostrum menghindarkan anak dari berbagai penyakit selama

masa emas pertumbuhannya sehingga dapat membantu dalam optimalisasi pertumbuhan dan perkembangannya. Bayi yang mendapatkan kolostrum pada hari pertama kehidupannya terbukti memiliki risiko yang lebih rendah untuk mengalami penyakit seperti pneumonia, diare, dan penyakit saluran napas atas lainnya.

Imunisasi pertama bayi

Kolostrum mengandung berbagai imunoglobulin yang dapat berperan dalam imunitas humoral tubuh, yaitu : IgG1, IgG2, IgA, IgM. Produksi imunoglobulin pada kolostrum yang ditransfer ke dalam tubuh bayi merupakan suatu proses transfer antibodi secara pasif dari ibu ke bayi yang dikenal juga sebagai imunisasi pasif paling pertama pada bayi baru lahir.

Nutrisi yang sangat lengkap bagi bayi baru lahir

Kolostrum mengandung karbohidrat, protein, dan lemak yang sangat tinggi dengan volume yang kecil sehingga sangat cocok untuk bayi baru lahir. Kadar protein dalam kolostrum 20 kali lebih tinggi dibandingkan ASI yang diproduksi di kemudian hari, oleh karena itu, nutrisi bagi bayi baru lahir cukup diperoleh melalui kolostrum saja. Selain itu, tahukan Bunda bahwa kolostrum mengandung mineral 10 kali lebih tinggi daripada susu formula (kecuali kalium). Rasa kolostrum yang sedikit pahit disebabkan oleh kandungan mineral yang tinggi tersebut. Mineral yang terdapat antara lain : kalsium, magnesium, kalium, fosfor, klorida, dan natrium. Kolostrum juga mengandung vitamin larut lemak seperti vitamin A, vitamin E, vitamin D3, beta-karoten, dan vitamin K1 serta vitamin larut air seperti vitamin B1, B2, B3, B6, B12. Vitamin C dan E dikenal memiliki efek antioksidan, membantu metabolisme dalam tubuh. Kandungan nutrisi dalam kolostrum akan menurun setelah 6 jam setelah melahirkan, jadi jangan sampai terlewat dalam memberikan kolostrum di awal kehidupan si kecil ya Bunda.

Memelihara kesehatan pencernaan

Senyawa bioaktif dalam kolostrum juga meningkatkan kesehatan saluran cerna bayi, menurunkan kemungkinan si kecil untuk mengalami kolik (nyeri perut

malam hari). Kandungan protein dalam kolostrum dapat mencegah proses peradangan dalam tubuh.

Mendukung tumbuh kembang optimal

Kolostrum mengandung berbagai faktor pertumbuhan seperti TGF- α , TGF- β , IGF-1, IGF-2 yang berperan untuk memperbaiki sel dan jaringan, membantu proses penyembuhan luka pada tubuh. Selain itu, kolostrum juga memicu pembentukan protein dalam tubuh, berperan pada kenaikan berat badan yang optimal dan mendukung pertumbuhan si kecil.



Kolostrum merupakan makanan yang luar biasa bagi bayi baru lahir. Upayakan memberikan kolostrum pada bayi segera setelah melahirkan. Biasanya kolostrum diberikan melalui inisiasi menyusui dini (IMD) setelah melahirkan, menyusui anak secara langsung pasca melahirkan, dan dapat juga dengan diperah dahulu dan diberikan kepada anak melalui pipet. Bila ibu kesulitan dalam mengupayakan pemberian kolostrum pada bayinya, segeralah minta bantuan kepada konselor laktasi atau tenaga kesehatan di sekitar.



Maya Midiyatie Afridha, S.Gz, RD
Staf Instalasi Gizi/ RSUD Ulin Banjarmasin

Mengenal Keistimewaan ASI

Keunggulan dan keistimewaan Air Susu Ibu (ASI) sebagai nutrisi untuk bayi sudah tidak diragukan lagi. Masyarakat luas khususnya kaum ibu telah paham benar kegunaan dan manfaat ASI, berbagai tulisan yang membahas masalah ASI telah banyak dipublikasi. Dalam makalah ini akan dibahas nilai nutrisi yang terkandung dalam ASI dan keunggulannya dibanding nutrisi lain untuk bayi, dengan demikian diharapkan para ibu akan lebih percaya diri dalam memberikan ASI kepada bayinya.

Seperti halnya nutrisi pada umumnya, ASI mengandung komponen makro dan mikro nutrien. Yang termasuk makronutrien adalah karbohidrat, protein dan lemak sedangkan mikronutrien adalah vitamin & mineral. Air susu ibu hampir 90%nya terdiri dari air. Volume dan komposisi nutrien ASI berbeda untuk setiap ibu bergantung dari kebutuhan bayi. Perbedaan volume dan komposisi di atas juga terlihat pada masa menyusui (kolostrum, ASI transisi, ASI matang dan ASI pada saat penyapihan). Kandungan zat gizi ASI awal dan akhir pada setiap ibu yang menyusui juga berbeda. Kolostrum yang diproduksi antara hari 1-5 menyusui kaya akan zat gizi terutama protein. Perbandingan Komposisi ASI dengan

Komponen	ASI	Sapi	Kambing	Komponen	ASI	Sapi	Kambing
Protein (g)	1.2	3.3	3.3	Ferrum (Fe) / Besi (mg)	0.15	0.10	0.05
Kasein (g)	0.4	2.8	2.5	Cuprum (Cu) / Tembaga (mg)	0.04	0.03	0.04
Laktalbumin (g)	0.3	0.4	0.4	Iodin (i) (mg)	-	0.007	0.021
Lemak (g)	3.8	3.7	4.1	Mangan (Mn) (mg)	0.07	2	8
Laktosa	7.0	4.8	4.7	Zink (Zn) / Seng (mg)	-	0.53	0.38
Nilai-Kalori (Kcal)	71	69	76				
Mineral (g)	0.21	0.72	0.77				
Kalsium (mg)	33	125	130				
Fosfor (mg)	43	103	159				
Magnesium (mg)	4	12	16				
Kalium	55	138	181				
Natrium	15	58	41				

susu sapi dan kambing dapat dilihat pada table berikut ini. Masih banyak kandungan ASI lainnya yang diperkirakan berjumlah lebih dari 200 elemen. Kandungan ASI diketahui efektif dalam mengurangi risiko bayi mati mendadak (SIDS), meningkatkan kecerdasan, dan memperkuat sistem kekebalan alami tubuh anak. Jadi, jangan ragu memberikan ASI pada bayi Anda.

dalam proses pengelolaan emosi. Menurut Brackett dalam bukunya yang berjudul *Permission to Feel* menamai tahapan ini sebagai tahapan *Recognizing Emotion* yakni fase dimana kita berusaha mengenali apa yang sedang kita rasakan, termasuk juga sensasi fisik dan pikiran yang muncul. Tahapan kedua yaitu Sadari, setelah mengenal apa yang kita rasakan, maka kita akan masuk ke tahapan yang lebih dalam dimana pada fase ini kita berusaha memahami situasi atau hal yang memicu munculnya suatu emosi. Pada tahapan ini mulai dilakukan analisis tentang mengapa emosi tersebut muncul. Lalu pada tahapan ketiga adalah Terima, pada fase ini kita mengakui bahwa kita merasakan emosi tersebut tanpa berusaha menyangkal atau mengabaikannya. Saat kita merasa kecewa, akulah bahwa kita kecewa. Saat kita bisa menjelaskan emosi kita dengan kalimat yang tepat dan spesifik, kita akan lebih mudah mencari jalan untuk mengelolanya dibandingkan dengan hanya mengakuinya saja. Kemudian pada tahapan terakhir yaitu Kelola, fase saat kita berusaha untuk mengelola dan mencari cara untuk mengekspresikan emosi dengan tepat. Tahap ini mencakup 2 proses pengelolaan emosi dari Brackett yakni *Expressing Emotion* dan *Regulating Emotion*.

Dukungan keluarga bisa membantu Ibu dalam mengelola emosinya melalui tahapan-tahapan diatas, saat Ibu terlihat murung atau tidak ceria seperti biasanya sebagai anggota keluarga terdekat bisa membantu Ibu untuk mengenali emosinya dengan bertanya mengenai perasaan Ibu saat itu? Kemudian dibantu untuk menganalisa sebab perasaan/emosi Ibu muncul saat itu apa? Dilanjutkan dengan membantu Ibu menerima emosinya, yang ditandai dengan pengakuan dari Ibu mengenai emosi yang dirasakannya. Setelah itu, beri kesempatan Ibu untuk

mengelolanya. Misalnya jawabannya adalah Ibu merasa sedih karena melihat ASI-nya sedikit, Ibu menyadari bahwa produksi ASInya sedikit karena ia kurang cukup makan, hal tersebut terjadi disebabkan si bayi yang mudah terbangun saat terlepas dari dekapan Ibu, maka dalam tahap Kelola dukungan keluarga bisa diberikan dengan cara bergantian menjaga bayi agar Ibu bisa makan dengan tenang dan cukup. Apabila hal tersebut bisa dilakukan secara konsisten maka kemungkinan emosi yang sering muncul pada Ibu lebih banyak emosi positif sehingga bisa membantu ibu dalam menurunkan tingkat stressnya dan meningkatkan produksi ASI-nya.

Perempuan perlu sehat jiwa karena perempuan adalah ibu kehidupan. Ada ungkapan bahwa perempuan sebagai tiang negara serta dari rahim perempuanlah kehidupan itu lahir dan diperjuangkan harkat dan martabatnya. Ini adalah keagungan sekaligus Amanah perempuan yang tidak ringan. Salah satu amanahnya ialah menyusui, dengan hadirnya dukungan keluarga akan menjadi semangat bagi Wanita dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayi.



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



dr. Ruth Widhiati R. Putri, SpOG (K)
 Staf Divisi Fetomaternal KSM Obstetri dan
 Gynekologi RSUD Ulin Banjarmasin

Mastitis dan Penanganannya

Pada sekitar hari ketiga hingga hari kelima pasca melahirkan, secara normal akan terjadi pembengkakan kedua payudara ibu. Pembengkakan ini terjadi disebabkan oleh penuhnya payudara oleh air susu yang mengisi kelenjar susu yang menandai akan dikeluarkannya air susu. Wanita yang menjalani persalinan sesar biasanya mengalami pembengkakan puncak 24-49 jam lebih lambat daripada mereka yang melahirkan secara normal. Pembengkakan payudara bersamaan dengan pengumpulan cairan di jaringan payudara interstisial dapat menimbulkan nyeri tekan. Pada suatu penelitian dikatakan bahwa pembengkakan pasca persalinan terjadi pengurangan pembengkakan payudara pada wanita yang mengeluarkan kolostrum sekali atau dua kali selama 25-30 menit pada 1-2 hari pertama pada kelahiran normal atau 2-3 hari pada persalinan sesar. Hal ini menunjukkan bahwa dengan mengeluarkan ASI sedini mungkin dapat membantu mencegah pembengkakan.

Mastitis adalah suatu kondisi dimana payudara wanita menjadi nyeri, bengkak dan merah yang paling sering terjadi pada tiga bulan pertama menyusui. Mastitis merupakan kondisi payudara yang relatif umum; yang terjadi karena pembengkakan serta peradangan payudara disertai atau tanpa infeksi. Mastitis dengan infeksi sering terjadi pada masa menyusui (masa nifas). Pengobatan tepat waktu mastitis yang disertai infeksi dengan antibiotik dapat membantu menghindari komplikasi. Salah satu komplikasi mastitis adalah abses payudara yang terjadi karena adanya kumpulan nanah di dalam payudara. Pada awalnya pembengkakan terjadi karena aliran air susu yang kurang lancar atau buruk, dimana hal ini dapat terjadi karena adanya luka atau lecet pada puting susu sehingga air susu yang tertahan menyebabkan pembengkakan dan menekan satu atau lebih saluran air susu. Jika gejala bertahan lebih dari 12 hingga 24 jam, kondisi mastitis akan berkembang. Infeksi yang terjadi disebabkan karena ASI sendiri mengandung bakteri dan adanya infeksi ditandai nyeri kemerahan, demam dan malaise (perasaan lelah, lesu dan dikenal dengan istilah "tidak enak badan").

Mastitis terjadi pada 2 sampai 10 persen ibu menyusui. Risiko kekambuhan mastitis pada ibu dengan riwayat mastitis sebelumnya lebih tinggi dibandingkan pada wanita tanpa riwayat sebelumnya. Terjadinya abses payudara sebagai komplikasi, dapat berkembang 0,1

sampai 3 persen pada wanita menyusui dengan mastitis.

Sebagian besar mastitis disebabkan oleh bakteri yang disebut *Staphylococcus aureus*. Namun demikian dapat juga disebabkan bakteri yang lain seperti *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterobacteriaceae*, *Corynebacterium*, *Escherichia coli*, dan *Pseudomonas*.

Bagaimana mastitis terjadi, kemungkinan bakteri yang seringkali berasal dari mulut bayi masuk melalui retakan atau celah di permukaan puting. Setelah masuk bakteri memperbanyak diri dengan cepat karena berada di dalam lingkungan yang ideal dalam ASI yang kaya nutrisi. Hal ini makin berkembang menyebabkan mastitis dengan adanya air susu yang tertahan dan produksi berlebih. Beberapa hal yang harus diperhatikan yang dapat berpotensi menyebabkan mastitis adalah adanya penyumbatan sebagian saluran air susu, berkurangnya aliran sehingga menyebabkan air susu tertahan di bagian dasar dari daerah yang mengalami penyumbatan, berlebihannya pasokan air susu ibu, ibu yang jarang menyusui, adanya luka lecet atau retakan pada puting susu, terlalu cepat menyapih, adanya penyakit pada ibu atau bayi, stres atau kelelahan berlebihan pada ibu dan pada ibu yang kurang gizi (malnutrisi). Semua itu dapat menyebabkan bakteri atau organisme tergenang mengakibatkan infeksi yang jika berkembang terus dapat menjadi abses lokal. Risiko ini dapat dikurangi dengan seringnya mengosongkan payudara secara menyeluruh dan mengoptimalkan menyusui.

Gejala mastitis ditandai dengan payudara yang bengkak, nyeri dan merah (gambar 1) yang terjadi paling sering pada tiga bulan pertama periode menyusui. Jika gejala bertahan lebih dari 12 hingga 24 jam, kondisi infeksi mastitis makin berkembang karena ASI mengandung bakteri. Mastitis biasanya muncul sebagai area yang keras, merah, nyeri dan bengkak pada satu payudara dan ibu mengalami demam di atas 38o C. Produksi ASI dapat berkurang dan disertai keluhan sistemik lain seperti mialgia (nyeri otot), menggigil, malaise (lesu, tidak enak badan) dan gejala lain seperti flu. Jika infeksi berlanjut, ibu yang menderita mastitis dapat mengalami pembengkakan payudara luas dengan kulit payudara yang kemerahan disertai pembengkakan kelenjar limfa di ketiak yang menimbulkan rasa nyeri di ketiak. (gambar 2)

Diagnosis klinis mastitis atau abses payudara biasanya dibuat berdasarkan :

1. Gejala klinis dan berdasarkan riwayat ibu dengan abses payudara yang cenderung disertai nyeri dan/atau benjolan (Gambar 3). Abses payudara karena menyusui cenderung ditemukan di area pinggir payudara.
2. Kultur ASI dapat dilakukan untuk memandu pemilihan antibiotik, terutama dalam menangani infeksi yang parah/berat. Namun demikian kultur tidak secara rutin diperlukan.
3. Aspirasi (penyedotan) dengan menggunakan jarum halus dapat digunakan untuk mengeringkan abses payudara selain untuk tujuan diagnostik dan pengobatan. Cairan nanah pada penyedotan (aspirasi) dengan jarum menunjukkan abses payudara. Sampel ini sering dikirim untuk laboratorium sitologi untuk memastikan bahwa kondisi mastitis bukan suatu keganasan (kanker).
4. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) dapat dipertimbangkan untuk dilakukan jika mastitis laktasi tidak memberikan respon perbaikan dalam waktu 48 sampai 72 jam terhadap perawatan suportif dan antibiotik. Terutama USG merupakan metode yang dapat digunakan untuk membedakan mastitis dari abses payudara.
5. Mammografi meski dapat dilakukan namun memiliki keterbatasan dalam penilaian mastitis akut dan abses payudara. Dan mungkin terlalu menyakitkan bagi pasien jika dilakukan pada payudara dengan abses, dan temuan mamografi dari infeksi payudara dan abses tidak spesifik.

Pemeriksaan darah lengkap dan kultur darah diindikasikan pada pasien dengan dugaan infeksi luas, abses, infeksi berulang, atau kegagalan pengobatan. Ketika dicurigai mastitis laktasi, pemeriksaan pada bayi baru lahir juga harus dipertimbangkan, khususnya yang berkaitan dengan rongga mulut, kulit, dan area popok. Pengobatan pada pasien dengan mastitis laktasi yang

tidak berat adalah pengobatan simtomatik (berdasarkan gejala) untuk mengurangi pembengkakan dan rasa nyeri dengan pemberian antinyeri/ analgesia dengan dapat disertai atau tanpa kompres (dingin/hangat) dan dilakukan juga pengeluaran ASI atau pengosongan payudara yang efektif dari payudara yang terkena. Pengosongan ASI dilakukan dengan menyusui, memompa ASI, atau dengan pijat tangan berkelanjutan; namun demikian penghentian ASI tidak diperlukan. Jika gejalanya tidak parah atau berkepanjangan dan tidak ada tanda-tanda infeksi luas, pasien tidak memerlukan pengobatan lebih lanjut. Pada mastitis gejala menetap lebih dari 12 hingga 24 jam, disertai demam dilakukan tatalaksana seperti diatas diberikan juga pemberian terapi antibiotik yang aktifitasnya melawan *S. Aureus*. Jika gejalanya parah, berkepanjangan atau ada tanda-tanda penyakit sistemik; pasien harus diobati dengan antibiotik sesuai dengan hasil kultur dan sensitivitas. Jika terdapat indikasi, pasien mungkin juga memerlukan terapi antijamur (ibu dan bayi) untuk jamur kandida pada puting susu.

Data pengobatan mastitis laktasi masih terbatas. Satu penelitian observasional mencatat bahwa pengosongan payudara meningkatkan hasil hingga 50 persen dan secara signifikan mengurangi durasi gejala dan penambahan antibiotik meningkatkan hasil yang lebih baik hingga 96 persen. Berdasarkan penelitian untuk wanita hamil dengan riwayat mastitis laktasi, pemberian probiotik *Lactobacillus* selama akhir kehamilan dapat mengurangi kemungkinan mastitis laktasi. Mastitis berulang jarang terjadi tetapi dapat terjadi akibat terapi antibiotik yang tidak tepat atau tidak tuntas disertai kegagalan memperbaiki masalah teknik menyusui yang berhubungan dengan aliran ASI. Kanker (keganasan) payudara harus diwaspadai pada mastitis yang terjadi berulang-ulang kali di lokasi yang sama atau yang tidak merespon dengan terapi antibiotik.



Gambar 1. Mastitis : payudara bengkak, merah dan terasa nyeri



Gambar 2. Mastitis lua



Gambar 3. Abses payudara

Sumber gambar : Eve Boakes dkk, 2018. *Breast Infection: A Review of Diagnosis and Management Practices*.

Tempat Praktek dr. Ruth Widhiati R. Putri, Sp.OG (K) saat ini :

1. RSUD Ulin Banjarmasin
2. RS Ciputra Mitra Hospital Banjarmasin
 - Setiap Hari
 - Jam 17.00 - 20.00 Wita



drg. Aulia Gita Maulida
Staf KSM Gigi dan Mulut
RSUD Ulin Banjarmasin

Mengenal *Early Childhood Caries* pada Gigi Anak

Karies masih menjadi penyakit paling sering terjadi pada anak-anak di seluruh dunia, tidak hanya menyebabkan masalah kesehatan rongga mulut, tapi juga masalah kesehatan secara umum. Karies merupakan suatu penyakit infeksi dan dapat terjadi beberapa bulan setelah gigi sulung erupsi. Banyak istilah yang digunakan untuk menjelaskan keadaan karies pada bayi dan anak, diantaranya "*early childhood caries*" (ECC), "*nursing bottle caries*", "*bottle mouth caries*", atau "*Baby bottle Tooth Decay*" yang merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan karies gigi yang terlihat pada gigi susu anak-anak. *Early Childhood Caries* (ECC) adalah salah satu bentuk karies yang merusak gigi sulung dalam beberapa bulan setelah erupsi dengan suatu pola lesi karies yang unik, dimana gigi seri sulung rahang atas dan gigi geraham pertama sulung rahang atas merupakan gigi yang paling sering terkena karies.

Definisi *Early Childhood Caries* (ECC)

Menurut *The American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) mendefinisikan *Early Childhood Caries* (ECC) sebagai adanya satu atau lebih gigi karies (lesi non kavitasi dan kavitasi), hilang (yang berhubungan dengan karies), atau permukaan gigi yang ditambal pada gigi susu/ desidui anak usia dibawah 71 bulan. Apabila anak usia dibawah 3 tahun terdapat karies pada permukaan halus disebut Severe-ECC (S-ECC). Dari usia 3 sampai 5 tahun, satu atau lebih kavitas, hilang oleh karena karies atau tambalan pada permukaan halus gigi depan rahang atas atau lubang, hilang, tambalan ≥ 4 permukaan pada usia 3 tahun, lebih ≥ 5 permukaan pada usia 4 tahun, atau ≥ 6 permukaan pada usia 5 tahun.

Penyebab *Early Childhood Caries* (ECC)

Mikroorganisme yang paling berhubungan dengan ECC adalah *Streptococcus mutans* dan *Streptococcus sobrinus*. *Lactobacilli* juga berpartisipasi pada perkembangan lesi karies dan memainkan peran penting pada progresi lesi, tetapi tidak pada inisiasi. *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus acidophilus*, dan *Actinomyces viscosus* merupakan spesies patogen utama yang terlibat pada permulaan dan perkembangan karies.

Faktor risiko terjadinya perkembangan ECC adalah anak-anak tidur dengan botol yang berisi susu mengandung gula. Sebagai konsekuensi minum selama semalaman tanpa pembersihan dari gula, bakteri oral akan memproduksi asam laktat dengan cepat dan mendemineralisasi email.

Center for Disease Control and Prevention menunjukkan bahwa penggunaan susu botol bukanlah satu-satunya faktor penyebab ECC. ECC merupakan penyakit multifaktorial yang dipengaruhi oleh sosio ekonomi, kebiasaan, psikososial, tingkat pendidikan orang tua, jumlah streptokokus mutan yang tinggi, riwayat karies orang tua (terutama ibu), diet yang tidak tepat, buruknya oral hygiene anak, dan lain-lain.

Inisiasi dan perkembangan *Early Childhood Caries* (ECC)

Proses terjadinya ECC sebenarnya sama saja dengan karies yaitu interaksi antara empat faktor yaitu, gigi (host), substrat (karbohidrat), mikroorganisme (bakteri), dan waktu, tetapi yang membedakannya dengan karies lain yaitu faktor penggunaan susu botol dalam jangka waktu yang panjang dikombinasikan dengan tingkat kebersihan mulut yang buruk atau tidak ada sama sekali. Bakteri biofilm memetabolisme berbagai karbohidrat (glukosa dan fruktosa), memproduksi sejumlah signifikan asam laktat yang dapat menyebabkan demineralisasi struktur gigi yang akhirnya berkembang menjadi karies/*decay*. Proses demineralisasi yang lebih sering terjadi daripada proses remineralisasi, akan menyebabkan karies, yang dimulai dari lapisan terluar dari gigi yaitu email dan berlanjut pada lapisan dentin.

Beberapa gigi terkena karies, dimulai dengan penampakan lesi putih (demineralisasi) pada permukaan labial yang dekat dengan tepi gusi pada gigi seri sulung rahang atas. Jika penyakit ini terus berkembang, gigi geraham sulung pun turut terkena karies. Gigi taring sulung terkena paling akhir karena waktu erupsinya yang paling lama. Gigi seri sulung dan gigi taring sulung rahang bawah jarang terkena karies akibat banyaknya air liur pada gigi tersebut dari kelenjar submandibular dan sublingual dan juga akibat proteksi lidah. Perkembangan berlanjut hingga pemecahan, keterlibatan pulpa, hilangnya vitalitas

gigi dan pembentukan abses. Penampakan gigi seri sulung rahang atas biasanya berupa sisa akar gigi dan tidak dapat diperbaiki.

Gambaran klinis *Early Childhood Caries* (ECC)

Gambaran klinis ECC terdiri dari empat tahap yaitu:

1. Tahap satu, terjadi pada anak usia antara 10-20 bulan atau lebih muda, karies diawali dengan garis berwarna putih seperti kapur, opak (*white spots*) pada gigi seri sulung rahang atas, gigi ini yang pertama erupsi pada rahang atas dan paling sedikit dilindungi oleh air liur.



Gambar 1. Garis putih pada enamel, opak (*white spot*), tanda awal karies

2. Tahap dua, kerusakan/karies terjadi ketika anak berusia 16-24 bulan. Lesi putih pada gigi seri sulung berkembang dengan cepat dan menyebabkan demineralisasi enamel sehingga mengenai dan terbukanya dentin.



Gambar 2. Demineralisasi enamel dan terbukanya permukaan dentin, kavitas kuning-coklat pada permukaan lingual gigi

3. Tahap tiga (lesi yang dalam), terjadi di usia 20-36 bulan. Lesi sudah meluas pada gigi seri sulung rahang atas hingga terjadi iritasi pulpa.
4. Tahap empat (traumatik), terjadi ketika anak berusia antara 30-48 bulan, lesi meluas dengan cepat ke seluruh permukaan enamel dan dentin, mengelilingi permukaan servikal, dalam waktu singkat, terjadi kerusakan yang parah di seluruh mahkota gigi hingga terjadi fraktur dan hanya akar yang tersisa.



Gambar 3 Lesi sudah meluas pada gigi seri sulung rahang atas, hingga terjadi iritasi pulpa



Gambar 4. Lesi meluas pada seluruh mahkota gigi seri sulung rahang atas

Dampak *Early Childhood Caries* (ECC)

ECC yang mengenai anak-anak dan tidak dilakukan perawatan, maka akan berdampak pada kesehatan gigi dan mulutnya. Karies yang mengenai lapisan email akan menyebabkan kerusakan pada email, dan apabila karies sudah sampai pada lapisan dentin atau bahkan jaringan pulpa, akan menyebabkan rasa sakit. Rasa sakit yang ditimbulkan karies gigi berdampak negatif pada status emosi anak, pola tidur, pola makan, kemampuan belajar atau aktivitasnya. Pola makan yang terganggu akan mengakibatkan asupan nutrisi terganggu, bila hal ini terjadi pada anak usia dibawah 2 tahun akan mempengaruhi pertumbuhan otaknya. Masa kritis pembentukan otak terjadi pada 1000 hari pertama kehidupan anak, yang membutuhkan nutrisi dan stimulasi. Keadaan seperti ini mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak, yang muaranya berpengaruh pada kualitas hidupnya.

ECC yang tidak mendapatkan perawatan akan mempengaruhi sistem stomatognasi anak, gigi geligi anak yang terkena ECC lama kelamaan habis oleh karena karies sehingga akan mempengaruhi sistem tersebut. Sistem stomatognatik tersusun oleh tulang, otot, persendian, gigi, bibir, lidah, pipi, glandula, arteri, vena dan syaraf, yang

menyajikan suatu fungsi menghisap, mengunyah, menelan, bicara dan bernafas. Adanya karies merupakan gangguan pada gigi anak yang merupakan salah satu komponen sistem stomatognasi sehingga mengganggu fungsi mengunyah dan bicara pada anak.

Gigi geligi yang tidak mendapatkan perawatan, seiring dengan perkembangan karies akan mengakibatkan mahkota gigi habis. Kondisi ini memungkinkan gigi akan mengalami tanggal sebelum waktunya (premature loss), selanjutnya akan menimbulkan masalah ortodontik di masa geligi bercampur dan geligi permanen pada kehidupan dewasa.

Manajemen Early Childhood Caries (ECC)

Strategi pencegahan dimulai dengan edukasi prenatal pada calon orangtua, perkembangan selama perinatal, dan dilanjutkan pada ibu serta bayinya. Perawatan gigi yang tepat dan pemeliharaan kebersihan rongga mulut selama kehamilan dapat mengurangi atau menunda ECC pada bayi.

Strategi pencegahan ECC berikutnya pada level

pemeliharaan dari rumah yaitu menjaga diet yang dikonsumsi untuk anak. Pembatasan jumlah/intake susu formula yang mengandung sukrosa dan minuman lain yang manis yang diberikan dengan botol, terutama yang diberikan pada malam hari sampai anak tertidur. Pola pemberian minuman yang mengandung gula dengan botol harus dihentikan ketika anak memasuki usia satu tahun, dan mulai mengajari anak minum menggunakan gelas. Untuk menjaga kebersihan rongga mulut, anak diharuskan menyikat gigi minimal dua kali sehari, dengan dibantu oleh orangtua atau pengasuhnya. Penggunaan pasta gigi berfluor disarankan untuk anak usia dibawah 2 tahun hanya selapis tipis, sedangkan untuk anak usia diatas 2 tahun serta sudah bisa berkumur sebesar biji polong/pea size.

Untuk mencegah tingkat *Streptococcus mutans* anak menjadi tinggi, ibu tidak boleh memberikan makan yang telah dikunyah kepada anaknya, dan anak-anak tidak boleh makan makanan atau minum dengan gelas yang digunakan bersamaan dengan saudaranya.

Album



Perjanjian Kerjasama dengan Ombudsman Republik Indonesia | Persiapan Visitasi RS Pendidikan di RSUD ULIN



Orientasi Peserta Didik Dokter Muda Baru Fakultas Kedokteran ULM | Direksi dan jajaran melakukan bersih-bersih jalan



Pertandingan Tenis Lapangan antar Karyawan RSUD Ulin | Launcing Instrumen Penilaian Akreditasi & Si Imut





dr. Enita R. Kurniaatmaja, M.Sc., SpPD, K-GH, FINASIM
 Staf Divisi Ginjal Hipertensi KSM IPD
 RSUD Ulin Banjarmasin

Dialisis Peritoneal sebagai Alternatif Terapi Pengganti Ginjal

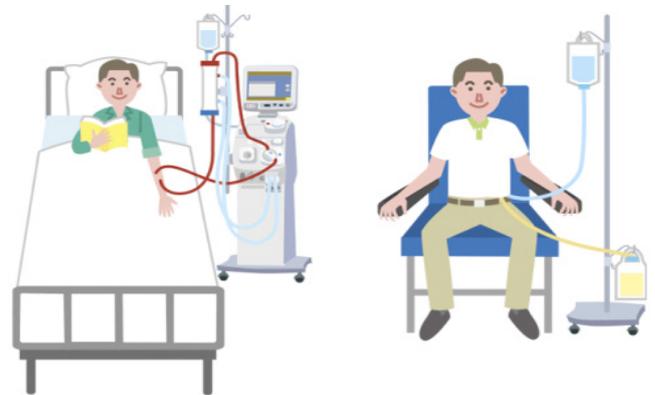
Jumlah pasien penyakit ginjal kronik (PGK) dari tahun ke tahun semakin meningkat. Seiring dengan meningkatnya angka kejadian penyakit metabolik dan degeneratif, meningkat pula jumlah penderita PGK dan diperkirakan setiap tahun terjadi peningkatan 5-10% pasien PGK stadium 5. Seiring dengan progresivitas perjalanan penyakit ginjal, PGK akan berlanjut menjadi penyakit ginjal tahap akhir (PGTA) yang memerlukan terapi pengganti ginjal (TPG).

Data Indonesia *Renal Registry* (IRR) tahun 2020 menyebutkan ada 130.931 pasien PGK yang menjalani dialisis. Transplantasi ginjal, hemodialisis 2-3 kali per minggu, dan dialisis peritoneal merupakan pilihan terapi pengganti ginjal yang termasuk dalam pembiayaan oleh Jaminan Kesehatan Nasional. Pemerintah Indonesia telah memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan ketiga terapi pengganti ginjal tersebut sehingga masyarakat/pasien yang membutuhkan dapat menerima pelayanan terapi pengganti ginjal sesuai dengan kondisi medisnya. Meskipun hingga saat ini pelayanannya belum merata, namun diharapkan di kemudian hari cakupannya dapat merata di seluruh Indonesia.

Untuk pasien PGTA yang membutuhkan terapi pengganti ginjal maka transplantasi ginjal tentu saja merupakan pilihan terapi yang baik. Namun tidak semua pasien di Indonesia dapat menjangkaunya, termasuk juga pertimbangan sosial ekonominya. Masih sedikit rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan transplantasi ginjal. Metode dialisis yaitu dialisis peritoneal dan hemodialisis merupakan pilihan bagi sebagian besar pasien PGTA yang tidak memungkinkan untuk transplantasi ginjal. Saat ini pemerintah telah menunjuk beberapa rumah sakit untuk pelayanan transplantasi ginjal, menyelenggarakan program nasional untuk meningkatkan cakupan pelayanan dialisis peritoneal, dan meningkatkan pelayanan di unit hemodialisis. RSUD Ulin merupakan salah satu RS rujukan Provinsi yang saat ini sudah memberikan pelayanan dialisis (hemodialisis dan dialisis peritoneal).

Pemilihan terapi pengganti ginjal yang sesuai dapat diawali pada saat pasien dalam tahap PGK stadium 4 (laju filtrasi glomerulus 15-30 ml/mnt/1,73m²) atau stadium

5 dengan laju filtrasi glomerulus kurang dari 15ml/mnt/1.73m². Stigma masyarakat tentang terapi pengganti ginjal yang buruk, tidak adanya unit hemodialisis ataupun unit pelayanan transplantasi ginjal di suatu daerah, serta tidak adanya tenaga terlatih untuk pemasangan kateter untuk dialisis peritoneal di daerah tertentu menjadi salah satu penyebab tidak tercakupnya pelayanan terapi pengganti ginjal. Hal ini tentu saja merupakan salah satu permasalahan kesehatan yang dihadapi pemerintah.



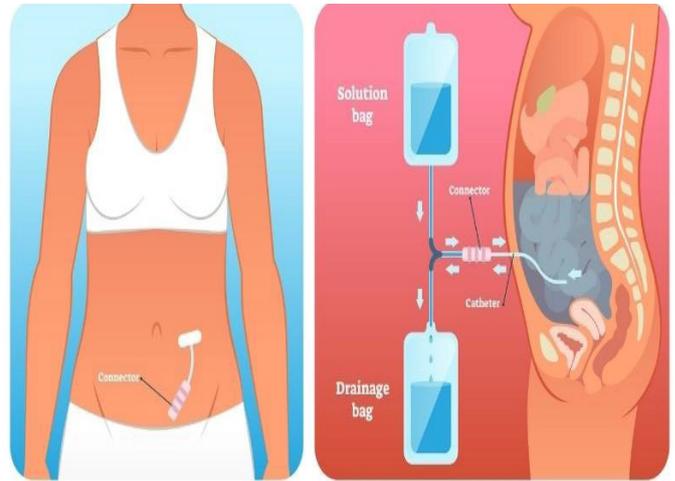
Gambar 1 Hemodialisis vs Dialisis Peritoneal

Dialisis Peritoneal (DP) merupakan modalitas terapi pengganti ginjal yang makin banyak digunakan di Indonesia. Dialisis peritoneal dapat menjadi pilihan utama karena berbagai alasan. Alasan pertama karena DP tidak memerlukan investasi yang besar. Alasan kedua yaitu pasien dapat atau harus melakukannya sendiri, dan alasan ketiga dalam prakteknya hanya memerlukan tim DP yang terdiri dari konsultan ginjal-hipertensi dan perawat DP. Beberapa negara di Asia seperti di Hongkong dan Thailand, yang sudah lebih dulu menjalankan pelayanan DP, saat ini pelayanan DP-nya sudah mencapai lebih dari 50% pasien PGK stadium 5, bahkan di Hongkong lebih dari 80%. Indonesia yang berbentuk negara kepulauan dengan medan yang luas dan sarana transportasi yang tidak selalu tersedia, mengakibatkan pasien banyak menemui kesulitan untuk mencapai unit HD secara rutin. Hal ini pula lah yang menjadikan DP sebagai alternatif terapi pengganti ginjal yang tepat karena secara medik maupun non medik mempunyai keunggulan dibandingkan dengan HD.

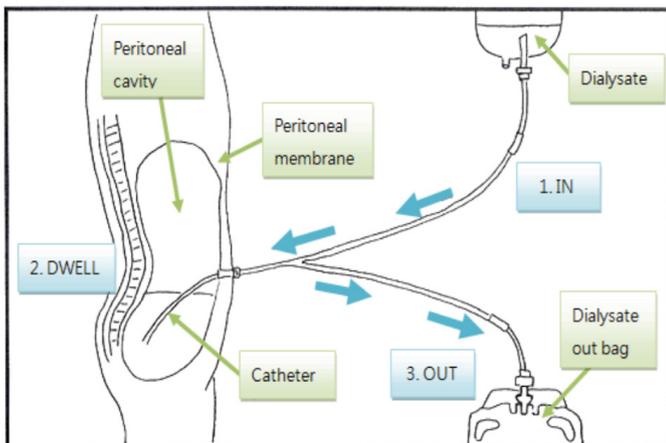
Selain untuk PGK stadium 5, DP juga menjadi pilihan utama terapi pengganti ginjal pada anak dan pada kondisi *acute kidney injury* (AKI) yang membutuhkan tindakan dialisis. Perluasan pelayanan DP harus tetap berorientasi pada keamanan dan keselamatan pasien. *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) sebagai salah satu bentuk dialisis yang berbasis rawat jalan, memerlukan kemandirian dan ketrampilan pasien sehingga dapat menjamin keberhasilan dan meminimalisasi komplikasi yang mungkin timbul.

Dialisis peritoneal adalah suatu tindakan dialisis dengan menggunakan membran peritoneum yang bersifat semipermeabel sebagai membran dialisis. Prinsip dasar dialisis peritoneal adalah proses difusi, ultrafiltrasi dan adsorpsi antara cairan dialisis yang masuk ke dalam rongga peritoneum dengan plasma dalam darah. Hal ini melibatkan dua kompartemen yaitu darah yang mengandung ureum, kreatinin, dan cairan yang berlebihan di dalam kapiler peritoneum dan cairan dialisis hipertonis yang mengandung elektrolit, bikarbonat, dan lainnya di dalam rongga peritoneum.

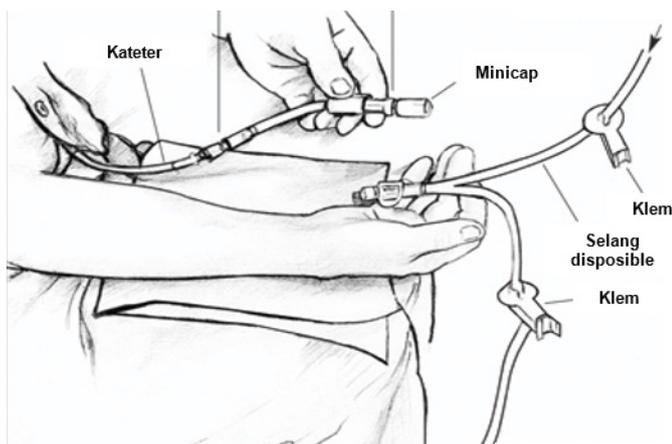
kali sehari melalui kateter yang dipasang permanen pada perut. Saat dialisis dimasukkan pada rongga peritoneal, secara perlahan dialisis akan menarik partikel produk sampah dan air dari kapiler darah ke dalam dialisis melalui membran semipermeabel tersebut dengan proses difusi dan osmosis.



Gambar 4 Prosedur pengisian cairan dialisis ke rongga peritoneum



Gambar 2. Mekanisme dialisis peritoneal



Gambar 3. Akses dan bagian-bagian dialisis peritoneal

Pada DP, rongga peritoneal yang merupakan rongga serosa yang terluas di tubuh, digunakan untuk menampung 2 – 2,5 liter cairan dialisis yang bertukar empat sampai lima

Dialisis peritoneal membutuhkan kemandirian pasien. Pemilihan pasien yang sesuai diharapkan bisa meningkatkan kualitas hidupnya. Beberapa keuntungan CAPD dibandingkan hemodialisis antara lain adalah:

- Pasien tidak harus datang ke unit HD untuk dialisis
- Biaya relatif lebih murah dibandingkan HD
- Kualitas hidup relatif lebih baik, terutama pada tahun pertama-kedua terapi dialisis, namun risiko morbiditas dan mortalitas sama dengan HD di tahun-tahun berikutnya.
- Eliminasi toksin sisa metabolisme protein berlangsung secara berkelanjutan setiap hari.
- Pada pasien anak-anak, proses pertumbuhan tidak terganggu
- Fungsi trombosit dan sel T lebih baik
- Angka kejadian perikarditis berkurang
- Konsentrasi beta-2 makroglobulin menurun
- Efek angiotensin II berkurang
- Volume cairan tubuh lebih terkontrol sehingga tekanan darah cenderung stabil
- Jarang terjadi gangguan irama jantung
- Reserve residual renal function lebih terjaga
- Pasca tindakan transplantasi ginjal, kejadian *delayed graft function* lebih sedikit dibandingkan HD.

Namun demikian disamping banyak keuntungan yang dimiliki CAPD, ada pula beberapa kerugian dari CAPD antara lain:

- Kegagalan teknis cukup tinggi (sering disebabkan infeksi dan kegagalan membran)

- b. Meningkatkan berat badan- sindrom metabolik
- c. Peritoneal clearance rendah, sehingga memerlukan waktu yang lebih lama (12-18 jam)
- d. Kehilangan protein yang lebih banyak 20-40 gr/hari, sehingga berisiko malnutrisi

Pemilihan pasien untuk kandidat dialisis peritoneal membutuhkan penilaian seorang konsultan ginjal-hipertensi. Sebelum menjalani terapi pengganti ginjal, seorang pasien PGK stadium 5 diharapkan berkonsultasi terlebih dahulu dengan konsultan ginjal-hipertensi terkait pilihan terapi pengganti ginjal yang paling ideal untuk dijalani, yang diharapkan sesuai dan bisa meningkatkan kualitas hidup pasien.

Adapun kelompok pasien yang dapat dilakukan dialisis peritoneal adalah pasien PGTA, terdapat penyakit kardiovaskuler (penyakit jantung kongestif, penyakit jantung iskemik), pasien dengan gangguan serebral akut, berusia lanjut (dengan *caregiver*), anak-anak usia 0-5 th, 6-16 th, pasien dengan riwayat kegagalan akses vaskuler untuk HD, intoleransi terhadap HD, memiliki penyakit jantung katup, akses ke unit HD sulit terjangkau, pasien dengan penyakit arteri perifer, memiliki infeksi kronik, atau pasien kandidat transplantasi ginjal.

Untuk pilihan terapi pengganti ginjal dialisis peritoneal tidak dapat dilakukan pada pasien PGTA yang mengalami kegagalan ultrafiltrasi tipe II, memiliki penyakit inflammatory bowel disease berat, memiliki *divertikulitis aktif akut*, *ischemic bowel disease*, terdapat abses pada rongga perut, pasien dengan gangguan psikosis, kehamilan trimester ketiga dan pasien dengan retardasi mental.

Ada beberapa jenis dan modalitas PD yang digunakan

1. *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*
Pertukaran cairan PD dilakukan 4 kali sehari dengan interval setiap 4 sampai 6 jam (biasanya dilakukan pada makan pagi, makan siang, makan malam, dan sebelum tidur).

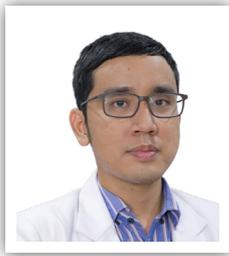


Gambar 5. Operasi Pemasangan kateter dialisis peritoneal



Gambar 6. Kateter Dialisis Peritoneal pada Perut

2. *Automated Peritoneal Dialysis (APD)*
Teknik dialisis ini masih jarang digunakan di Indonesia karena membutuhkan alat khusus, teknik ini terbagi menjadi:
 - a. *Continuous Cycling Peritoneal Dialysis (CCPD)*
Teknik ini dilakukan dalam beberapa siklus (biasanya 4-5 kali) selama 9-10 jam pada malam hari dengan waktu penyimpanan lebih lama pada siang hari. Modalitas ini direkomendasikan pada pasien PD yang anuria.
 - b. *Nightly Intermittent Peritoneal Dialysis (NIPD)*
Dialisis dilakukan setiap malam dengan siklus pertukaran 4-5 kali malam satu malam dengan kavitas abdomen kosong pada siang hari
 - c. *Continuous Optimisation Peritoneal Dialysis (COPD)*
Teknik ini mirip dengan CCPD, namun dilakukan 1-2 kali pertukaran cairan dialisis pada siang hari
 - d. *Tidal Peritoneal Dialysis*
Pada tahap awal teknik ini melakukan pengisian volume ke kavum abdomen, namun pada saat drainase masih menyisakan sedikit volume tidal residual
3. *Intermittent Peritoneal Dialysis*
Melalui tulisan ini, diharapkan masyarakat khususnya pasien PGTA dapat melakukan konsultasi terlebih dahulu terkait pemilihan terapi pengganti ginjal yang tepat bagi pasien kepada seorang konsultan ginjal-hipertensi. Dengan pemilihan terapi pengganti ginjal yang sesuai dengan kondisi medik serta sosial ekonomi pasien, diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien PGTA dan meningkatkan cakupan pelayanan terapi pengganti ginjal bagi seluruh pasien PGTA di Indonesia.



dr. Jeffrey Albari Tribowo, Sp.And

Dokter Spesialis Andrologi (Ahli permasalahan seksual dan kesuburan pria)
Staf KSM Obstetri Ginekologi, Klinik Fertilitas RSUD Ulin Banjarmasin

Meningkatkan Performa Seksual Pria

Kemampuan hubungan seksual yang baik berbanding lurus dengan keharmonisan dalam rumah tangga pasangan suami istri. Terlebih bagi pria, menjaga performa seperti kekerasan ereksi dan durasi mencapai ejakulasi adalah hal yang sangat krusial. Dalam artikel ini, akan dibahas beberapa kesalahan yang keliru mengenai performa seksual pria, juga 4 tips agar meningkatkan performa seksual yang baik.

Sebuah studi di India menunjukkan bahwa sebesar 30% angka perceraian terjadi karena penurunan performa seksual oleh pasangan baik pada pria maupun wanita. Angka yang cukup besar ini menunjukkan bahwa seringkali yang terjadi penurunan performa seksual namun tidak mendapatkan tatalaksana dengan baik, akibatnya berujung pada kejadian yang tidak diharapkan di rumah tangga.

Sudah menjadi rahasia umum bahwa salah satu hal penting dalam rumah tangga adalah mendapatkan kepuasan seksual dari pasangan. Jika terjadi keluhan yang dapat menurunkan performa seksual, maka dapat terjadi kekecewaan bagi pasangan karena tidak sesuai dengan ekspektasi yang diharapkan.

Performa seksual sendiri mencakup banyak hal di dalamnya, mulai dari komunikasi yang baik, membangun keintiman, proses stimulasi, ereksi dan ejakulasi penis yang adekuat, lubrikasi vagina yang cukup, dan lainnya. Jika terjadi salah satu gangguan pada proses-proses tadi, maka dapat terjadi penurunan performa seksual pada pasangan suami istri.

Tentu tidak bisa dipungkiri, seiring bertambahnya usia manusia, maka kondisi tubuh tidak akan sama persis seperti saat masih muda. Terjadi berbagai perubahan-perubahan yang membuat tubuh menjadi menurun performanya. Salah satu penyebabnya adalah terjadi penurunan hormon-hormon yang berperan pada fungsi seksual, seperti hormon testosteron.

Tetapi yang harus digarisbawahi, proses penuaan yang mengganggu performa tubuh ini bukanlah sesuatu yang harus kita maklumi dan biarkan. Hal ini perlu menjadi perhatian khusus oleh kita, dan sebisa mungkin mengambil tindakan yang ideal agar penurunan tersebut bisa dicegah atau dikembalikan seperti semula.

Salah satu anggapan lain yang juga sering keliru adalah, bahwa usia tua sudah tidak dapat melakukan hubungan seks sama sekali. Jika seseorang yang telah memasuki usia lanjut masih dapat melakukan hubungan seks yang berkualitas, maka itu menjadi salah satu faktor yang menunjukkan bahwa kesehatan tubuhnya masih terjaga dengan baik.

Sebuah studi di Inggris menunjukkan, bahwa pria yang terjadi gangguan ereksi, meningkatkan risiko terjadinya penyakit jantung koroner 3-5 tahun kemudian. Hal ini dikarenakan gangguan ereksi bisa menjadi salah satu indikator awal yang menunjukkan terjadinya gangguan pembuluh darah pada tubuh. Oleh karena itu, ketika terjadi penurunan performa seksual, sangat penting untuk mencari tahu apa penyebabnya dan segera melakukan tatalaksana yang terbaik.

Sekarang, mari kita bahas bagaimana cara untuk menjaga performa seksual, khususnya pada pria.

- Mengetahui indera yang dominan

Stimulasi seksual sangat berkaitan dengan indera manusia dalam prosesnya. Indera manusia sendiri terdiri dari 5, yakni pendengaran, pengecap, peraba, penghidu, dan penglihatan. Secara umum setiap orang memiliki 2 jenis indera yang menjadi dominannya. Semisal, ada orang yang indera paling krusial baginya adalah penglihatan dan penghidu, maka untuk terjadi performa seksual yang ideal penting baginya untuk melihat penampilan dan mencium wangi pasangan yang nyaman agar timbulnya gairah seksual.

Seringkali seiring berjalannya waktu, banyak yang melupakan pentingnya stimulasi indera yang diperlukan karena sudah dianggap tidak penting. Pada prinsipnya, stimulasi seksual berdasarkan indera yang dominan akan terus diperlukan pasangan sepanjang masih aktif melakukan hubungan seksual. Oleh karena itu penting bagi kita untuk mengenali apa yang menjadi indera dominan kita dan pasangan, kemudian mengomunikasikan dan mencari variasi yang bisa memanjakan indera tersebut sehingga performa seksual dapat terjaga.

- Pola hidup sehat

Kesehatan tubuh secara keseluruhan berkaitan erat dengan performa seksual. Hal ini karena fungsi tubuh dalam melakukan hubungan seksual seperti ereksi penis dan lubrikasi vagina sangat memerlukan tubuh yang sehat, mulai dari pembuluh darah, persarafan, hingga hormon. Sebagai contoh, ketika seseorang menderita kencing manis dan darah tinggi yang berat dan tidak terkontrol, maka dapat terjadi gangguan aliran darah di tubuh yang salah satu gejala awalnya adalah gangguan ereksi pada pria.

Rutin berolahraga seminggu tiga kali, mengonsumsi buah dan sayuran, tidur cukup minimal 7 jam per hari, dan menghindari stres adalah beberapa dari kunci untuk melakukan pola hidup sehat agar performa seksual tetap terjaga. Tentu pola hidup sehat ini adalah salah satu “obat ajaib” yang gratis dan efektif, namun dalam pelaksanaannya perlu dilakukan secara terkontrol dan konsisten.

- Waspada dengan penyakit terkait fungsi seksual

Berbagai penyakit dapat mengganggu tahapan-tahapan dalam fungsi seksual normal secara spesifik pada pria. Keluhan yang tersering pada pria antara lain gairah rendah, gangguan ereksi, dan gangguan ejakulasi.

Penyebab dari keluhan-keluhan tersebut secara garis besar dibagi menjadi dua, yang pertama masalah di pikiran, dan yang kedua disebabkan karena adanya penyakit di tubuh. Masalah pertama seringkali muncul akibat adanya stres atau trauma yang mengakibatkan

seseorang terganggu pikirannya saat berhubungan seksual. Sementara masalah kedua timbul akibat disebabkan penyakit lain, seperti darah tinggi, kencing manis, infeksi, dan lain-lain.

Tentunya adanya permasalahan-permasalahan pada masing-masing fungsi seksual ini akan mengganggu performa seksual baik pada penderita maupun pada pasangan yang sebenarnya tidak mengalami gangguan. Hal ini dikarenakan hubungan seksual memerlukan kondisi kedua pasangan yang ideal, jika salah satu mengalami gangguan, maka hal ini dapat menyebabkan pasangannya juga kesulitan mencapai kepuasan dan performa yang optimal.

- Rutin memeriksakan diri ke tenaga kesehatan

Salah satu solusi terbaik untuk menjaga performa seksual adalah dengan menjaga tubuh kita dari berbagai penyakit. Kalaupun di antara kita sudah memiliki berbagai kondisi komorbid seperti darah tinggi, kencing manis, dan lainnya, maka sangat penting untuk rutin memeriksakan diri secara berkala ke dokter.

Namun, jika memang terjadi gangguan yang mengganggu performa seksual, akan sangat penting untuk melakukan pemeriksaan ke dokter yang ahli di bidangnya agar mendapatkan pemeriksaan yang komprehensif. Pemeriksaan tersebut bertujuan untuk mencari tahu apa-apa saja kemungkinan sumber penyebab yang menimbulkan gangguan seksual, dan melakukan tatalaksana secara lengkap.



Gambar. Pemeriksaan Kekerasan Ereksi dengan Alat Bantu



dr. Ihya Ridlo Nizomy, M.Kes, Sp.OG, Subsp.Urogin Re
Koordinator Poliklinik Kebidanan dan Kandungan
RSUD Ulin Banjarmasin

Poliklinik Obstetri dan Ginekologi RSUD Ulin Banjarmasin

Sebagai Rumah Sakit Umum Daerah Pusat Rujukan Tipe A, RS Ulin dilengkapi dengan pelayanan spesialisik dan subspecialistik yang cukup beragam. Salah satunya adalah pelayanan di bidang Obstetri dan Ginekologi (Obsgin) atau dikenal dengan Kebidanan dan Kandungan yang memiliki layanan poli spesialisik dengan 5 kategori Subspecialistik, yaitu Fetomaternal, Obstetri dan Ginekologi Sosial, Onkoginekologi, Fertilitas Endokrinologi Reproduksi dan Uroginekologi Rekonstruksi-Estetik.

Poliklinik Subspesialis Obstetri dan Ginekologi

Poliklinik Obstetri dan Ginekologi dapat memberikan pelayanan obstetri dan ginekologi umum, juga melayani 5 poli subspecialistik, yaitu Fetomaternal, Obstetri dan Ginekologi Sosial, Onkoginekologi, Fertilitas Endokrinologi Reproduksi dan Uroginekologi Rekonstruksi-Estetik. Fasilitas yang tersedia di Poliklinik Kebidanan dan Kandungan antara lain ruang pemeriksaan dilengkapi fasilitas meja pemeriksaan khusus (ginekologi) dan mesin USG teknologi terkini, ruang observasi, dan ruang tunggu. Poliklinik ini terletak di Gedung Aster lantai 1, dibawah oleh Kepala Departemen Obstetri dan Ginekologi, DR. dr. Hariadi, Sp. OG, Subsp. Onk, Koordinator Poliklinik Kebidanan dan Kandungan, dr. Ihya Ridlo Nizomy, M.Kes, Sp. OG, Subsp. Urogin RE dan Kepala Unit Layanan, Ibu Misnisanci, S.ST.

Sebelum masuk ke setiap kategori subspecialistik, setiap pasien akan diperiksa di poli umum obstetri ginekologi, pasien akan dilakukan wawancara dan pemeriksaan fisik, jika diperlukan akan dilakukan pemeriksaan penunjang baik laboratorium maupun radiologis. Kemudian pasien dapat diarahkan ke poli subspecialistik untuk kasus-kasus yang khusus ditangani konsultan subspecialistik. Tujuan poli umum obstetri dan ginekologi sendiri agar pasien dapat dilakukan pemeriksaan awal dan bila memerlukan penanganan subspecialistik akan diarahkan ke poli subspecialis yang tepat. Beberapa kasus yang dapat ditangani seperti kehamilan dengan risiko rendah, kelainan ginekologi umum: penanganan awal gangguan haid, tumor jinak organ genitalia (seperti mioma atau kista indung telur), dan keputihan.

Poli Subspesialis Kedokteran Fetomaternal (KFM) berfokus pada layanan deteksi dan diagnosis kelainan fetal (janin) dan maternal (ibu). Pemeriksaan meliputi deteksi

dini fetal abnormalitas, deteksi keguguran, dan stillbirth, kelahiran prematur dan skrining kelainan kromosom. Penyulit pada ibu seperti keracunan kehamilan/ preeklampsia, kencing manis/DM pada kehamilan, kehamilan dengan janin kelainan bawaan, ataupun kecurigaan plasenta akreta (implantasi ari-ari yang terlalu dalam) merupakan beberapa contoh kasus yang ditangani oleh Subdivisi Fetomaternal. Kasus terbanyak yang ditangani antara lain preeklampsia berat, kehamilan dengan kecurigaan plasenta akreta, kecurigaan kelainan kongenital, dan kehamilan lewat waktu.

RSUD Ulin memiliki Dokter Konsultan Obstetri dan Ginekologi Sosial (Obginsos) yang berkompetensi dalam memberikan konsultasi untuk menyelesaikan masalah kesehatan reproduksi secara individu, serta dalam masyarakat secara holistik, paripurna dan terintegrasi. Permasalahan obstetri yang menjadi titik perhatian dari subdivisi Obginsos adalah bagaimana cara untuk menurunkan angka kematian ibu yang masih jauh dari target pemerintah dan permasalahan ginekologi dimana Indonesia masih berkuat dengan tingginya angka penyakit menular seksual seperti HIV. Untuk menyelesaikan masalah-masalah tersebut diperlukan konsultan di bidang obstetri dan ginekologi sosial yang dapat menerapkan teknologi yang tepat guna, yang menitikberatkan pada segi promotif, preventif dan rehabilitatif, disesuaikan dengan kondisi di Indonesia sebagai negara yang sedang berkembang dengan jumlah penduduk di bawah garis kemiskinan yang cukup besar. Poli Obginsos RSUD Ulin buka setiap hari (Senin sd Sabtu). Kasus yang umumnya dihadapi adalah kehamilan dengan HIV, kehamilan usia muda dan kehamilan dengan status nutrisi ibu yang kurang.

Poli Subspesialis Onkoginekologi (Onk) fokus melayani diagnosis dan perawatan wanita yang menderita kanker sistem reproduksi, seperti kanker vulva, vagina, mulut rahim, rahim juga indung telur. Kasus yang paling sering dihadapi dalam pelayanan sehari-hari di poliklinik subspecialis ini adalah kanker leher rahim, kanker indung telur/ ovarium, kista ovarium dicurigai ganas, penyakit tropoblastik gestasional, dan kanker endometrium.

Subspesialis Fertilitas Endokrinologi Reproduksi (FER) adalah bidang ilmu ginekologi yang mempelajari perilaku atau aktivitas psikis yang berkaitan atau terjadi

karena perubahan pada sistem endokrin terhadap organ reproduksi. Hal ini dikarenakan sistem reproduksi manusia sangat dipengaruhi oleh cara kerja hormon, sehingga memperbaiki status kesuburan berarti memperbaiki cara kerja hormon yang ada di tubuh manusia tersebut. Poliklinik Fertilitas Endokrinologi Reproduksi menangani berbagai macam kasus diantaranya gangguan siklus haid, infertilitas ataupun kista coklat yang mengganggu kualitas hidup perempuan. Kasus yang umumnya dihadapi adalah kasus amenorrhea, infertilitas, endometriosis, dan perdarahan uterus abnormal.

Uroginekologi dan Rekonstruksi-Estetik (Urogin RE) adalah subspecialisasi dalam bidang obstetri ginekologi

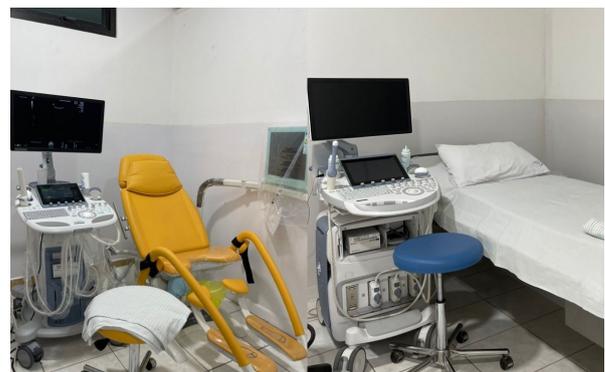
yang mempelajari dasar panggul perempuan beserta gangguannya (dysfungsi dasar panggul), masalah gangguan seksual wanita, rekonstruksi organ intim serta masalah estetika genitalia wanita. Dasar panggul merupakan sekumpulan jaringan yang bersama-sama berfungsi sebagai penyokong organ panggul (rahim, vagina, saluran kemih bawah, serta saluran anorektal). Turun peranakan, besar/tidak dapat menahan BAK, masalah dengan robekan pada jalan lahir/perineum ataupun kelainan bawaan organ genitalia wanita adalah beberapa kasus yang ditangani. Kasus yang paling banyak dihadapi dalam pelayanan sehari-hari antara lain prolaps organ panggul, inkontinensia, dan kelainan kongenital genitalia.

Tabel. Pelayanan Poliklinik Subspesialis Obstetri Ginekologi RSUD Ulin Banjarmasin

Pelayanan	Jadwal	Dokter
A. Pelayanan Fetomaternal		
1. Pelayanan deteksi dini dan penanganan kelainan pada kehamilan. 2. Pelayanan dalam kehamilan dengan hipertensi dan pre eklampsia.	Setiap Hari	dr. Bambang Abimanyu, Sp. OG Subsp. KFM dr. M. Robyanoor A.R., M.Kes. Sp. OG, Subsp. KFM dr. Ruth Widhiati R.P., Sp. OG Subsp. KFM
B. Pelayanan Obstetri dan Ginekologi Sosial		
1. Pelayanan Kontrasepsi (alamiah, pil, suntik, darurat, implan, AKDR, dan kontrasepsi mantap pada Wanita) 2. Pelayanan kehamilan dengan penyulit faktor sosial dan budaya (Kehamilan usia remaja) 3. Pelayanan dalam penyediaan sertifikat/dokumen/surat keterangan medis terkait kehamilan, persalinan, kelahiran, surat keterangan sakit, keterangan aborsi, kematian. 4. Pelayanan pemeriksaan dan memberikan penjelasan terkait visum atau otopsi dan kasus kematian maternal atau neonatal, kekerasan seksual.	Setiap Hari	dr. Samuel L. Tobing, Sp. OG Subsp. Obginsos dr. Renny Aditya, M.Kes. Sp. OG, Subsp. Obginsos
C. Pelayanan Onkoginekologi		
1. Pelayanan pada penyakit keganasan trofoblas 2. Deteksi dini dan penanganan kanker serviks. 3. Deteksi dini dan penanganan tumor ovarium. 4. Deteksi dini dan penanganan keganasan pada Rahim.	Selasa dan Kamis	Dr. dr. Hariadi, Sp. OG Subsp. Onk dr. Ferry Armanza, Sp. OG, Subsp. Onk
D. Pelayanan Fertilitas dan Endokrinologi Reproduksi		
1. Pelayanan pada masalah kasus pubertas (pubertas dini maupun pubertas terlambat) 2. Pelayanan pada kasus endometriosis 3. Pelayanan terapi sulih hormone 4. Pelayanan sindrom ovarium polikistik 5. Pelayanan pada kasus infertilitas, dan induksi ovulasi/stimulasi ovarium sederhana. 6. Pelayanan Inseminasi 7. Pelayanan penunjang berupa pemeriksaan manual Analisa sperma.	Senin dan Rabu	Dr. dr. Hardyan Saugi, Sp. OG Subsp. FER dr. Iwan Darma Putra, Sp. OG Subsp. FER
E. Pelayanan Uroginekologi Rekonstruksi Estetik		
1. Pelayanan pada kelainan bawaan organ genitalia 2. Pelayanan inkontinensia urine (Besar) 3. Pelayanan pada prolaps organ panggul. 4. Pelayanan gangguan seksual wanita 5. Pelayanan rekonstruksi organ intim 6. Pelayanan masalah estetika genitalia wanita	Senin dan Rabu	Dr. dr. Prihakti B., Sp. OG Subsp. Urogin RE dr. Ihya Ridlo Nizomy, M.Kes. Sp. OG, Subsp. Urogin RE

Sebagai pusat pelayanan dan pendidikan, besar harapan Poliklinik Obstetri dan Ginekologi RSUD Ulin mampu memenuhi kebutuhan masyarakat Kalimantan Selatan. Hal ini tentunya tidak lepas dari dukungan seluruh pemangku kepentingan, baik dari pemerintah maupun masyarakat. Dukungan dan kebijakan yang membangun

tentu akan sangat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat secara langsung. Partisipasi aktif masyarakat dalam mengikuti program yang dicanangkan tentunya akan meningkatkan kualitas derajat kesehatan secara langsung pula, khususnya dalam bidang kesehatan ibu dan anak serta kesehatan reproduksi wanita.





dr. Rina Yuniarti, Sp. PD
 Staf KSM Ilmu Penyakit Dalam
 Divisi Tropik Infeksi RSUD Ulin Banjarmasin

Cacar Monyet (Monkey Pox)

Kasus *monkey pox* atau cacar monyet kini menjadi salah satu fokus dunia kesehatan selain COVID-19. Cacar sendiri merupakan salah satu penyakit menular yang harus ditangani dengan serius. Wabah cacar telah terjadi dari masa ke masa, namun saat ini telah diberantas melalui program vaksinasi yang diadakan di seluruh dunia. Kasus cacar terakhir di dunia terjadi pada tahun 1977 di Somalia. Setelah itu, penyakit cacar semakin berkurang sehingga vaksinasi rutin terhadap penyakit cacar di kalangan masyarakat mulai dihentikan karena dianggap sudah tidak diperlukan pencegahan lagi terhadap penyakit cacar.

Cacar monyet (*monkey pox*) merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh orthopoxvirus. Setelah pemberantasan cacar global pada tahun 1977, orthopoxvirus menjadi penyebab utama wabah cacar monyet pada manusia, terutama pada negara-negara di Afrika Barat dan Tengah yang biasanya terjadi di daerah terpencil. Negara di luar Afrika yang pernah melaporkan kasus *monkey pox* pada manusia terkait riwayat perjalanan dari negara endemis atau hewan import adalah Amerika Serikat (2003), Inggris, Israel (2018), dan Singapura (2019). Pada tanggal 7 Mei 2022 Inggris Raya juga melaporkan adanya 1 (satu) kasus *monkey pox* pada warga Inggris yang memiliki perjalanan dari Nigeria. Pada tanggal 13 Mei 2022 IHR Focal Point Inggris Raya melaporkan ke WHO adanya kasus kluster di keluarga. Kasus tersebut tidak ada kaitannya dengan kasus importasi dari Nigeria yang dilaporkan pada 7 Mei 2022. Sejak 13 Mei 2022, WHO terus menerima laporan dari 12 negara non endemis penyakit *monkey pox* di 3 regional yaitu Eropa, Amerika, dan *Western Pacific*. WHO melansir terjadi peningkatan negara non endemik yang mengonfirmasi kasus *monkey pox*, terhitung dari 13 Mei hingga 8 Juni 2022 dengan total terkonfirmasi sebanyak 1285 kasus. Investigasi masih terus berlangsung namun kasus yang dilaporkan sejauh ini tidak memiliki riwayat perjalanan dari negara endemis. Berdasarkan informasi yang tersedia saat ini, kasus dilaporkan dari pasien yang berobat di pelayanan primer dan klinik kesehatan seksual.

Bagaimana dengan Negara kita, Indonesia? Hingga saat ini, baik dari WHO maupun Kementerian Kesehatan melaporkan di Indonesia belum ada kasus *monkey pox*. Namun kita perlu waspada terhadap penyakit menular ini, dengan mengetahui seluk beluk penyakit ini. Penyebab penyakit *monkey pox* adalah virus *Monkey pox* (MPXV)

yang tergolong dalam genus Orthopoxvirus dalam famili Poxviridae. Penularan kepada manusia terjadi melalui kontak langsung dengan hewan ataupun manusia yang terinfeksi, atau melalui benda yang terkontaminasi oleh virus tersebut. Virus masuk ke dalam tubuh melalui kulit yang luka/terbuka (walaupun tidak terlihat), saluran pernapasan, atau selaput lendir (mata, hidung, atau mulut). Di negara endemis, *monkey pox* kemungkinan bersirkulasi antara hewan mamalia, dengan sesekali menyebar ke manusia. Di negara endemis, penularan ke manusia dapat terjadi melalui gigitan atau cakaran, mengolah daging hewan liar, kontak langsung dengan cairan tubuh atau bahan lesi, atau kontak tidak langsung dengan bahan lesi, seperti melalui benda yang terkontaminasi.

Monkey pox antar manusia tidak secara mudah menular. Penularan dari manusia ke manusia dapat melalui kontak erat dengan droplet, cairan tubuh atau lesi kulit orang yang terinfeksi, atau kontak tidak langsung pada benda yang terkontaminasi. Penularan melalui droplet biasanya membutuhkan kontak yang lama, sehingga anggota keluarga yang tinggal serumah atau kontak erat dengan kasus berisiko lebih besar untuk tertular. Orang dengan *monkey pox* menular ketika bergejala (biasanya antara dua sampai empat minggu). Ruam, cairan tubuh (seperti cairan, nanah atau darah dari lesi kulit), dan koreng sangat menular. Pakaian, tempat tidur, handuk, atau peralatan makan/piring yang telah terkontaminasi virus dari orang yang terinfeksi juga dapat menulari orang lain. *Monkey pox* dapat menyebar melalui kontak langsung kulit ke kulit saat berhubungan seks, termasuk ciuman, sentuhan, seks oral dan penetrasi dengan seseorang yang memiliki gejala. Ruam kadang-kadang ditemukan pada alat kelamin dan mulut, yang kemungkinan berkontribusi terhadap penularan selama kontak seksual. Kontak mulut ke kulit dapat menyebabkan penularan di mana terdapat lesi kulit atau mulut. Oleh karena itu, orang yang berinteraksi termasuk pasangan seksual juga memiliki risiko lebih besar untuk terinfeksi. Saat ini belum diketahui secara pasti penularan melalui air mani atau cairan vagina. Begitu pula penularan dari orang tanpa gejala (asimtomatis) belum pasti.

Masa inkubasi (interval dari infeksi sampai timbulnya gejala) *monkey pox* biasanya 6 - 13 hari, tetapi dapat berkisar dari 5 - 21 hari. Masa infeksi dapat dibagi ke dalam 2 yaitu fase akut dan fase erupsi. Fase akut atau prodromal (0 -

5 hari) berupa demam, sakit kepala hebat, limfadenopati (pembengkakan kelenjar getah bening), nyeri punggung, nyeri otot, dan kelelahan yang terus menerus. Limfadenopati dapat dirasakan di leher, ketiak atau selangkangan/lipatan paha. Fase erupsi (sekitar 1 – 3 hari setelah timbul demam) berupa munculnya ruam atau lesi pada kulit biasanya dimulai dari wajah kemudian menyebar ke bagian tubuh lainnya secara bertahap (gambar 1). Ruam paling banyak muncul pada wajah (95% kasus), telapak tangan, dan telapak kaki (75% kasus). Ruam atau lesi ini berkembang mulai dari bintik merah seperti cacar (makulopapula), lepuh kecil berisi cairan bening (vesikel), lepuh kecil berisi nanah (pustula), kemudian mengeras atau krusta lalu rontok. Pada fase yang berlangsung sekitar 10 hari ini, seseorang berpotensi menularkan penyakit ini hingga semua krusta menghilang dan rontok. Biasanya diperlukan waktu hingga 3 minggu sampai fase erupsi ini menghilang dan rontok (memasuki fase konvalesen atau penyembuhan). Penyakit ini biasanya berlangsung selama 2–4 minggu. Di Afrika, *monkey pox* telah terbukti menyebabkan kematian pada 1 dari 10 orang yang terjangkit penyakit tersebut. Kasus yang berat lebih banyak terjadi kelompok berisiko (anak-anak, hamil, gangguan sistem imun), terkait dengan tingkat paparan virus, status imunitas pasien dan tingkat keparahan komplikasi. Komplikasi meliputi infeksi sekunder, pneumonia, ensefalitis dan infeksi kornea hingga hilangnya penglihatan. Konfirmasi *monkey pox* hanya dapat dilakukan melalui pemeriksaan laboratorium, diantaranya menggunakan uji *Polymerase Chain Reaction (PCR)* dan/atau sekuensing.

Belum ada pengobatan yang spesifik untuk infeksi virus *Monkey pox*. Pengobatan simptomatik dan suportif dapat diberikan untuk meringankan keluhan yang muncul. Vaksin yang digunakan selama program pemberantasan cacar (*smallpox*) memberikan perlindungan terhadap *monkey pox*. Vaksin baru yang dikembangkan untuk *smallpox* telah disetujui pada tahun 2019 untuk digunakan dalam mencegah *monkey pox* namun ketersediaan global masih terbatas.

Bagaimana untuk menghindari terkena *monkey pox* ini? Pencegahan dapat dilakukan dengan cara mengurangi risiko penularan bagi pelaku perjalanan negara endemis (utamanya penularan dari hewan ke manusia) yaitu dengan menghindari kontak langsung atau provokasi hewan penular *monkey pox* yang diduga terinfeksi *monkey pox* seperti hewan pengerat, marsupial, primata non-manusia (mati atau hidup), menghindari mengonsumsi atau menangani daging yang diburu dari hewan liar (*bush meat*), membiasakan mengonsumsi daging yang sudah dimasak dengan benar, serta menggunakan APD lengkap saat menangani hewan terinfeksi. Pelaku perjalanan yang baru kembali dari wilayah terjangkit segera memeriksakan dirinya jika mengalami gejala dan menginformasikan riwayat perjalanannya.

Untuk mereka yang melakukan perjalanan non endemis juga harus waspada dengan cara menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, menghindari kontak tatap muka /kontak fisik dengan siapa saja yang memiliki gejala atau barang terkontaminasi, menggunakan APD sesuai saat merawat penderita, serta mengurangi kepanikan dan stigmatisasi.

Banyak kekhawatiran yang muncul dengan stigma penyakit *Monkey pox* ini. Yang perlu ditanamkan adalah *monkeypox* merupakan penyakit bergejala ringan dengan tingkat kematian sangat rendah. Gejala-gejala penyakit pada *monkey pox* umumnya dapat diobati dan sembuh dengan sendirinya tergantung imunitas penderita dan dukungan psikososial dapat disediakan untuk penderita selama perawatan dan setelah keluar dari ruang isolasi.

Jika seseorang mengalami ruam disertai demam atau sakit, maka mereka harus segera menghubungi fasilitas pelayanan kesehatan setempat. Setiap orang yang memiliki gejala ruam harus segera melaporkan diri kepada fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk memberikan tambahan informasi tentang semua perjalanan terakhir, riwayat kontak seksual, riwayat kontak dengan hewan, dan informasi lainnya yang dibutuhkan



Gambar 1. Ruam penderita *Monkey pox*



dr. Djallaluddin, MKes, PKK, SpPD, KKV, FINASIM
Pakar Epidemiologi, Internist Cardiologist di FK ULM/
RSUD Ulin Banjarmasin

Sindroma Brugada

**Salah satu penyebab kematian dini
karena penyakit jantung**

Sering didapatkan berita ada tokoh muda yang meninggal mendadak di usia muda. Padahal tokoh tersebut dikenal rajin berolah raga. Sehingga menjadi pertanyaan kenapa orang tersebut bisa meninggal mendadak di usia muda? Diketahui 15-20% kematian mendadak di usia muda disebabkan akibat penyakit jantung. Kematian usia muda selain karena serangan jantung bisa karena gangguan irama jantung, yang salah satunya akibat Sindroma Brugada. Irama jantung yang tidak teratur dan cepat (*Ventricular Fibrillation*) terjadi pada 10-20% pasien sindroma Brugada. Sedangkan lebih dari 10% kematian mendadak disebabkan oleh aritmia pada penderita sindroma Brugada.

Sindroma Brugada pertama kali dilaporkan oleh Josep Brugada dan Pedro Brugada dari Spanyol di tahun 1992. Laporan itu disimpulkan dari pengamatan terhadap 8 kematian pada henti jantung mendadak di usia muda. Pada penelitian tersebut didapatkan adanya hubungan antara pola EKG yang khas dan kematian jantung mendadak. Sindroma Brugada (SB) adalah kelainan genetik yang mengakibatkan aktivitas listrik tidak normal di dalam jantung. Sindroma ini meningkatkan risiko irama jantung yang tidak normal dan kematian jantung mendadak. Pengidap sindroma ini dapat mengalami episode pingsan (sinkop). Irama jantung tidak normal pada pengidap sindroma Brugada seringkali terlihat pada saat istirahat. Sindroma ini dapat dipicu oleh demam.

Sindroma Brugada lebih sering terjadi pada lelaki pada usia 40-50 tahun. Penderita Brugada dialami oleh 0,4% penduduk dunia. Penderita sindroma Brugada pada orang Asia lebih tinggi (sekitar 0,9%). Negara dengan rerata penderita Brugada tertinggi adalah Thailand. Kematian mendadak biasanya karena gangguan irama sehingga mengakibatkan irama jantung tidak teratur dan bergetar (fibrilasi atrium).

Sindroma Brugada berisiko mengalami kejadian kematian mendadak terutama pada pasien yang memiliki riwayat keluarga yang mengalami kematian mendadak

pada usia muda (<40 sampai 45 tahun), sinkope tanpa episode prodromal, dan adanya episode gangguan irama jantung tidak teratur hingga ventricular fibrillation. Pasien dengan riwayat keluarga yang mati mendadak, maka risiko gangguan irama jantung sebesar 11 kali lipat untuk terjadinya gangguan irama jantung.

Sindroma Brugada merupakan penyakit bawaan. Penyakit ini karena perubahan genetika pada penderita. Penggunaan obat-obatan tertentu, gangguan elektrolit, demam tinggi, tidur, dan keadaan yang menstimulasi reflek vagal hal tersebut dapat memicu gangguan irama jantung yang berat, pingsan (sinkop), atau kematian mendadak karena jantung pada penderita sindroma Brugada. Manifestasi sindroma Brugada yang paling berbahaya adalah kematian mendadak. Sindroma Brugada kemungkinan besar merupakan penyebab 4% kematian mendadak dan 20% kematian mendadak pada pasien tanpa kelainan struktur jantung.

Beberapa hal dapat meningkatkan terjadinya henti jantung mendadak pada penderita sindroma Brugada, seperti:

1. Pria,
2. Riwayat keluarga dengan kematian mendadak pada usia muda (<40 sampai 45 tahun),
3. Sinkop tanpa episode prodromal,
4. Episode irama jantung tidak teratur dan *ventricular fibrillation*.

Gejala yang timbul pada sindroma Brugada biasanya terjadi pada saat istirahat atau tidur. Beberapa tanda dan gejala yang berhubungan dengan sindroma Brugada antara lain :

1. Fibrilasi ventrikel atau kematian mendadak
2. Pingsan (sinkop)
3. Pernafasan terengah-engah, sesak, kejang yang disebabkan oleh kurangnya oksigen di otak.
4. Jantung berdebar.
5. Nyeri dada.
6. Demam.

7. Tidak ada gejala tetapi dari EKG menunjukkan adanya gambaran sindroma Brugada. Biasanya didapatkan saat checkup.

Pada penderita sindroma Brugada biasanya dari pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan. Pemeriksaan fisik biasanya dilakukan untuk menyingkirkan penyebab gejala yang ada bukan disebabkan oleh penyebab pingsan atau henti jantung yang lain. Seseorang dikatakan sebagai penderita sindroma Brugada adalah bila dari gejala dan tanda yang ada sesuai dengan gejala sindroma Brugada dan dipastikan dari rekaman jantung (EKG).

Selain itu penderita juga dilakukan pemeriksaan yang lain termasuk laboratorium darah, salah satunya bertujuan untuk menyingkirkan kelainan laboratorium yang memberikan gambaran EKG mirip sindroma Brugada. Uji genetika diperlukan untuk dapat membantu untuk mengidentifikasi pasien dengan sindroma Brugada, paling sering pada anggota keluarga dari seseorang dengan sindroma Brugada, tetapi kadang-kadang dilakukan pada orang yang meninggal secara tiba-tiba dan tidak terduga.

Pemeriksaan elektrofisiologi kadang diperlukan. Pemeriksaan dilakukan dengan cara kabel dilewatkan melalui pembuluh darah untuk merangsang dan merekam sinyal listrik dari jantung, kadang-kadang dapat digunakan untuk menilai risiko seseorang dengan sindroma Brugada mengalami irama jantung tidak normal yang berbahaya. Pemantauan EKG terus menerus selama 1 hari atau beberapa hari dapat dilakukan.

Pemeriksaan penunjang yang lain kadang juga diperlukan untuk menyingkirkan penyebab yang lain yang mirip sindroma Brugada. Pemeriksaan tersebut antara lain Ekokardiografi (USG jantung), MRI, CT scan jantung. Pemeriksaan tersebut dilakukan untuk menyingkirkan kelmahan jantung kanan, serangan jantung, radang jantung, kelemahan jantung kiri atau penyebab gangguan irama jantung. Beberapa penyakit memberikan gambaran hampir sama dengan sindroma Brugada. Penyakit tersebut antara lain: serangan jantung, gangguan irama karena kelainan jantung kanan, radang selaput jantung, emboli paru, gangguan karena gangguan aliran darah ke pembuluh jantung, adanya cairan diselaput jantung,

gangguan bilik kanan, penebalan dinding bilik kiri, tumor sekitar jantung, gangguan elektrolit, suhu yang ekstrim dan lain sebagainya.

Sindroma Brugada tidak dapat disembuhkan. Pengelolaan atau perawatan penderita sindroma Brugada terutama ditujukan untuk mengurangi risiko kematian mendadak karena irama jantung tidak normal yang serius. Selain itu dalam mengelola perlu dilakukan pencarian anggota keluarga lain yang mungkin mengalami masalah serupa.

Pada penderita yang berisiko tinggi kematian jantung mendadak maka perlu dipasangkan alat pengejut dan pemacu jantung yang dimasukkan kedalam tubuh penderita (ICD). *Implantable cardioverter-defibrillator* (ICD) merupakan pilihan utama pada pasien SB risiko tinggi, riwayat keluarga dengan henti jantung mendadak. Pada penderita sindroma Brugada tanpa gejala dan tanpa riwayat keluarga dengan henti jantung mendadak cukup dilakukan follow-up dan bila ada aritmia dapat dicoba dengan pengobatan antiaritmia tapi tetap harus hati-hati. Pasien dengan pingsan (sinkop) atau henti jantung dan diduga atau terdiagnosis sindroma Brugada harus dirawat dan dipantau untuk dipastikan perlu atau tidak dipasang alat ICD. Pada penderita sindroma Brugada harus dikendalikan bila menderita demam, bila terjadi gangguan irama suhu tubuh penderita harus segera diturunkan. Penderita juga harus menghindari alkohol.

Pilihan pengobatan lain adalah ablasi kateter frekuensi radio. Tindakan yang dilakukan adalah memasukkan kabel melalui pembuluh darah vena dari kaki ke jantung, atau melalui lubang kecil di bawah tulang dada. Kabel ini digunakan untuk menemukan area jantung yang bertanggung jawab untuk memulai gangguan irama. Ujung salah satu kabel ini digunakan untuk membuat serangkaian luka bakar kecil, dengan sengaja merusak area otot jantung tidak normal yang menyebabkan masalah.

Selain untuk pengelolaan sehari-hari penderita sindroma Brugada juga perlu pengelolaan khusus saat pasien memerlukan operasi non jantung. Pengelolaan tersebut adalah pengelolaan persiapan operasi, pengelolaan saat operasi dan setelah operasi.



Gambar ICD



Pemasangan ICD



Yan Setiawan, S.Kep., Ns. M.Kep
Kepala Seksi Humas dan Informasi

Forum Komunikasi Publik RSUD Ulin Banjarmasin Tahun 2022

Selasa, 28 Juni 2022, bertempat di Aula Auditorium Gedung Ulin Tower lanati 8, RSUD Ulin Banjarmasin mengadakan acara Forum Konsultasi Publik (FKP). Kegiatan ini digelar sesuai dengan UU No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, yang mengamanatkan penyelenggara Pelayanan Publik wajib mengikut sertakan masyarakat sebagai upaya membangun sistem yang adil, transparan, dan akuntabel dalam melaksanakan Forum Konsultasi Publik (FKP).

Peserta dari kegiatan ini dari Ahli atau Praktisi kesehatan, penyelenggaraan kesehatan, tokoh agama dan masyarakat, akademisi, media massa, dan mitra kerjasama RSUD Ulin Banjarmasin. Direktur RSUD Ulin Banjarmasin Dr.dr.Izaak Zoelkarnain Akbar, Sp.OT (K) mengucapkan terima kasih atas masukan-masukannya, dan sekarang manajemen RSUD Ulin Banjarmasin memang sedang berbenah untuk lebih baik lagi dalam pelayanan, penunjang maupun administrasi, dari berbagai pertanyaan, ide, dan masukan tadi akan dimanfaatkan untuk kemajuan RSUD Ulin kedepan. "Ada ide-ide bagus yang akan kita tindak lanjuti, karena RSUD Ulin merupakan rumah sakitnya orang banua jadi harus kita benahi bersama-sama, yang berujung untuk memberikan pelayanan terbaik dengan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien, Kadinkes Kalsel dr. Diauddin. M.Kes menyambut baik kegiatan ini membuktikan bahwa RSUD Ulin punya niat yang tulus untuk melakukan perbaikan pelayanan ke depannya, Apalagi ke depan akan menjadi RS pusat jantung, yang menjadi masalah di Kalsel, jadi nantinya penderita penyakit jantung tidak perlu lagi keluar daerah. Perwakilan Ombudsman, M. Firhansyah mengapresiasi karena RSUD Ulin melibatkan masyarakat atau publik dalam kegiatan ini. Dua poin utama yang bisa dibangun di RSUD Ulin yaitu, bagaimana mencegah mal administrasi layanan publik yang itu menjadi sebuah sinyal agar pelayanan publik bisa prima.

Sebelum ditutup Acara kegiatan tersebut, diadakan penandatanganan Berita Acara oleh peserta FKP yaitu Kepala Keasistenan Pencegahan Mal administrasi

Ombudsman perwakilan Kalsel, Perwakilan Biro Organisasi Prov Kalsel, Perwakilan STIKES Abdi Persada, Perwakilan Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum, Kepala Kecamatan Banjarmasin Tengah, dan Perwakilan Radar Banjarmasin.



Foto. Pembukaan Acara Forum Komunikasi Publik (FKP)

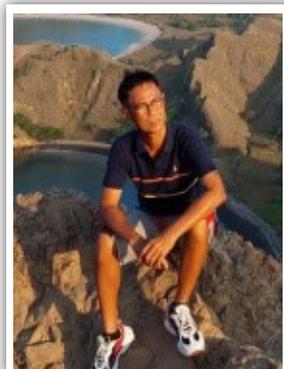


Foto. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan menyambut baik kegiatan FKP



Foto. Peserta FKP dari Praktisi Kesehatan, tokoh agama, masyarakat, akademis, media masda dan Mitra Kerjasama RSUD Ulin

Mengenal Lebih Dekat



dr. Zainuddin Arpandy, Sp.S

Jiwa Butuh Kesehatan Raga yang Terjaga

Banua tentu ingat dengan sosok dokter spesialis saraf satu ini. Putra daerah yang telah mendedikasikan hidup dan keilmuan di Kalimantan Selatan. Ya, dari membaca nama tanpa melihat fotopun sudah terbayang sosok beliau. Karena saat itu, terbilang sedikit jumlah neurolog di kota Banjarmasin.

Bincang santai di Klinik Millenia milik beliau di kawasan Jalan Pramuka Banjarmasin, yang asri dikelilingi pohon bambu membuat pertemuan tak terasa hampir 2 jam. Menguraikan banyak kenangan manis serta keseruan saat berkarya di RSUD Ulin. Memiliki darah asli Kandangan, sebagai anak keenam dari ayah ibu berprofesi sebagai pedagang sembako di Pasar Lima, yang kemudian semua kakak menjadi usahawan dan beliau saja seorang yang berprofesi dokter.

Lahir di kota Banjarmasin, 10 Juni 1958, mengenyam pendidikan dari TK sampai SMA di kota Banjarmasin, melanjutkan pendidikan kedokteran di Universitas Brawijaya Malang lulus tahun 1985. Zai kecil suatu hari, diajak ibunya yang saat itu sakit ke dokter keluarga, dr. Muhlan Ahlam yang kemudian mendekati Zai kecil dan berkata, "Anak ini nanti akan menjadi Dokter". Kalimat tersebut diamini oleh ibu yang kemudian menjadi pemacu semangat Zai kecil untuk mengarahkan langkah menjadi seorang dokter suatu hari kelak. Si Bungsu di tahun 1985 tamat dari pendidikan dokter, langsung ditugaskan di tahun yang sama di Puskesmas Karang Intan Martapura, di sana beliau mengabdikan diri selama 2,5 tahun. Saat prajabatan inilah berjumpa kekasih hati, yang kemudian menjadi istri beliau. Pada tahun 1988 dipindahkan ke kota Banjarmasin sebagai Kepala di Puskesmas Cempaka, di sana beliau mengabdikan selama lima tahun dan terpilih sebagai Dokter Teladan Tingkat Nasional tahun 1990. Tuntutan kondisi dan kesempatan setelah dianugerahi sebagai dokter teladan, semakin meluruskan langkah beliau menjadi seorang dokter spesialis saraf. Tahun 1993 melanjutkan ke FK Unair mengambil pendidikan spesialisasi dan tahun 1997 langsung ditugaskan di RSUD Ulin.

Masuk ke rumah sakit kebanggaan banua, tentu menjadi kebanggaan tersendiri, rumah sakit rujukan yang lebih banyak berhadapan dengan kasus-kasus yang beragam, meski bagi beliau saat itu ibarat masuk "Gua Tanpa Cahaya", karena di masa itu SPO atau standar pelayanan yang tertulis belum ada. Bersama rekan sesama dokter spesialis saraf dr. Oscar, Sp.S, berdua merancang pedoman penatalaksanaan pengobatan di SMF Saraf yang kemudian

menjadi acuan dalam pelayanan khususnya poliklinik, ruangan rawat inap saraf dan standar bagi dokter co-ass yang stase di Neurologi. Utamanya adalah bagaimana dapat memberikan pelayanan terbaik dengan keterbatasan alat canggih kala itu dan bagaimana menjadikan pendidikan kedokteran dapat dilaksanakan semaksimal mungkin.

Pengalaman berbagi waktu dan jadwal dengan rekan yang hanya seorang di kota Banjarmasin, membuat kesibukan dr. Zainudin tak terkira. Semua dijalani dengan senang tuturnya saat ditanya bagaimana tuntutan pekerjaan dengan kondisi tenaga dokter yang sangat terbatas dan pasien yang sangat banyak tetap mampu dijalani. "Sistem evaluasi dan monitoring yang terstandar itu penting, karena jika telah berjalan secara holistic, maka akan memudahkan kita bekerja memfollow up perkembangan setiap pasien yang kita rawat, pasien cepat pulang dalam keadaan sembuh, itu adalah kunci," ungkapnya.

Keseharian dokter dengan empat cucu dari dua anak ini, masih terlihat sangat bugar setelah purnatugas tiga tahun yang lalu, tak berbeda ketika masih aktif bekerja sebagai PNS, setiap pagi rutin berolahraga, dilanjutkan sarapan sehat dengan menakar nasi yang hanya dua sendok makan baik untuk makan pagi, makan siang maupun malam. Lebih banyak mengasup sayuran dibandingkan karbohidrat, asupan buah terpenuhi dengan wajib mengkonsumsi sari buah dua gelas setiap hari. Berenang rutin lima kali dalam seminggu, bersepeda dua kali dalam seminggu diselingi bermain tennis, selebihnya olahraga fisik tetap dilakukan setiap selesai praktek, bebas jam berapapun, pasti melakukan gerakan plank, sit-up dan terkadang treadmill. Cara hidup sehat ini menjadi prilaku dan rutin dilakukan sejak usia 33 tahun.

"Sehatlah untuk diri sendiri, karena hidup itu milik sendiri bukan milik orang lain, maka bertanggungjawablah untuk tetap sehat setidaknya untuk diri sendiri." terdengar sangat individualis tetapi pernyataan ini mengandung filosofi berspektrum luas, justru diperuntukan bagi orang-orang yang kita sayang dan tentu kesehatan fisik sangat membantu dalam pelayanan medis bagi yang membutuhkan.

Bincang santai diakhiri dengan jabat tangan pamit diiringi titipan salam hormat kepada pembaca Ulin News, seluruh rekan sesama profesi dan paramedis yang berkarya di RSUD Ulin, "Berkaryalah tanpa membedakan siapa mereka yang kita rawat, tetap do the best, do first and do smart."

Inisiasi Menyusui Dini (IMD) segera setelah lahir



ASi Eksklusif 0-6 Bulan hanya ASI



MPASI Rumahan Berkualitas bahan lokal mulai 6 Bulan



Lanjutkan ASI hingga 2 tahun atau lebih

