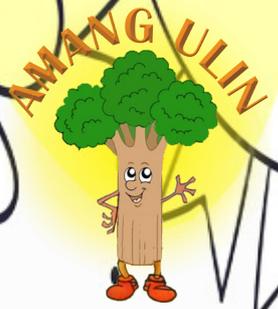


ULIN

Media Informasi RSUD Ulin Banjarmasin



News



MENJAGA IBU HAMIL & JANIN SEHAT CERDAS

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

Pengantar Redaksi



Kehamilan merupakan suatu tahapan istimewa kehidupan seorang manusia sebelum terlahir ke dunia. Proses kehamilan merupakan suatu hal yang luar biasa dan sangat dinantikan serta membahagiakan khususnya bagi pasangan beserta keluarga besarnya. Proses kehamilan yang baik dimulai dengan persiapan yang matang, persiapan dimaksud adalah dari berbagai aspek, yaitu aspek spiritual, psikologis dan kesehatan fisik. Sebelum merencanakan kehamilan sebaiknya seorang calon orang tua telah memiliki persiapan dan kematangan dari berbagai aspek tersebut di atas.

Melalui Ulin News kali ini, kami ingin berbagi melalui berbagai artikel kesehatan yang kami himpun dari berbagai ahli di bidangnya. Kami berharap banyak manfaat yang akan diraih melalui artikel-artikel tersebut. Salam Sehat dari Redaksi Ulin News.

Salam Hangat
Pimpinan Redaksi

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

Daftar Isi

- | | | | |
|---------------|---|---------------|--|
| Hal 2 | Daftar Isi
Pengantar Redaksi | Hal 20 | Sebaiknya Anda Tahu
Dari Dokter Indonesia untuk Indonesia |
| Hal 3 | Ulin Mahabari
Berkenalan dengan Layanan Kateterisasi Otak (<i>Neurointervensi</i>) di RSUD ULIN Banjarmasin | Hal 21 | Album |
| Hal 6 | Laporan Utama
Pertumbuhan Janin Terhambat | Hal 22 | Tips & Trik
Menjadi Pribadi tangguh |
| Hal 9 | Topik Kita
Kebutuhan Gizi Ibu Hamil dan Janin, Nutrisi Apa Saja yang Dibutuhkan? | Hal 24 | Info Medis
Waspada Obat Pencerah Kulit |
| Hal 10 | Preeklamsi : Kenali dan Atasi Segera | Hal 26 | Medika
<i>Kanker Nasofaring</i> |
| Hal 12 | Profil Unit
Instalasi Kebidanan dan Kandungan RSUD Ulin Banjarmasin | Hal 29 | Sosok
dr. Bambang Dwi Putranto, Sp.KFR |
| Hal 14 | Untuk Kita
<i>Basic Cardiac Life Support (BCLS)</i> | Hal 30 | Peristiwa
Serah Terima Jabatan Plt. Direktur RSUD Ulin Banjarmasin |
| Hal 16 | <i>Fasthugs Bid (Metode Tatalaksana Pemantauan Pasien Kritis di Unit Rawat Intensif)</i> | Hal 31 | <i>Capacity Building and Outbound Training</i> RSUD Ulin Banjarmasin |
| Hal 18 | Sains
<i>Endovenous Laser Ablation (EVLA): Terapi Varises dengan Teknik Laser</i> | Hal 32 | Papadah Amang Ulin |

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

Hj. 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

5. Cathrin Ikka Indriyani, SKM.,MM

Konsultan Hukum:

Kabid Hukum & Humas

Bagian Sirkulasi :

Muhammad Syarif

Fotografer :

Agus Supriadi, S.I.Kom

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



dr. Muhammad Welly Daffif, Sp.N, FINA Sub Neurointervensi
Dokter Spesialis Saraf & Ahli Neurologi Intervensi
Staf KSM Ilmu Penyakit Saraf RSUD Ulin Banjarmasin

Berkenalan dengan Layanan Kateterisasi Otak (Neurointervensi) di RSUD ULIN BANJARMASIN

Mungkin sebagian besar dari kita telah mengenal istilah kateterisasi jantung yang layanannya sudah cukup lama tersedia di RSUD Ulin. Namun, sebagian besar dari kita belum pernah mendengar atau belum banyak memahami istilah **kateterisasi otak**. Artikel berikut akan mengajak kita untuk mengenal lebih jauh mengenai layanan **kateterisasi otak** yang ada di RSUD Ulin Banjarmasin.

Apakah Kateterisasi Otak Itu?

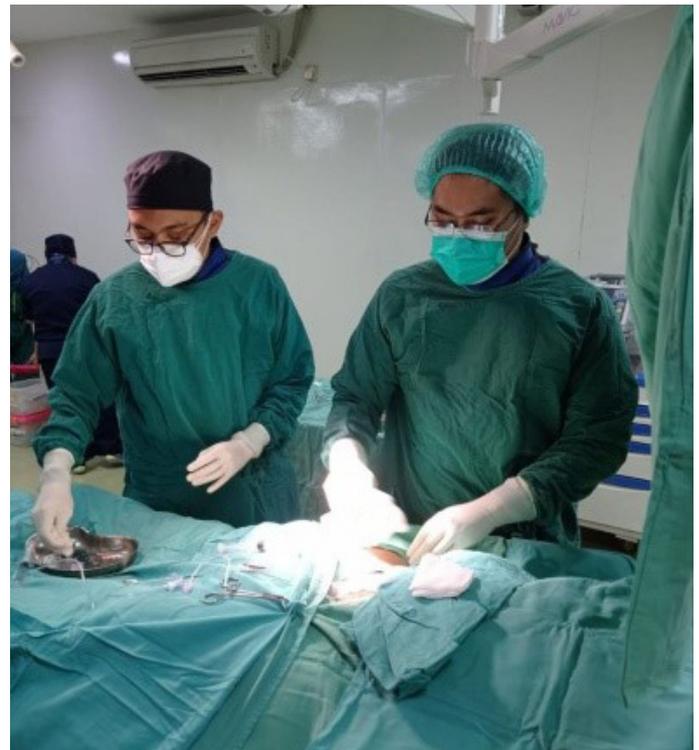
Sebutan kateterisasi otak sebenarnya merupakan istilah awam (dan hanya merupakan salah satu bagian) dari tindakan kedokteran di bidang neurologi-intervensi/neurointervensi. Neurointervensi merupakan cabang subspecialisasi dari bidang neurologi (ilmu yang mendalami tentang syaraf dan otak), yang dalam melakukan pekerjaannya dokter tersebut menggunakan teknologi kateter, alat-alat canggih *neuroimaging*, dilakukan di ruangan khusus kateterisasi (*cath lab*), guna mendiagnosis dan mengobati penyakit-penyakit yang berkaitan dengan sistem saraf dan sistem pembuluh darahnya.

Prosedur neurointervensi dikerjakan dengan menggunakan kateter, yaitu suatu alat kedokteran yang menyerupai selang pipa lentur khusus, dan berukuran sangat kecil dengan diameter kateter tersebut <3mm. Kateter tersebut kemudian dimasukkan kedalam pembuluh darah dari lokasi masuk tertentu (biasanya melalui arteri pangkal paha atau pergelangan tangan), dan kemudian dari sana kateter tersebut diarahkan menuju lokasi pemeriksaan yang diinginkan di dalam pembuluh darah. Semua tindakan kateterisasi ini dilakukan secara *minimally invasive*, artinya dalam proses tindakannya hanya dilakukan sayatan luka kecil, umumnya hanya 2-3 mm, sehingga pasien hanya mengalami nyeri yang minimal dan risiko komplikasi yang jauh lebih kecil jika dibandingkan dengan prosedur operasi terbuka.

Apa Saja Layanan Neurointervensi?

Secara sederhana, layanan neurointervensi dibagi menjadi 2 jenis berdasarkan tujuannya yaitu:

1. Layanan untuk tujuan diagnostik; dan
2. Layanan untuk tujuan pengobatan penyakit (layanan intervensi).



Gambar 1. Proses tindakan neurointervensi. Dapat dilihat kecilnya luas lapangan tindakan prosedur, hanya kurang lebih separuh luas telapak tangan orang dewasa. (Gambar ditampilkan seizin pasien)

1. Layanan Diagnostik / Prosedur Diagnostik

Prosedur diagnostik dibagi menjadi 2, yaitu:

- a. *Cerebral angiography* atau lebih dikenal dengan sebutan DSA otak
- b. *Spinal angiography* yang dikenal juga dengan sebutan DSA spinal

Layanan Diagnostik di bidang neurointervensi bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya suatu penyakit yang ada di otak dan/atau pada *medula spinalis* (sumsum tulang belakang). Pemeriksaan ini merupakan baku emas pilihan terbaik dalam hal mendeteksi adanya suatu penyakit atau kelainan pembuluh darah otak dan sumsum tulang belakang. Jika ditemukan adanya suatu kelainan, data-data yang diperoleh dari prosedur diagnostik inilah yang akan dipergunakan sebagai dasar pertimbangan untuk mempersiapkan prosedur pengobatan atau intervensi selanjutnya. Atau, jika oleh karena suatu dan lain hal prosedur intervensi

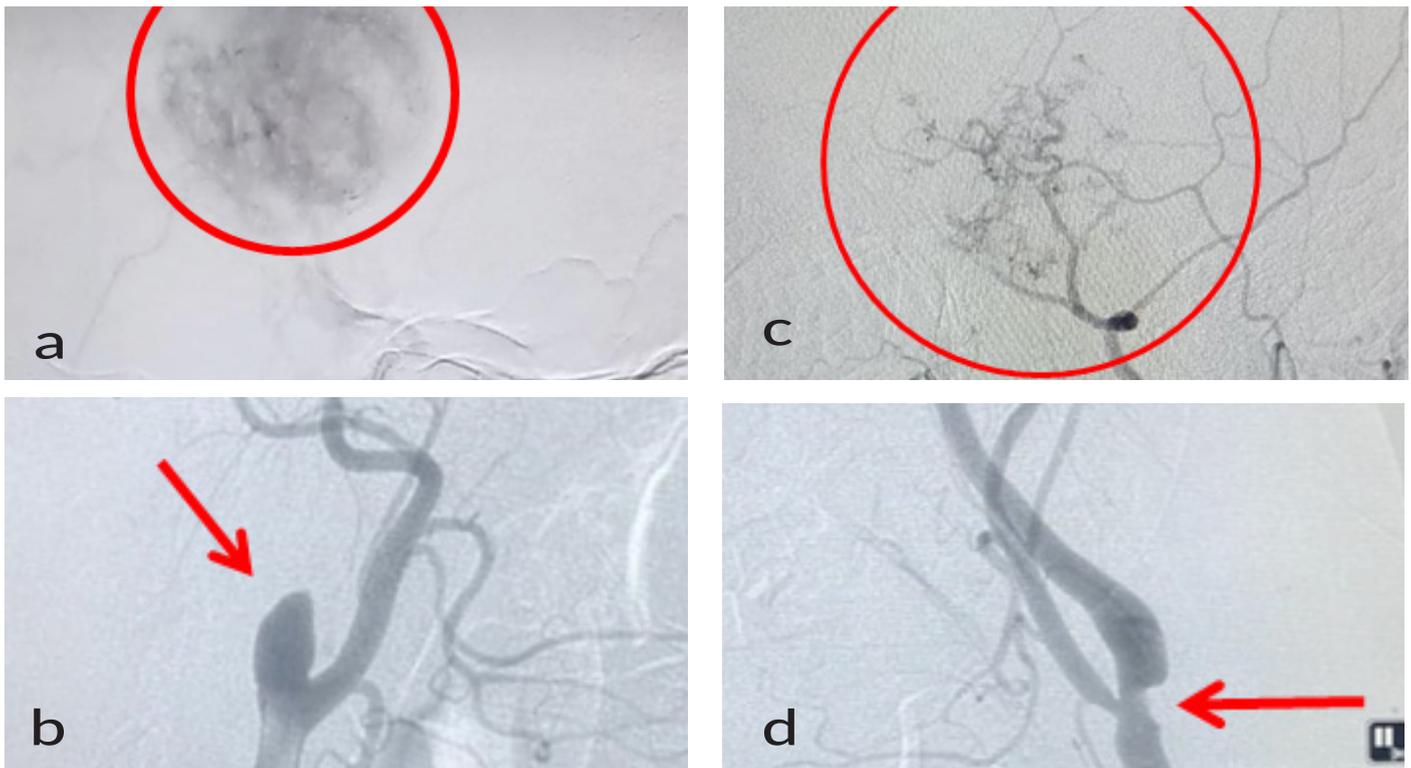
tidak dapat dilakukan, data yang diperoleh ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk memilih terapi obat-obatan yang terbaik bagi pasien. Lantas, siapa saja yang dipertimbangkan untuk dapat dilakukan pemeriksaan DSA?

Sejalan dengan tujuannya, pemeriksaan diagnostik ini dipertimbangkan pada orang-orang yang memiliki risiko tinggi untuk mengalami penyakit pembuluh darah otak dan spinal, antara lain:

a. Orang-orang yang pernah mengalami stroke dengan usia tua atau mengalami stroke pada usia

yang relatif muda (<40 tahun)

- b. Orang-orang dengan nyeri kepala kronis (menahun) dengan kecurigaan suatu tumor atau kelainan pembuluh darah otak
- c. Orang-orang dengan kelumpuhan kedua kaki atau tangan dengan kecurigaan penyebab gangguan adalah kelainan pembuluh darah medulla spinalis
- d. Mimisan yang berulang
- e. Vertigo yang menetap
- f. Kejang berulang, dan lain-lain



Gambar 2. Contoh hasil pemeriksaan diagnostik DSA otak. Keterangan gambar:
a. Tumor otak; b. Sumbatan total pembuluh darah; c. Penyempitan berat pembuluh darah;
d. Pembuluh darah abnormal pada otak (malformasi arterivena) yang mengakibatkan nyeri kepala menahun

2. Layanan Pengobatan/ Prosedur Intervensi

Layanan pengobatan/ Prosedur intervensi bertujuan sebagai tindakan terapi (intervensi) bagi kelainan yang ditemukan, berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan DSA otak dan/atau DSA spinal.

Jenis prosedur intervensi yang dapat dilakukan sangat bervariasi tergantung oleh penyakit yang akan ditangani, beberapa diantaranya adalah:

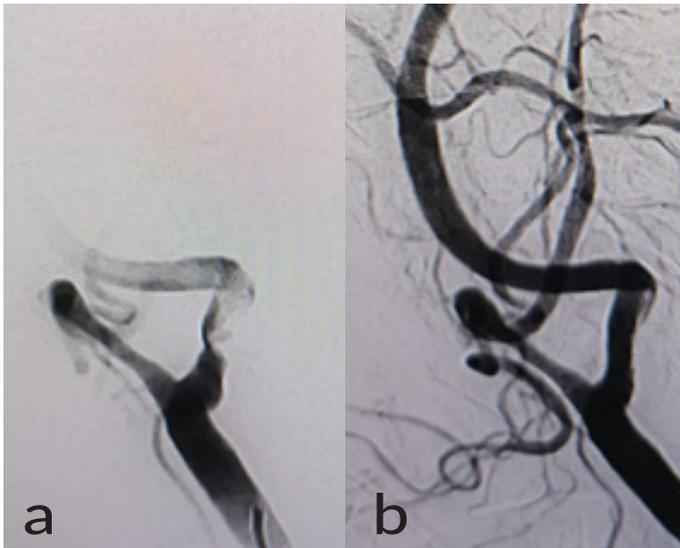
a. Trombolisis pada stroke akut. Yaitu suatu prosedur untuk menghancurkan sumbatan darah yang mengakibatkan stroke dengan memberikan obat penghancur bekuan darah (*Alteplase, tenecteplase, dll*). Pemberian obat dilakukan melalui pembuluh darah tepi (*Intra-vena trombolisis*), ataupun disemprotkan langsung sedekat mungkin pada titik sumbatan (*Intra-arterial trombolisis*) untuk menghancurkan sumbatan darah agar aliran darah kembali mengalir ke otak. Prosedur ini hanya dapat dilakukan jika serangan stroke sumbatan terjadi

< 3 jam.

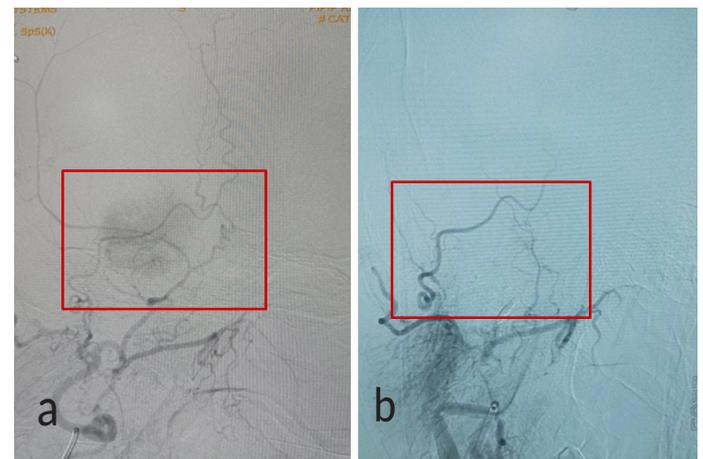
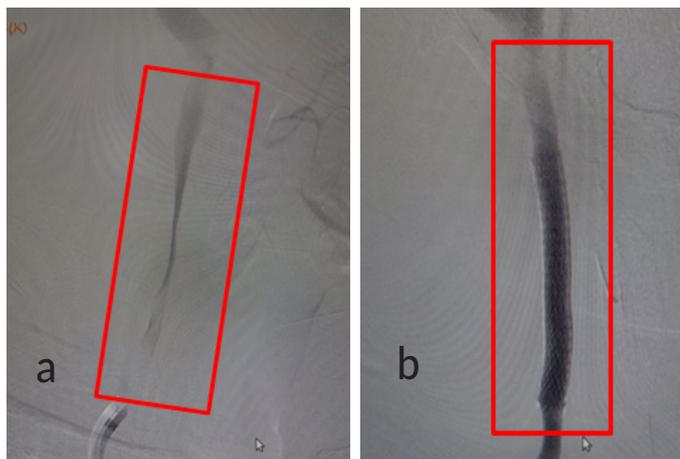
- b. Trombektomi pada stroke akut. Yaitu suatu prosedur untuk mengambil sumbatan darah yang mengakibatkan stroke dengan cara menarik dan/atau menyedot sumbatan darah itu dengan menggunakan kateter dan alat-alat khusus agar aliran darah kembali mengalir ke otak. Prosedur ini hanya dapat dilakukan jika serangan stroke sumbatan terjadi kurang dari 12 jam dan lokasi sumbatan dapat dijangkau dan dilewati oleh kateter yang digunakan.
- c. Pemasangan Stent. Yaitu suatu prosedur intervensi untuk melebarkan penyempitan pembuluh darah dengan menggunakan *stent* (dikenal juga dengan sebutan *ring/cincin*, pada layanan kateterisasi jantung). guna mencegah terjadinya stroke. Penyempitan pembuluh darah yang berat dapat mengakibatkan terjadinya stroke.
- d. Embolisasi tumor. Yaitu suatu prosedur intervensi yang

dilakukan untuk menyumbat pembuluh darah yang memberikan suplai makanan kepada tumor, agar tumor tersebut mengecil atau mati. Bahan yang digunakan untuk menyumbat pembuluh darah disebut dengan embolan. Bahan embolan dapat berupa koil, partikel, glue, onyx, dll

Selain contoh prosedur intervensi di atas, masih banyak jenis prosedur menarik dibidang neurointervensi yang dapat dilakukan, diantaranya: Pemasangan *Coiling*, *Balloon angioplasty*, *Detachable balloon*, Kemoterapi intraarterial otak dan spinal, *Stem cell intraarterial placement*, dan lain-lain.



Gambar 3. Contoh prosedur trombektomi. Keterangan gambar: a. Tampak aliran darah (warna hitam) yang tersumbat akibat stroke; b. Tampak aliran darah telah kembali lancar setelah dilakukan prosedur trombektomi (bandingkan dengan gambar a); c. Tampak bekuan darah penyebab stroke yang berhasil dikeluarkan



Gambar 4. Contoh prosedur pemasangan stent. Keterangan gambar: a. Tampak penyempitan berat pembuluh darah +90%, mengakibatkan aliran darah (warna hitam) yang mengalir sangat menurun; b. Tampak aliran darah telah kembali lancar setelah dilakukan prosedur pemasangan stent (bandingkan dengan gambar a)

Gambar 5. Contoh prosedur embolisasi tumor. Keterangan gambar: a. Tampak suatu tumor yang ditunjukkan dengan gambaran mirip kabut hitam (di dalam kotak merah); b. Tampak gambaran mirip kabut tersebut menghilang setelah dilakukan prosedur embolisasi untuk menyumbat pembuluh darah yang memberi makan tumor tersebut

Penutup

Layanan neurointervensi merupakan jenis layanan yang relatif baru bagi masyarakat Kalimantan Selatan pada umumnya. Di beberapa negara ASEAN seperti Malaysia, Singapura, Vietnam, Thailand, serta kota-kota besar di Pulau Jawa, layanan neurointervensi sudah

bukan merupakan hal yang baru, dan merupakan fasilitas standar dalam menunjang pelayanan di bidang neurologi. Oleh karena itu, dengan adanya layanan ini di RSUD Ulin, diharapkan kualitas layanan di bidang neurologi menjadi jauh meningkat

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. Ruth Widhiati R. Putri, Sp.O.G, Subsp.K.Fm
Staf KSM Obstetri dan Ginekologi RSUD Ulin Banjarmasin

Pertumbuhan Janin Terhambat

Salah satu masalah yang sering dihadapi oleh ibu hamil adalah ketika janin yang dikandungnya mempunyai ukuran dan berat yang kurang, tidak sesuai dengan usia kehamilannya. Janin dengan ukuran dan berat yang kecil tidak sesuai dengan usia kehamilannya secara medis dibedakan menjadi dua yaitu *Small for Gestational Age* (SGA) dimana janin disebut kecil sehat disebabkan oleh faktor genetik (keturunan) dari orang tuanya ataukah suatu kondisi yang disebut *Intra Uterine Growth Restriction* (IUGR) dimana janin kecil abnormal (patologis). Insiden janin kecil lebih banyak pada yang janin kecil sehat atau SGA yaitu 70%. Beberapa hal yang dapat mempengaruhi adalah suku, ras, paritas, berat dan tinggi badan ibu serta jenis kelamin janin. Sedangkan angka kejadian IUGR ini berkisar 3-10%.

Intra Uterine Growth Restriction (IUGR) didefinisikan sebagai kegagalan pertumbuhan janin di dalam rahim ibu untuk mencapai potensial genetiknya. Banyak definisi dikemukakan oleh berbagai institusi dan perkumpulan dalam bidang ini, namun secara umum semua memiliki kesamaan dan disimpulkan bahwa kondisi janin IUGR memiliki ukuran berat yang sangat kurang dan tidak sesuai dengan usia kehamilannya.

Faktor-faktor penyebab IUGR antara lain faktor ibu, faktor plasenta, faktor janin dan faktor lingkungan

1. Faktor Ibu

Ibu hamil yang mengidap penyakit-penyakit seperti hipertensi kronis, penyakit autoimun, preeklamsia, diabetes mellitus, kelainan ginjal, penyakit infeksi dan penyakit-penyakit berat lainnya tentu dapat mempengaruhi pertumbuhan janin. Ibu hamil dengan status gizi kurang hingga buruk; memiliki berat yang kurang serta pertambahan berat selama kehamilan juga kurang; riwayat ibu tersebut saat lahir juga dengan berat lahir kurang sangat berhubungan dengan pertumbuhan yang kurang baik dari janin yang dikandungnya. Hal-hal lain sebagai faktor penyebab adalah ibu yang hamil pada usia sangat muda (dibawah 16 tahun) dimana ibu belum siap secara fisik dan mental untuk hamil sehingga tentunya ibu muda ini belum mengerti dan belum mampu menjaga kehamilannya dengan baik. Ibu hamil yang mengkonsumsi obat-obatan tertentu atau terpapar zat-zat yang bersifat *teratogen* juga dapat menyebabkan terhambatnya pertumbuhan janin.

2. Faktor Plasenta

Plasenta merupakan media penting yang menghubungkan ibu dan janin dengan menyalurkan kebutuhan janin seperti oksigen dan mikronutrisi untuk menunjang pertumbuhan janin. Penyakit-penyakit hipertensi kronis, preeklamsia, diabetes mellitus, kelainan ginjal, dll sering mempengaruhi sirkulasi atau aliran darah dari rahim ke plasenta (*uteroplacental circulation*) dan terjadi disfungsi aliran darah dari plasenta ke janin sehingga transfer nutrisi dari ibu ke janin terganggu. Dengan adanya suplai nutrisi yang menurun pada janin, janin akan mengalami stress dan akan memberikan respon adaptasi yang diawali dengan mengurangi percepatan pertumbuhannya. Pada kondisi ini dokter akan menilai bahwa pertumbuhan janin yang sering ditandai dengan berat janin dan ukuran lingkaran perut terlihat mulai melandai tidak sesuai dengan kurva pertumbuhannya melalui pemeriksaan USG. Jika hal ini segera ditatalaksana dan dilakukan intervensi sesuai penyebabnya kemungkinan kondisi ini dapat diatasi. Namun jika kondisi ini berlangsung terus, selanjutnya janin akan mulai masuk ke fase respon adaptif selanjutnya yaitu *energy saving/energy conservation* dimana janin mulai berusaha menyimpan energinya, menghemat energi yang keluar dengan cara mengurangi gerakannya, serta mengurangi aktifitasnya. Temuan dokter pada tahap ini biasanya dimulai dengan keluhan ibu bahwa gerakan janinnya mulai berkurang dan dikonfirmasi dengan pemeriksaan USG atau kardiotokografi yang akan didapatkan gerakan janin dan reaktifitas denyut jantung janin yang menurun. Jika kondisi ini berlanjut maka akan terjadi kondisi yang disebut *circulation redistribution* yaitu suatu kondisi peningkatan aliran darah lebih diutamakan ke otak, jantung dan adrenal janin serta pengurangan aliran darah ke organ-organ lain seperti ginjal dan usus sebagai akibat terjadinya hipoksemia janin. Kondisi ini disebut *Brain Sparing Effect* dan dapat ditemukan pada pemeriksaan Doppler arus darah melalui USG. Akibat dari penurunan aliran darah ginjal akan didapatkan juga kondisi oligohidramnion yaitu berkurangnya cairan ketuban dan jika kondisi ini terus berlanjut akan memberikan risiko perburuan kondisi hingga kematian janin.

3. Faktor Janin

Janin kecil bisa disebabkan juga oleh faktor janin itu sendiri, dimana terjadi pada janin-janin dengan kelainan kongenital karena kelainan kromosom, janin yang terinfeksi

dari ibunya misalnya infeksi virus dan lain-lain, pada janin yang terpapar obat-obatan tertentu yang dikonsumsi oleh ibunya dan pada janin kembar yang biasanya memiliki ukuran berat lebih kecil dibandingkan janin tunggal.

4. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan yang berperan adalah pada ibu yang tinggal di dataran tinggi disebabkan mengalami hipoksia kronis dan juga ibu yang merokok atau tinggal di lingkungan dengan banyak perokok sehingga ibu tersebut bisa menjadi perokok pasif.

Pada kasus janin kecil karena adanya pertumbuhan terhambat dapat digolongkan menjadi:

1. Janin kecil simetris (*symmetrical IUGR*) dan asimetris (*asymmetrical IUGR*)

IUGR simetris terjadi dimulai fase awal kehamilan biasanya hal ini disebabkan oleh faktor-faktor seperti adanya kelainan kongenital, infeksi janin, faktor plasenta yang abnormal dan masalah aliran pembuluh darah ibu ke janin (*maternal vascular malperfusion*), sedang pada kasus *IUGR* asimetris biasanya disebabkan faktor malnutrisi (masalah gizi).

2. Janin *early IUGR* dan *late IUGR*

Perbedaan *early* dan *late* adalah pada usia kehamilan. Jika terjadi pada usia kehamilan kurang dari 32 minggu masuk pada kategori *early IUGR* dan *late IUGR* pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu. Dengan demikian janin *symmetrical IUGR* dapat masuk kategori *early onset IUGR* dan *asymmetrical IUGR* yang terjadi pada fase hipertrofi dapat masuk kategori *late onset IUGR*.

Gejala yang muncul pada ibu hamil yang sering dikeluhkan pada saat datang ke dokter biasanya adalah ibu merasa perutnya tetap kecil seiring dengan bertambahnya usia kehamilannya. Atau perut dikatakan kecil oleh bidan tidak sesuai dengan usia kehamilannya. Gejala yang lain jika terus berlanjut, biasanya ibu mengeluh gerakan janin kurang aktif. Atau ibu mengeluhkan kondisinya yang sedang sakit (demam, tekanan darah tinggi, dll) disertai temuan dokter pada pemeriksaan selanjutnya seperti *USG* bahwa janin dalam kandungan ukuran atau beratnya tidak sesuai dengan usia kehamilannya.

Untuk mendiagnosis pertumbuhan janin terhambat (*IUGR*) dapat ditegakkan berdasarkan anamnesa (wawancara dengan pasien). Dengan mengetahui usia kehamilan sebenarnya tentu pemantauan pertumbuhan janin akan akurat. Selain data Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) dapat digunakan juga pemeriksaan *USG* trimester I sebagai dasar penentuan usia kehamilan sebenarnya. Jika tidak memungkinkan mungkin harus dikumpulkan data lain seperti, kapan tes kehamilan dinyatakan positif, kapan ibu merasa ada gerakan janin atau berdasarkan pemeriksaan serial *USG* Biometri janin dan beberapa pengukuran serta tanda-tanda pada organ janin lainnya yang bisa dipakai sebagai parameter usia kehamilan.

Untuk pemeriksaan fisik adalah mengukur tinggi rahim ibu bagian fundus yang diukur dari *suprasympysis* (bagian atas tulang kemaluan). Ukuran yang didapat bisa digunakan untuk membantu menentukan perkiraan usia kehamilan. Biasanya pengukuran ini dapat dilakukan pada usia kehamilan mulai 24-26 minggu kehamilan, dengan interval pemeriksaan setiap 2 minggu. Jika tinggi fundus tidak sesuai (misalnya lebih kecil) dari perkiraan usia kehamilan, dapat dicurigai kemungkinan *IUGR* pada janin. Jika demikian pemeriksaan ini harus dikonfirmasi dengan pemeriksaan *USG*.

Pemeriksaan Ultrasonografi meliputi pemeriksaan menentukan usia kehamilan dengan mengukur panjang janin jika pasien datang pada trimester pertama. Pemeriksaan biometri janin yaitu mengukur diameter kepala (*Biparietal Diameter*), lingkaran kepala (*Head Circumference*), lingkaran perut (*Abdominal Circumference*) dan panjang tulang panjang/paha (*Femur Length*) juga dapat dilaksanakan. Dari pemeriksaan ini akan didapatkan rata-rata taksiran berat janin yang akan dikorelasikan apakah sesuai dengan usia kehamilan.

Pemeriksaan *USG* lainnya yang berfungsi untuk memantau janin yaitu pemantauan pertumbuhan janin, pemeriksaan skrining organ janin apakah ada kelainan atau tidak, pemeriksaan air ketuban, apakah jumlahnya cukup, lebih atau sesuai. Pada kondisi *IUGR* yang berat biasanya terdapat kondisi air ketuban yang kurang (*oligoydramnion*) namun bukan tidak mungkin terdapat kondisi *polihydramnion* (air ketuban berlebih) jika ternyata janin yang diperiksa terdapat kelainan kongenital (bawaan), dan pemeriksaan arus darah, dilakukan untuk memantau adanya perubahan arus darah pada *Artery Umbilicalis*, *Artery Cerebri Media*, *Ductus Venosus* dan *Artery Uterina*.

Penatalaksanaan pada janin *IUGR* sangat tergantung dari usia kehamilan saat janin direncanakan dilahirkan. Fasilitas perawatan bayi kecil (*perinatologi*) yang dilengkapi dengan kehadiran dokter anak ahli/ subspesialis Neonatologist serta ruangan *NICU* (*Neonatus Intensive Care Unit*) yang lengkap sangat diperlukan. Tidak semua RS memiliki fasilitas ini, biasanya hanya terdapat pada RS tipe A (*tersier*), sehingga memang kondisi *IUGR* janin jika ditemukan harus segera dirujuk ke RS yang memiliki fasilitas perawatan bayi kecil lengkap. Semakin kecil usia kehamilan saat janin dilahirkan semakin berat dan memerlukan waktu perawatan yang lama dan biaya yang mahal.

Komplikasi pada bayi *IUGR* meliputi jangka pendek, menengah dan jangka panjang antara lain gangguan nafas (*asphyxia*), gangguan penglihatan (*retinopathy of prematurity*), gangguan pencernaan (*necrotizing enterocolitis*), gangguan perkembangan otak dari gangguan kecerdasan sampai *cerebral palsy*, dan dalam pertumbuhannya hingga dewasa menyebabkan gangguan imunitas, sindrom metabolik, gangguan haid (*polycystic ovarian syndrome*), diabetes melitus, gangguan intelektual, depresi, hipertensi, gangguan ginjal, penyakit jantung, keganasan, dll.

Kesimpulan

Janin kecil dalam kandungan yang tidak sesuai dengan usia kehamilannya tidak boleh dianggap remeh, harus dapat dibedakan apakah janin kecil yang dikandung seorang ibu tersebut normal karena faktor genetik saja atautkah janin kecil *abnormal*, karena sedemikian besarnya dampak komplikasi yang dapat terjadi.

Jika tenaga medis di faskes primer mendapati seorang ibu hamil dengan kecurigaan janin kecil, diharapkan segera dirujuk ke faskes yang lebih tinggi agar penatalaksanaan ibu hamil yang dicurigai hamil dengan janin IUGR segera dapat dilakukan. Kehamilan dengan janin IUGR akan memberikan *outcome* yang baik jika dapat diintervensi segera.



Gambar 1. Bayi IUGR vs normal



Gambar 2 dan 3 Bayi IUGR





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

Kebutuhan Gizi Ibu Hamil dan Janin, Nutrisi Apa Saja yang Dibutuhkan?

Pada masa kehamilan, pemenuhan kebutuhan nutrisi perlu diawasi dengan cermat, terutama pada masa-masa awal kehamilan. Trimester satu dan dua dianggap sebagai waktu yang paling krusial untuk pemenuhan nutrisi bagi janin. Dibutuhkan banyak substansi nutrisi dalam rangka pembentukan dan pertumbuhan janin. Janin yang berawal dari zigot membutuhkan banyak zat untuk proses pembentukannya menjadi manusia. Seorang ibu hamil harus mempunyai status gizi yang baik dan mengonsumsi makanan yang beranekaragam baik proporsi maupun jumlahnya. Ibu hamil harus mengonsumsi makanan lebih banyak karena harus memenuhi kebutuhan zat gizi untuk dirinya dan untuk pertumbuhan serta perkembangan janin/bayinya. Bila makanan ibu sehari-hari tidak cukup mengandung zat gizi yang dibutuhkan, maka janin atau bayi akan mengambil persediaan yang ada didalam tubuh ibunya, seperti sel lemak ibu sebagai sumber kalori; zat besi dari simpanan di dalam tubuh ibu sebagai sumber zat besi janin/bayi. Demikian juga beberapa zat gizi tertentu tidak disimpan di dalam tubuh seperti vitamin C dan vitamin B yang banyak terdapat di dalam sayuran dan buah-buahan. Berikut nutrisi penting yang perlu dipenuhi ibu hamil:

1. Folat dan Asam Folat

Folat adalah vitamin B yang berperan penting dalam mencegah cacat tabung saraf pada bayi, yaitu kelainan serius pada otak dan sumsum tulang belakang sedangkan asam folat merupakan bentuk sintesis folat yang dapat ditemukan dalam suplemen dan makanan yang bergizi. Suplemen asam folat sudah terbukti dapat menurunkan risiko kelahiran prematur. *American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG)* merekomendasikan ibu untuk mengonsumsi 600-800 mikrogram folat selama kehamilan. Folat bisa didapat dari hati, kacang-kacangan, telur, sayuran berdaun hijau tua, serta kacang polong.

2. Kalsium

Kalsium merupakan nutrisi penting yang perlu ibu penuhi guna membentuk tulang dan gigi bayi yang kuat juga membantu sistem peredaran darah, otot, dan saraf ibu berjalan dengan normal. Wanita hamil membutuhkan 1000 miligram kalsium yang bisa dibagi dalam dua dosis 500 miligram per hari. Sumber kalsium yang baik bisa ditemukan pada susu, yoghurt, keju, ikan dan *seafood* yang rendah merkuri, seperti salmon, udang, dan ikan lele, tahu yang mengandung kalsium dan sayuran berdaun hijau tua.

3. Vitamin D

Vitamin D membantu membangun tulang dan gigi bayi yang kuat. Ibu hamil membutuhkan asupan vitamin D sebanyak 600 unit internasional (IU) per hari. Ikan berlemak seperti salmon merupakan sumber vitamin D yang baik juga susu dan jus jeruk. Vitamin D juga didapat dari sinar matahari.

4. Protein

Protein bermanfaat untuk memastikan pertumbuhan yang baik dari jaringan dan organ bayi, termasuk otak, membantu pertumbuhan jaringan payudara dan rahim ibu selama kehamilan dan berperan dalam meningkatkan suplai darah ibu, sehingga memungkinkan untuk mengirimkan lebih banyak darah ke bayi. Kebutuhan protein ibu meningkat selama tiap trimester kehamilan. Ibu hamil perlu mengonsumsi sekitar 70-100 gram protein setiap hari, tergantung berat badan dan trimester kehamilan ibu. Sumber protein yang baik contohnya daging sapi tanpa lemak, ayam, ikan salmon, kacang-kacangan, selai kacang dan keju cottage.

5. Zat Besi

Tubuh ibu membutuhkan zat besi untuk membuat hemoglobin, yaitu protein dalam sel darah merah yang bertugas membawa oksigen ke jaringan. Selama kehamilan, ibu membutuhkan asupan zat besi dua kali lipat dari yang dibutuhkan wanita tidak hamil. Tubuh ibu membutuhkan zat besi untuk membuat lebih banyak darah untuk memasok oksigen ke bayi. Bila ibu tidak mendapatkan asupan zat besi yang cukup, ibu akan mengalami anemia defisiensi besi yang dapat menyebabkan ibu menjadi mudah lelah. Anemia defisiensi besi yang parah selama kehamilan juga meningkatkan risiko kelahiran prematur, bayi lahir dengan berat badan yang rendah, dan depresi postpartum. Ibu hamil membutuhkan 27 miligram zat besi sehari. Sumber makanan contohnya daging merah tanpa lemak, unggas, dan ikan.

Bahan makanan yang dihindari dan dibatasi Oleh Ibu Hamil

1. Menghindari makanan yang diawetkan karena kandungan bahan tambahan makanan yang kurang aman
2. Menghindari daging/telur/ikan yang dimasak kurang matang karena mengandung kuman yang berbahaya untuk janin
3. Membatasi kopi dan coklat karena kandungan kafein yang dapat meningkatkan tekanan darah
4. Membatasi makanan yang mengandung energi tinggi dan banyak mengandung gula dan lemak misalnya keripik, cake
5. Membatasi makanan yang mengandung gas contoh nangka, kol, ubi jalar karena dapat menyebabkan keluhan nyeri ulu hati pada ibu hamil
6. Membatasi konsumsi minuman ringan (*soft drink*) karena mengandung energi tinggi yang berakibat pada berat badan ibu hamil meningkat berlebihan dan bayi lahir besar



dr. Muhammad Robyanoor Ahyadi Radam, M.Kes, Sp. OG, Subsp. KFM
Staf KSM Obstetri dan Ginekologi
RSUD Ulin Banjarmasin

Preeklampsia: Kenali dan Atasi Segera

Preeklampsia merupakan salah satu komplikasi medis yang paling sering dalam kehamilan, dan mengenai sekitar 5-15% dari seluruh kehamilan. Di seluruh dunia dilaporkan adanya 50.000 sampai 70.000 kematian tiap tahunnya akibat preeklampsia. Angka kejadian preeklampsia di Indonesia juga bervariasi antara 2,1-8,5% dan menjadi penyumbang penyebab utama kematian ibu sebesar 25% selain dari perdarahan (30%) dan infeksi (12%).

Seiring dengan kemajuan dunia kedokteran, ungkapan preeklampsia sebagai “*the disease of theories*” sudah mengalami banyak perubahan dalam pengertian, penyebab, faktor risiko, klasifikasi, pathogenesis, deteksi dini, diagnosis, pencegahan, pengobatan dan prognosinya. Pada pergantian abad 19 ke 20, teori preeklampsia adalah merupakan kontaminasi racun atau toksin selama kehamilan sehingga muncul istilah toxemia gravidarum (keracunan kehamilan). Kegagalan penempelan plasenta secara sempurna disertai dengan gangguan sistem kekebalan tubuh mengakibatkan munculnya ketidakseimbangan faktor proses terbentuknya pembuluh darah baru (*angiogenik*) dan pro inflamasi kemudian akan menghasilkan stress oksidatif/racun yang menyebabkan cedera pada dinding pembuluh darah di plasenta dan uterus, adalah skenario yang sudah dianut secara luas pada saat ini. Terjadi juga perubahan pada definisi preeklampsia (sebelumnya ditandai dengan gejala trias hipertensi, edema dan proteinuria) yaitu dengan gejala hipertensi dan proteinuria atau gejala serebral, edema paru, gangguan fungsi liver, gangguan fungsi ginjal dan trombositopenia.

Terdapat banyak faktor risiko untuk terjadinya preeklampsia, antara lain:

1. Primigravida, primiparitas
2. Hiperplasentosis, seperti : mola hidatidosa, kehamilan multipel, diabetes mellitus, hidrops fetalis, bayi besar
3. Umur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun
4. Riwayat keluarga pernah preeklampsia atau eklampsia
5. Penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum kehamilan
6. Penyakit autoimun, seperti *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)
7. Obesitas

Preeklampsia mempunyai gambaran klinik bervariasi dan komplikasinya sangat berbahaya pada saat

kehamilan, persalinan dan masa nifas. Preeklampsia terbagi atas preeklampsia (tidak berat) dan preeklampsia berat. Disebut preeklampsia berat apabila ditemukan : Tekanan Darah > 160/110 mmHg; nyeri ulu hati, oliguria; kreatinin serum >1,1 mg/dl; trombositopenia < 100.000 /ul; SGOT/SGPT meningkat > 2 kali nilai normal; pertumbuhan janin terhambat; edema paru; gangguan serebral (nyeri kepala dan gangguan penglihatan).

Komplikasi yang sering terjadi meliputi eklampsia, sindrom *Hemolysis Elevated Liver Enzyme and Low Platelets* (sindrom HELLP), stroke, solusio plasenta, gagal ginjal, payah jantung, dll. Efek utama pada organ vital adalah terjadinya vasospasme arteriola sehingga menyebabkan kegagalan organ secara sistemik.

Preeklampsia juga dibedakan berdasarkan onset kejadian : *Preeklampsia Awitan Dini* (PEAD) jika gejala klinisnya terdiagnosis sebelum usia kehamilan 34 minggu dan *Preeklampsia Awitan Lambat* (PEAL) yaitu jika bermanifestasi pada usia kehamilan > 34 minggu. Pathogenesis PEAD diduga berasal dari gangguan plasenta sedangkan PEAL berasal dari kelainan pada maternal/ibu. Prognosis PEAD lebih buruk dibandingkan PEAL sehingga pengelolaan juga berbeda. Terminasi kehamilan pada PEAD dilakukan lebih aktif dibandingkan PEAL.

Pada saat ini telah ditemukan pemeriksaan biomarker dengan melihat perbedaan rasio *soluble Fms-like tyrosine kinase-1* (sFlt-1) / *Placental Growth Factor* (PLGF) dalam plasma darah ibu, yang menjadi trend selain pemeriksaan Doppler arteri uterina dan arteri ophthalmica, tekanan arteri rata-rata (*Mean Arterial Pressure*) serta faktor risiko sebagai upaya deteksi dini preeklampsia dan mendiagnosis preeklampsia berat di kemudian hari.

Kejadian eklampsia dapat diantisipasi dengan pengelolaan preeklampsia secara adekuat, termasuk terminasi kehamilan, pemberian anti hipertensi dan Magnesium sulfat (MgSO₄) yang tidak hanya sebagai upaya mencegah terjadinya kejang pada ibu dan juga diindikasikan pada ancaman persalinan prematur sebagai perlindungan otak janin untuk mencegah kejadian serebral palsy pada anak.

Pencegahan preeklampsia yang dianjurkan saat ini masih berupa pemberian kalsium dan aspirin dosis rendah sejak kehamilan 16 minggu. Namun demikian penelitian di bidang ini masih terus dilakukan termasuk juga pemberian

anti oksidan, antiinflamasi dan stem sel serta menurunkan kejadian obesitas sebelum kehamilan.

Terdapat kaitan antara kenaikan berat badan yang berlebih/obesitas dengan terjadinya hipertensi. Pada suatu meta analisis didapatkan data penurunan rata-rata tekanan darah sistolik 4,4 mmHg dan tekanan darah diastolik 3,6 mmHg pada penurunan berat badan rata-rata 5,1 kg. Pengurangan berat badan direkomendasikan pada pasien dengan hipertensi disertai obesitas guna mengendalikan faktor risiko metabolik. Penurunan berat badan juga dapat meningkatkan efektifitas obat antihipertensi dan profil risiko kardiovaskular. Penurunan berat badan harus menggunakan saran diet, olahraga teratur, pemberian obat antiobesitas dan konseling motivasi.

Semua ibu hamil dengan hipertensi sebaiknya dipertimbangkan untuk dilakukan terminasi kehamilan secara pervaginam dengan induksi persalinan. Metode persalinan yang dipilih sebaiknya mempertimbangkan usia kehamilan dan keadaan janin, namun tindakan seksio sesarea dapat dilakukan sesuai indikasi. Ibu hamil diharapkan dapat memeriksakan kehamilan secara

Tabel 1. Kriteria diagnosis Preeklampsia.

Kriteria Minimal Preeklampsia	
Hipertensi	:Tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama
Dan	
Protein urin	:Protein urin melebihi 300 mg dalam 24 jam atau tes urin dipstick > positif 1
Jika tidak didapatkan protein urin, hipertensi dapat diikuti salah satu dibawah ini:	
Trombositopeni	:Trombosit < 100.000 / mikroliter
Gangguan ginjal	:Kreatinin serum diatas 1,1 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum dari sebelumnya pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya
Gangguan Liver	:Peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik / regio kanan atas abdomen
Edema Paru	
Gejala Neurologis	:Stroke, nyeri kepala, gangguan visus
Gangguan Sirkulasi Uteroplasenta	:Oligohidramnion, <i>Fetal Growth Restriction (FGR)</i> atau didapatkan adanya <i>absent or reversed end diastolic velocity (ARDV)</i>
Kriteria Preeklampsia berat (diagnosis preeklampsia dipenuhi dan jika didapatkan salah satu kondisi klinis dibawah ini :	
Hipertensi	:Tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama
Trombositopeni	:Trombosit < 100.000 / mikroliter
Gangguan ginjal	:Kreatinin serum diatas 1,1 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum dari sebelumnya pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya
Gangguan Liver	:Peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik / regio kanan atas abdomen
Edema Paru	
Gejala Neurologis	:Stroke, nyeri kepala, gangguan visus
Gangguan Sirkulasi Uteroplasenta	:Oligohidramnion, <i>Fetal Growth Restriction (FGR)</i> atau didapatkan adanya <i>absent or reversed end diastolic velocity (ARDV)</i>

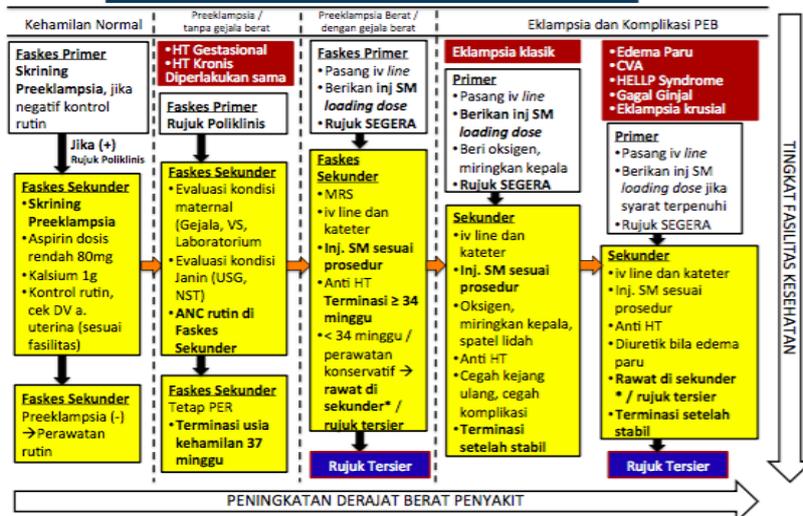
teratur untuk kemungkinan terjadinya preeklampsia. Ibu hamil dengan risiko tinggi harus segera dirujuk ke pusat perawatan. Kewaspadaan terhadap tanda-tanda dan gejala sangatlah penting pada setiap aspek dari pelayanan ibu hamil. Segera setelah terlihat kemungkinan terjadi preeklampsia, rujukan pemeriksaan lanjutan dan monitor dapat membantu ibu hamil mendapatkan perawatan yang seharusnya.

Pada saat ini terungkap pada beberapa penelitian Kohort bahwa kejadian preeklampsia secara jangka panjang berpengaruh terhadap penyakit kardiovaskular pada ibu di kehidupan selanjutnya. Begitu pula pada kejadian pertumbuhan janin terhambat secara jangka panjang sesuai dengan teori Barker berpengaruh terhadap penyakit yang berhubungan dengan metabolisme, seperti diabetes tipe 2, hipertensi kronis dan penyakit kardiovaskular. Dengan demikian pencegahan harus dilakukan untuk mencegah terjadinya preeklampsia atau pertumbuhan janin terhambat karena jangka panjang yang buruk dapat terjadi pada ibu dan janin.

Tabel 2. Skrining pencegahan primer Preeklampsia

Tabel 2. Faktro risiko yang dapat dinilai pada kunjungan antenatal pertama	
Anamnesis:	
■	Umur > 40 tahun
■	Nulipara
■	Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya
■	Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru
■	Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya 10 tahun atau lebih
■	Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan
■	Kehamilan multipel
■	IDDM (Insulin Dependent Diabetes Melitus)
■	Hipertensi kronik
■	Penyakit Ginjal
■	Sindrom antifosfolipid (APS)
■	Kehamilan dengan inseminasi donor sperma, oosit atau embrio
■	Obesitas sebelum hamil
Pemeriksaan fisik:	
■	Indeks masa tubuh > 35
■	Tekanan darah diastolik > 80 mmHg
■	Proteinuria (dipstick >+1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau secara kuantitatif 300 mg/24 jam)

Gambaran Umum Penanganan Preeklampsia





dr. Bambang Abimanyu, Sp.O.G, Subsp.K.Fm
Kepala Instalasi Kebidanan dan
Kandungan RSUD Ulin Banjarmasin

Instalasi Kebidanan dan Kandungan RSUD Ulin Banjarmasin

Instalasi kebidanan dan kandungan adalah struktur organisasi yang menangani kasus seperti persalinan dengan berbagai masalahnya, abortus, hyperemesis gravidarum, kehamilan dengan penyulit berbagai macam penyakit ibu seperti penyakit kardiovaskular, autoimun, penyakit keganasan, dan infeksi. Selain itu juga dengan masalah janin seperti kelainan kongenital, pertumbuhan janin terhambat.

Pada era JKN sekarang ini, Rumah Sakit Daerah Ulin yang merupakan rumah sakit tipe A menjadi pusat rujukan di wilayah Kalimantan Selatan dan Tengah. Pasien yang datang saat ini sebagian besar merupakan pasien rujukan dengan masalah serius. Hal ini menyebabkan jumlah pasien yang datang sudah tersaring, sehingga jumlah pasien yang dilayani di instalasi ini berkurang dari segi jumlah menjadi hanya 60% dibanding sebelum era JKN, tetapi tingkat kesulitan untuk penatalaksanaannya sangat meningkat.

Meningkatnya tingkat kesulitan kasus yang datang mengharuskan usaha yang lebih untuk meningkatkan kemampuan instalasi ini untuk menghadapinya. Instalasi ini yang selalu siap 24 jam tiap hari menyiapkan Tim jaga yang dibagi dalam 2 kelompok dalam sehari, dalam tiap kelompok dipimpin oleh seorang dokter konsulen, dokter residen dengan berbagai tingkatan, bidan, dan dokter muda. Ditunjang dengan peralatan yang sudah sangat mendukung untuk pelayanan kasus-kasus yang ada seperti mesin USG mutakhir, kardiograf, peralatan monitor pasien yang canggih dan lain-lain.

Jumlah tenaga

Jumlah tenaga yang ada di instalasi ini adalah 14 dokter konsulen dengan berbagai bidang subspecialis antara lain fetomaternal, onkologi ginekologi, endokrin dan fertilitas, uroginekologi dan obstetri sosial. Dokter konsulen tersebut siap untuk melakukan tindakan sesuai bidangnya dibantu dengan dokter residen, 26 orang tenaga bidan yang terbagi dalam shift jaga.

Sarana

Ruang Instalasi terletak di lantai 2 gedung IGD terpadu dengan ruangan yang luas terbagi menjadi ruang bersalin fisiologi, ruang bersalin patologi, ruang Tindakan ginekologi, ruang observasi dan isolasi, ruang Tindakan dan USG, ruang pertemuan, ruang konseling, nurse station,

ruang pertemuan, kamar jaga.

Prasarana dan peralatan

Peralatan yang ada pada ruangan tersebut antara lain monitor tanda vital, peralatan diagnostik USG, dan kardiograf. Sarana dan prasarana lain yang sangat berperan pada kemampuan instalasi ini untuk penanganan kasus adalah tata letak gedung yang mendukung dimana instalasi terletak di Gedung IGD terpadu, dimana letaknya sangat dekat dengan instalasi gawat darurat, instalasi perinatologi, ruang bedah, ruang ICU. Keberhasilan kasus kasus obstetri tidak hanya ditentukan oleh satu instalasi kebidanan dan kandungan saja, tetapi memerlukan Kerjasama atau peran dari instalasi yang telah disebutkan diatas. Kasus kasus obstetri yang datang di rumah sakit Ulin sangat berpotensi merupakan kasus yang sangat darurat, yang paling sering adalah syok hipovolemia karena perdarahan pasca persalinan.

PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif)

Rumah Sakit Ulin adalah rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kedaruratan maternal dan neonatal secara komprehensif dan terintegrasi 24 jam sehari 7 hari seminggu dan bertujuan menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB).

PONEK adalah pelayanan yang harus ada di rumah sakit dan termasuk bab penting yang dinilai dalam akreditasi rumah sakit. Ponek yang merupakan bagian bab program nasional yang dalam akreditasi harus mempunyai nilai sempurna, jika tidak rumah sakit tidak akan lulus akreditasi. Upaya pelayanan PONEK adalah :

1. stabilisasi di UGD dan persiapan obat definitive
2. penanganan kasus gawat darurat oleh tim PONEK RS di ruang Tindakan
3. penanganan operatif tepat dan cepat
4. perawatan intensif ibu dan bayi
5. pelayanan asuhan antenatal risiko tinggi.

Bisa dilihat disini instalasi kebidanan dan kandungan tidak bisa bekerja sendiri tetapi memerlukan dukungan dari berbagai instalasi lain, mulai dari IGD, kamar operasi, anestesi, perinatologi (INRIT), Instalasi Transfusi Darah, laboratorium dan lainnya. Setiap instalasi harus bertanggung

jawab untuk meningkatkan dan menjaga kemampuannya dalam pelayanan PONEK ini.

Data pelayanan tahun 2021

1. Jumlah rujukan rata rata perbulan 92 orang dalam

setahun 1108 pasien

2. Jumlah Tindakan partus fisiologis 21, partus patologis 23, ekstraksi vakum 51, seksio cesaria 356.

Foto-foto sarana prasarana dan peralatan



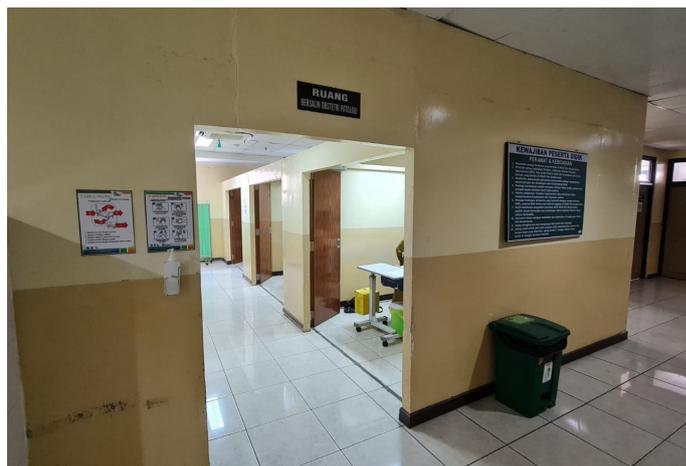
Ultrasonografi (USG)



Cardiotocografi (CTG)



Ruang bersalin fisiologis



Ruang bersalin patologis



Ruang Tindakan ginekologi



Ruang observasi/isolasi



M. Sandi Suwardi, S.Kep, Ns, M.Kes

Staf KFK (Kelompok Fungsional Keperawatan)
Jantung RSUD Ulin Banjarmasin

Basic Cardiac Life Support (BCLS)

Penyakit kardiovaskuler saat ini masih menempati urutan pertama sebagai penyebab kematian di Indonesia. Survei Kesehatan rumah tangga yang dilakukan secara berkala oleh Departemen Kesehatan, salah satu penyakit kardiovaskuler yang paling penting adalah *Infark Miokard Akut (IMA)*. Sebagian besar kematian pada IMA terjadi dalam waktu yang tidak terlalu lama setelah munculnya gejala (fase pra-rumah sakit), bahkan di area Rumah sakit sendiri sering terjadi pasien atau korban serangan jantung atau dianggap mati mendadak, yang oleh masyarakat pasti dituduhkan orang tersebut karena sakit jantung / serangan jantung, walaupun tidak diketahui adanya sakit sebelumnya, atau terjadi pada pasien dengan penyakit lainnya yang sedang dirawat terkena serangan jantung (henti jantung) karena komplikasi atau karena tindakan/ pengobatan, sehingga menyebabkan *shock cardiogenik* dan lain sebagainya. Untuk menurunkan angka kematian akibat penyakit ini perlu segera mengenali gejala dan kesigapan membawa penderita ke fasilitas kesehatan atau meminta bantuan serta kesigapan penanganan memulihkan gangguan sirkulasi tersebut. Maka dari itu petugas kesehatan juga dituntut untuk terlatih menangani penderita dengan penyakit tersebut sesuai dengan strategi penatalaksanaan yang baik, yang mana Penatalaksanaan dasar dalam usaha menyelamatkan gangguan sirkulasi adalah Pelaksanaan "*Basic Cardiac Life Support* " (BCLS), untuk selanjutnya dapat dilakukan penanganan lebih lanjut.

Di era Akreditasi saat ini, tenaga medis dan tenaga kesehatan dituntut untuk selalu meningkatkan kapasitas dan kompetensinya agar mampu memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat. Perawat sebagai tenaga kesehatan paling banyak di Pelayanan kesehatan harus mampu memberikan pelayanan terbaik di setiap situasi, oleh karena itu wajib bagi perawat yang bekerja di pelayanan kesehatan mempunyai kompetensi dalam penanganan pasien kegawatdaruratan kardiovaskuler "*Basic Cardiac Life Support (BCLS)*" yang merupakan kompetensi dasar bagi perawat. BCLS merupakan salah satu pelatihan dasar bagi perawat dalam menangani masalah kegawatdaruratan akibat gangguan kardiovaskuler. Penanganan masalah tersebut ditujukan untuk memberikan bantuan hidup dasar sehingga dapat menyelamatkan nyawa (memulihkan kematian klinis / otak) dan meminimalisir kerusakan organ.

Pelatihan BCLS ini dapat memberikan pengetahuan

dasar dan keterampilan peserta untuk dapat memberikan bantuan sesuai dengan standar dasar keterampilan hidup. Pelatihan ini bisa diikuti oleh pekerja perawatan kesehatan khususnya perawat dan bidan yang bekerja di rumah sakit dan perusahaan kesehatan dan mahasiswa yang tidak bekerja untuk dapat mengobati kasus-kasus darurat penyakit kardiovaskuler seperti serangan jantung (*Acute Miocard Infark*) dan aritmia lethal. Dalam pelatihan ini akan diajarkan penggunaan defibrillator eksternal otomatis, yang merupakan alat dasar dari standar internasional IAS. Pendidikan sangat di tujukan pada perawat baru / generalis maupun mahasiswa Ilmu Keperawatan dan Kebidanan untuk lebih matang dalam memasuki dunia kerja. Pengetahuan dan skill yang berhubungan dengan BCLS adalah salah satu prasyarat yang harus dimiliki oleh seorang perawat, baik yang bekerja di pelayanan kesehatan dalam maupun luar negeri. Dengan diberlakukannya Masyarakat Ekonomi Asian (MEA) mulai tahun 2015, BCLS menjadi syarat mutlak bagi setiap pekerja kesehatan khususnya perawat di berbagai rumah sakit, puskesmas dan perusahaan. Menyertakan sertifikat BCLS sebagai bukti telah mengikuti pelatihan dan memiliki pengetahuan dan skill dalam bidang tersebut sangat menentukan dalam menentukan penerimaan tenaga kerja.

Materi Pelatihan

1. *Introduction And Course Overview*
2. *Chain Of Survival*
3. CPR Dewasa
4. CPR Anak
5. CPR Bayi
6. CPR Pada Keadaan Tertentu
7. *Automatic External Defibrillation (AED)*
8. *Emergency Drug*
9. *Sindrome Coroner Acute*
10. ECG normal
11. *Arythmia Lethal*
12. *Defibrilator & Electrical Therapy*
13. *MEGACODE simulation*

Pelatihan dilaksanakan dengan dukungan alat peraga dan audiovisual. Pelatihan sendiri meliputi teori, praktek dan simulasi dengan berbagai macam contoh kasus yang didesain secara menarik oleh tim instruktur pelatihan dengan kriteria peserta adalah Perawat, Bidan, Mahasiswa Keperawatan, Mahasiswa Kebidanan, dan Dokter Umum. Pelatihan ini dbawah tanggung jawab PERKI maupun INKAVIN dengan Instruktur Pelatihan terdiri dari Dokter Spesialis Jantung, Dokter Umum dan Perawat Jantung

yang berpengalaman dalam penanggulangan penderita gawat darurat kardiovaskular dengan durasi pelatihan 16 Jam Efektif (2 Hari Kerja). Setelah mengikuti pelatihan ini, para peserta diharapkan mampu menangani kasus kegawatdaruratan kardiovaskuler termasuk didalamnya serangan jantung (*Acute Miocard Infark*) dan *arythmia lethal* yang mengancam jiwa (VT/ VF, Asistole/ PEA).

Pelatihan BCLS menekankan bahwa kecepatan dalam Pengenalan gejala ACS /serangan jantung (gambar EKG SKA, gambar artimia maligna), Permintaan bantuan/ *call for help* / EMS, Penanganan pertama di *emergency* departemen dan Evaluasi Treatment untuk mencegah kematian dalam waktu yang cepat. Maka penting untuk dipelajari

Konsep Pelaksanaan BCLaS

bersama konsep ABCD agar perawat dan tenaga medis semakin efektif dalam memberikan pertolongan. Konsep ABCD diantaranya A=*Airway*; B=*Breathing*; C=*Circulation*; D=*Deferibilasi & Disability*. Dimana Penanganan cepat dan tepat, serta peran perawat sangatlah penting pada jam-jam pertama > “*time is muscle*” (untuk menyelamatkan otot jantung, maupun menormalkan listrik yang kacau) maka diperlukan Perawat berada di “*front line*” Kompeten dan Handal dalam hal penatalaksanaan *Basic Cardiac Life Support*. Walaupun bisa dilakukan dengan urutan konsep CAB dimana C=*Circulation*; A=*Airway*; B=*Breathing*; dalam pengkajian cepatnya.

Survey Primer (Oksigenasi darurat)	Transisi	Survey Sekunder (Pemulihan Nadi Spontan)
A = Posisi Jalan napas terbuka Ekstensi Kepala, Topang dagu	A = Gudel , OA, NA	A = Intubasi / ETT, LMA, Combitube
B = Cek napas (-) Bantuan napas	B = Baging + O2 (bantuan ventilasi dasar), Face Mask	B = Validasi ventilasi dari Oksigenasi (ETT nya masuk / tidak: auskultasi)
C = Cek nadi (-) Kompresi luar 100 x/menit	C = Papan punggung (Back Board)	C = Pasang Monitor EKG , IV Line, Obat-obatan untuk memulihkan sirkulasi/ aritmia
D = Bila EKG VF / VT nadi (-) Lakukan Defibrilasi	D = Letakan Paddle DC shock (untuk quick look), Cek Elektroda dan Nilai EKG, Kapan perlu DC shock defibrilasi/ Kardioversi)	D = Defensial Diagnosa (DD), Cari penyebabnya, Stabilisasi

Demikian sedikit informasi bagaimana Penatalaksanaan BCLS dan Pelatihan BCLS agar Para Perawat mampu melakukan tindakan penatalaksanaan bantuan hidup dasar dengan penggunaan AED / Defibrilasi

pada pasien yang mengalami serangan jantung / gangguan kardiovaskuler-pulmonary dengan benar. Semoga Bermanfaat.



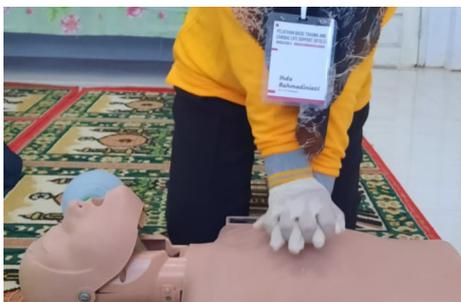
Pelaksanaan Kompresi jantung



Training Pelaksanaan Terapi Listrik (Defibrilasi atau kardioversi)



Pelaksanaan Breathing / Bagging



Kompresi Jantung



BHD (Kompresi Jantung)



Perekaman EKG



Maulana Ridha S. S. Kep., Ners
Perawat Ruang Intensif Care Unit
RSUD Ulin Banjarmasin

FASTHUGS BID

(Metode Tatalaksana Pemantauan Pasien Kritis di Unit Rawat Intensif)

FASTHUGS BID merupakan sebuah metode penatalaksanaan evaluasi berkelanjutan pada pasien yang berada di unit perawatan intensif. Penatalaksanaan ini digunakan secara khusus di unit perawatan intensif (ICU) bertujuan untuk membantu tim medis dalam persiapan untuk evaluasi kondisi pasien, membantu mengidentifikasi dan mencegah kesalahan pengobatan, meningkatkan keselamatan pasien, dan memaksimalkan intervensi terapeutik.

Metode evaluasi ini setidaknya dilakukan minimal 1x sehari selama pasien masih dirawat di ruang intensif. Protokol ini dapat digunakan sebagai informasi yang berkala serta berkelanjutan untuk setiap tim tenaga kesehatan yang berada di unit perawatan intensif.

disarankan diberikan sedini mungkin (24-48 jam) apabila tidak ada kontraindikasi.

Clinical Condition	Rekommended Intake (g/kg/day)
Healthy adult, normal organ fungtion	0,8
Post operative	1,0-1,5
Sepsis	1,2-1,5
Multiple trauma	1,3-1,7
Major burn	1,8-2,5

Source. Guidelines for Protein Intake in Adults
The ASPEN nutrition support practice manual. Silver Spring MD,
1998. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition

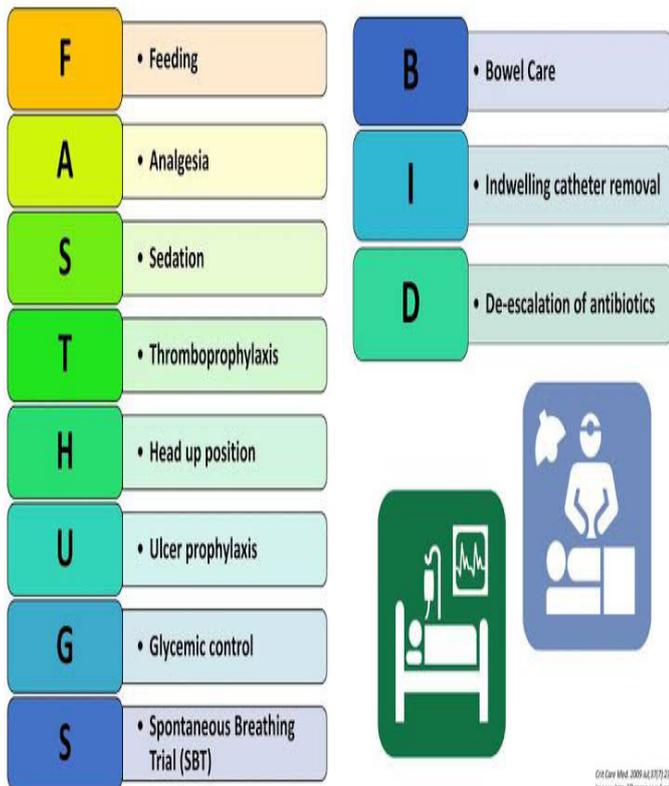
Analgesia

Pasien di ruang perawatan intensif harus diminimalisasi dari rasa nyeri. Pasien sebisa mungkin tidak boleh mengalami nyeri. Rasa nyeri dapat dipengaruhi oleh penyakit yang sudah ada sebelumnya, prosedur invasif, luka traumatik, perangkat monitoring invasif dan non-invasif, perawatan rutin dan imobilitas berkepanjangan. Rangsangan dari rasa nyeri dapat mempengaruhi kondisi pemulihan fisiologis dan psikologis yang mengarah pada kualitas tidur yang tidak memadai, disfungsi paru dan respon stres akut yang dapat bermanifestasi sebagai immunosupresi, hiperkoagulabilitas, katabolisme protein, serta peningkatan konsumsi oksigen miokard.

Sedation

Sedasi adalah penggunaan obat anestesi untuk menghasilkan penurunan tingkat kesadaran, sehingga menimbulkan rasa mengantuk dan menghilangkan rasa cemas tanpa kehilangan komunikasi lisan. Seringkali dikombinasikan dengan obat anti nyeri agar pasien lebih nyaman. Untuk pemantauan sedasi terdapat beberapa skala sedasi yang dapat diukur secara objektif :

- Ramsay Sedation Scale (RSS)
- Sedation Agitation Scale (SAS)



Gambar 1. Metode penatalaksanaan evaluasi berkelanjutan pasien di unit perawatan intensif

Feeding

Malnutrisi dapat mengakibatkan komplikasi dan dapat pula memberikan penurunan kondisi pada pasien kritis. Kebutuhan secara umum, 20- 25 Kcal/kg/hari dan

- *Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)*

Thromboprophylaxis

Penatalaksanaan dalam upaya mencegah terjadinya tromboemboli. Penataksanaan ini menjadi salah satu yang cukup sering dilupakan. Berdasarkan penelitian, pasien yang tidak mendapatkan prophylaxis, risiko terkena DVT sekitar 13-31%. Oleh karena itu, direkomendasikan penggunaan heparin kecuali ditemukan adanya kontraindikasi. Meskipun metode yang efektif masih belum jelas akan tetapi manfaat profilaksis harus dipertimbangkan terhadap risiko komplikasi.

Head Up Position

Sejumlah studi menunjukkan bahwa penggunaan posisi semi fowler 45o dapat menurunkan risiko terjadinya insiden reflux gastroesophageal dan menurunkan angka infeksi nokomial berupa pneumonia.

Ulcer Prophylaxis

Pencegahan stress ulkus adalah penting, terutama untuk pasien yang berisiko pendarahan gastrointestinal. Pemberian obat-obatan gastro protector dapat dilakukan secara rutin untuk melindungi mukosa lambung pasien.

Glucose Control

Pada pasien dengan perawatan intensif penting untuk menjaga kestabilan kadar gula darah dalam batas normal. Berdasarkan penelitian, dengan menjaga kadar gula di bawah 8.3 mmol/L sesuai pedoman *surviving sepsis*, didapatkan 29,3% penurunan kematian dan 10% penurunan hari perawatan yang dibutuhkan di ICU (Krisley, 2003).

Spontaneous Breathing Trial

Penilaian secara berkala merupakan metode yang aman, efektif dan sangat terprediksi untuk menentukan SBT. Penggunaan ventilator yang terlalu lama dapat

meningkatkan risiko terjadinya *Ventilator Associated Pneumonia (VAP)*.

Perlu dipertimbangkan pengurangan bantuan hingga penghentian pemberian terapi oksigen ventilasi mekanik apabila kebutuhan ventilasi pasien adekuat (*weaning oksigenasi*). Hal ini bertujuan untuk mempersingkat kebutuhan ventilasi mekanik sehingga risiko terjadinya infeksi nosokomial dapat diminimalisir dan lama perawatan pasien di ruang intensif dapat dipersingkat.

Bowel Care

Gangguan motilitas gastrointestinal termasuk ileus, konstipasi dan diare merupakan penyakit umum yang dapat ditemukan pada pasien kritis di unit perawatan intensif. Penilaian yang dilakukan secara rutin dan terapi yang digunakan untuk mempertahankan fungsi normal usus harus dilakukan pada semua pasien kritis tanpa terkecuali.

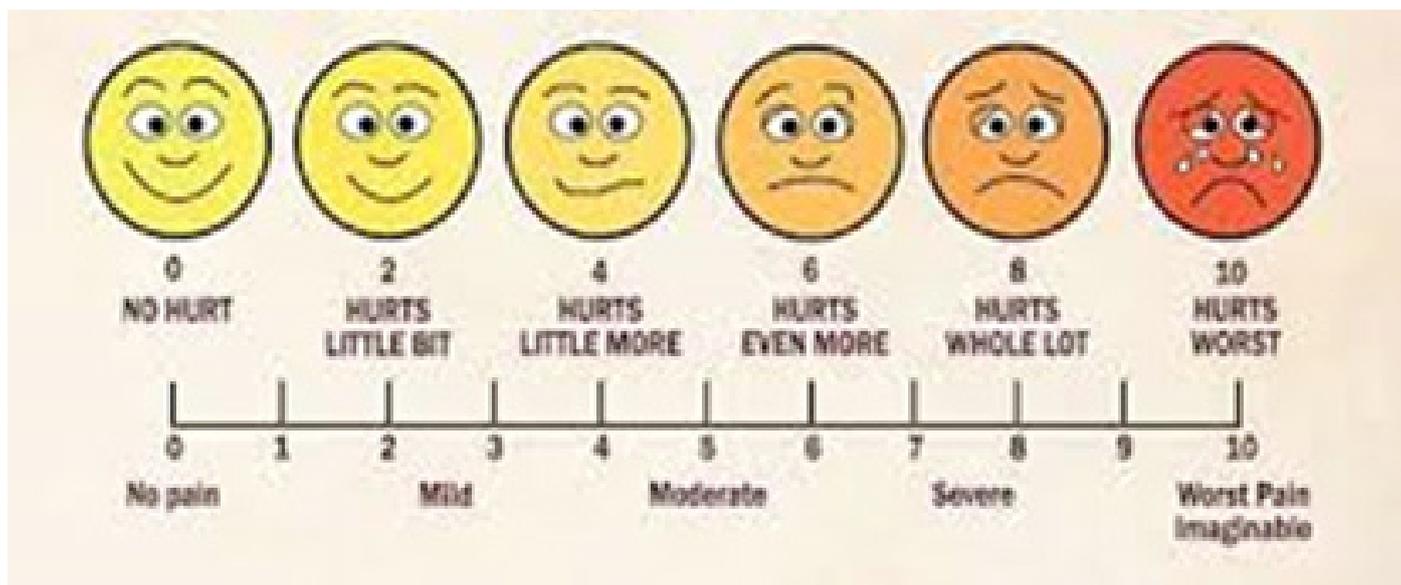
Indwelling Catheter Removal

Adalah evaluasi secara berkala untuk melepas catheter yang terpasang pada pasien apabila sudah minimal indikasi. Kateter yang dimaksud diantaranya merupakan kateter urine, kateter vena central, arteri pulmonalis dan dialisis yang sering kita jumpai pada pasien kritis. Hal ini dikarenakan alat yang menghubungkan (dalam tubuh ke luar tubuh ataupun sebaliknya) meningkatkan risiko terjadinya infeksi. Selain itu diperlukan menjaga kebersihan dan perawatan berkala pada kateter selama terpasang untuk menurunkan risiko timbulnya infeksi.

De-escalation of Antibiotic

Pada pasien rawat intensif secepat mungkin perlu dilakukan untuk pengambilan kultur, agar mendapatkan terapi antibiotik yang sesuai dan optimal. Hal ini bertujuan untuk meminimalkan paparan obat antimicrobial broad-spectrum.

PAIN MEASUREMENT SCALE





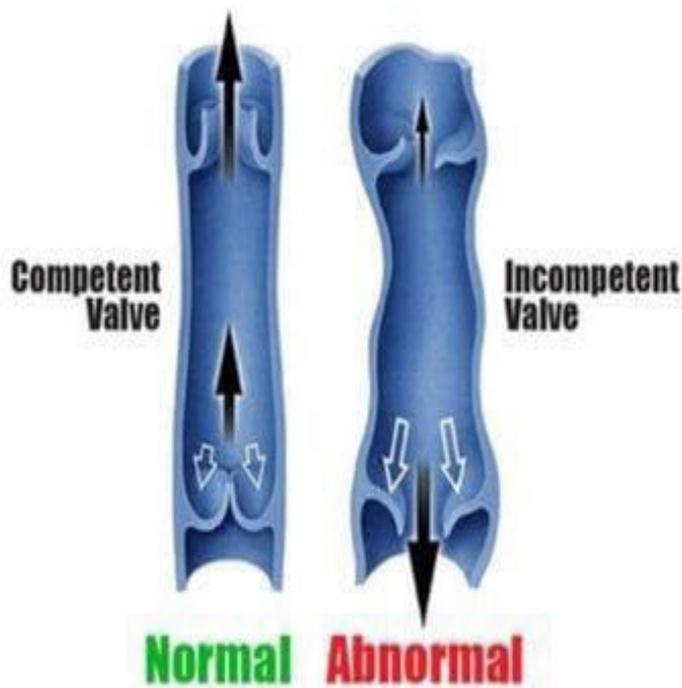
dr. Ahmad Ghozali, Sp.BTKV(K)VE

Divisi Bedah Toraks Kardiak dan Vaskular-Endovaskular
KSM Bedah RSUD Ulin Banjarmasin

Endovenous Laser Ablation (EVLA): Terapi Varises dengan Teknik Laser

EVLA adalah teknik terapi pada varises dengan pemanfaatan energi laser yang dihantarkan secara endovenous dengan menggunakan kateter fiber untuk menghilangkan pembuluh varises. Teknik ini memiliki kelebihan dibandingkan dengan terapi standar pembedahan terbuka dengan melakukan stripping varises. Stripping varises menimbulkan banyaknya sayatan, nyeri dan masa pemulihan yang lebih lama bila dibandingkan dengan teknik EVLA. Bekas luka dengan teknik EVLA umumnya tidak terlihat karena sebesar bekas tusukan jarum introducer yang digunakan untuk memasukkan kateter fiber optik dengan panduan Ultrasonografi (USG).

pada tungkai dan luka pada daerah dekat mata kaki sisi dalam yang sering disebut sebagai gaiter area. Stasis pembuluh juga dapat menyebabkan terjadinya trombosis vena yang dapat memicu thrombosis vena dalam (DVT) maupun emboli paru. Keluhan yang sering disampaikan penderita adalah rasa pegal, bengkak, muncul pembuluh yang berkelok-kelok kebiruan atau luka yang tak kunjung sembuh di daerah mata kaki sisi dalam.



Gambar 1. Pembuluh Vena dengan pelebaran, pemanjangan dan inkompetensi katup vena

Apa itu varises ?

Varises adalah pembesaran dan pelebaran vena yang seringkali diakibatkan ketidakmampuan katup vena untuk mempertahankan aliran darah. Katup vena memiliki fungsi yang sangat penting untuk membuat aliran darah balik vena selalu ke arah jantung. Ketidakmampuan ini menyebabkan aliran vena menjadi lamba (stasis vena), turbulen dan hipertensi vena. Stasis dan hipertensi vena menyebabkan reaksi peradangan, perubahan warna kulit, pembengkakan



Gambar 2. Tungkai dengan Varises yang menonjol dan terlihat dari permukaan kulit

Diagnosis Varises

Diagnosis varises ditegakkan secara klinis dari keluhan pasien dan pemeriksaan fisik. USG menjadi penting untuk menentukan etiologi (penyebab) varises, lokasi apakah vena dalam, vena superfisial atau perforator dan adakah komplikasi lain misalnya DVT. Disamping itu harus digali faktor risiko seperti penggunaan sepatu hak tinggi, penggunaan KB hormonal, kehamilan, obesitas dan aktivitas fisik yang terlalu banyak berdiri dan tidak aktif berjalan kaki



Gambar 3. Klinis Varises vena tungkal dengan Klasifikasi klinis CEAP (Clinical Etiology Anatomy Pathophysiology) dengan C1-6

Pengobatan Varises

Pengobatan varises dapat dilakukan dengan terapi mulai dari modifikasi gaya hidup, terapi obat dan rehabilitasi sampai terapi pembedahan. Pasien dianjurkan berolahraga dengan mengaktifkan fungsi otot tungkai terutama otot gastrocnemius di betis. Menurunkan berat

badan, tidak memakai sepatu hak tinggi dan menggunakan stoking kompresi. Terapi obat dengan golongan MPFF (*micronized purified flavonoid fraction*) seperti ardiurum®. Terapi bedah dapat dipilih mulai dari teknik skleroterapi, ablasi endovenous dengan *glue*, laser dan radiofrekuensi sampai operasi bedah terbuka dengan teknik stripping.



Gambar 4. Tindakan EVLA dengan bantuan USG, tanpa luka sayatan di RSUD Ulin Banjarmasin

Teknik Endovenous Laser Ablasi

Seperti yang disinggung sebelumnya, teknik ini banyak dipilih mengingat komplikasi yang lebih rendah, angka rekanalisasi yang cukup baik dan keluhan klinis yang memuaskan dengan cost yang terjangkau. Teknik ini dilakukan dengan pembiusan baik local maupun regional, memasukkan jarum dan kateter kecil di vena superfisial

dengan panduan USG, pemberian tumescence sepanjang jalur vena dan dilakukan ablasi vena dengan energi panas laser. Proses kegiatan ini dapat memakan waktu sekitar 1 jam mulai proses persiapan dan secara klaim rasional dengan penggunaan fasilitas JKN-BPJS atau asuransi kesehatan lainnya. Pasien dirawat inap 1-2 hari dan selebihnya dilakukan perawatan poliklinik

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



Dr.dr.Pribakti B, SpOG Subsp. Urogin Re

Staf KSM Obstetri dan Ginekologi RSUD Ulin Banjarmasin

Dari Dokter Indonesia untuk Indonesia



Malam sudah larut, namun saya belum selesai menyusun slide presentasi untuk kuliah mahasiswa kedokteran besok pagi. Saya perlu menyiapkan mereka untuk melangkah ke masa depan yang sulit. Saya akan mengajar tata laksana kegawatdaruratan di bidang ilmu kebidanan dan kandungan. Saya bagi 40 slide untuk 50 menit tatap muka itu menjadi empat bagian. Pertama adalah ilustrasi kasus. Kedua adalah diskripsi klinis kegawatdaruratan itu. Ketiga adalah mekanisme patofisiologi yang mendasarinya, dan keempat adalah landasan etik pertolongan pasien gawat darurat tersebut.

Tengah menatap layar laptop, saya merenungi kasus heboh yang menimpa sejumlah dokter Indonesia akhir-akhir ini. Kasus itu adalah kematian seorang pasien pasca operasi bariatrik di Bali Royal Hospital. Cukup banyak dokter yang tersandung kasus mediko legal ini. Keluarga pasien tidak terima dan menuntut rumah sakit. Melalui media sosial dan tik tok yang viral, kasus ini akhirnya ditangani oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI). Singkat kata, dari hasil pemeriksaan dan telaah kasus oleh MKDKI ditemukan ada kelalaian dokter penanggung jawab pasien dan MKDKI memutuskan pencabutan sementara ijin praktek dokter yang merawat pasien tersebut untuk beberapa tahun kedepan.

Apakah kasus kematian itu terjadi karena skala

materialisme dan komersialisasi industri kesehatan telah sampai tingkat demikian tinggi? Ataukah ini akibat mahalny biaya pendidikan dokter umum dan spesialis di Indonesia? Hasil analisa Kompas (29/7/2022), data dari 12 program studi dokter di 30 perguruan tinggi di Indonesia, baik negeri maupun swasta - menunjukkan diperlukan Rp 388,8 juta untuk menyelesaikan jenjang sarjana kedokteran (S.Ked/S-1), belum termasuk pendidikan profesi. Bahkan untuk fakultas kedokteran di perguruan tinggi swasta, biaya yang diperlukan mencapai Rp 688,6 juta, atau Rp 88 juta per semester.

Untuk mengikuti pendidikan spesialis, seorang dokter harus mengeluarkan biaya yang sangat mahal, hingga ratusan juta rupiah dari kantong sendiri. Akibatnya, hanya dokter yang punya dukungan finansial cukup yang bisa melanjutkan pendidikan spesialisasi. Dalam pandangan saya, Mahalnya biaya pendidikan ini bisa menjadi penyebab mengapa semakin banyak praktik kedokteran yang menyalahi disiplin dan etik. Praktik menyimpang itu antara lain diagnosis penyakit dilakukan dengan serampangan, peresapan dan pemeriksaan laboratorium yang tidak rasional, tindakan tanpa indikasi jelas, perawatan pasca tindakan yang semaunya, hingga perselingkuhan dokter dengan perusahaan farmasi. Lalu bagaimana rantai lingkaran setan ini dapat diputus?

Dibutuhkan kehadiran negara dalam hal ini. Sebab dalam sistem pelayanan kesehatan suatu negara yang baik selain memerlukan infrastruktur layanan kesehatan memadai, juga perlu pengadaan sumber daya manusia yang andal. Pendidikan dokter dan dokter spesialis merupakan bagian yang amat penting karena dokter atau dokter spesialis tidak bisa instan, tetapi perlu waktu cukup lama dan biaya yang tak sedikit. Untuk Indonesia disinilah dilemanya. Karena ketika negara ditanya bagaimana perannya selama ini terhadap profesi dokter, baik perlindungan hukum, tunjangan hidup, jaminan kesehatan dan pendidikan untuk keluarganya, bisa dibilang masih minim. Realitanya para dokter Indonesia harus berjuang sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidup dan masa depan keluarganya.

Selain itu, di era perubahan seperti revolusi industri 4.0 dengan keterbukaan informasi yang tidak terbatas saat ini, masyarakat akan memiliki informasi yang cukup untuk mengetahui kondisi kesehatannya sehingga gap pengetahuan antara dokter dan masyarakat akan semakin

sempit. Oleh karena itu jika tetap menjadi dokter dengan konsep yang sama di zaman yang telah berlalu, maka profesionalitas dokter dan kepercayaan masyarakat akan menurun, untuk itu konsep "lifelong learning" benar-benar harus dihayati dan disiapkan oleh seorang dokter. Ini penting karena kalau dulu dokter lebih dominan dan pasien menerima apa yang dilakukan dokter, namun sekarang hubungan dokter dan pasien hanyalah bersifat kontraktual.

Harus diakui, dalam sejarah profesi kedokteran sejak Indonesia merdeka tidak pernah mengalami masa sesulit sekarang ini. Ruang gerak profesi dokter menjadi sempit bahkan sempit sekali. Ratusan pasal undang-undang dan keputusan menteri menata setiap lekuk kelok gerak profesi dokter, seolah ladang ranjau. Dari keterbatasan kewenangan ijazah, keterbatasan tempat praktek, keterbatasan kewenangan klinis, sampai ancaman denda, ganti rugi tak terbatas bahkan kurungan penjara untuk sesuatu hasil pengobatan yang tidak memuaskan pasien atau keluarganya.

Maka ketika slide saya sudah lengkap 40, timbul rasa was-was dalam hati. Berhasilkah saya memberi para mahasiswa kedokteran bekal intelektual yang hebat? Memang dengan bedside teaching, mereka akan menjadi dokter yang terampil. Namun, mana dan seberapa lama jatah jam kuliah untuk menjamin mereka ketika jadi dokter untuk tetap bersikap bijak, penuh empati, beretika dan berbudi luhur terhadap kesehatan bangsanya?

Untuk itu, saya ganti 10 slide terakhir kuliah saya dengan memasukkan sumpah profesi luhur dokter "saya akan mengutamakan kesehatan penderita". Slide terakhir ini saya tutup dengan *Take Home Massage* untuk mereka calon pengganti saya nantinya. Menjadi dokter adalah sebuah pilihan hidup yang memiliki tujuan mulia serta mengedepankan rasa kemanusiaan. Jadilah dokter yang luhur budinya. Ikhlas pengabdianya, sekalipun hal itu tidak menjamin kesejahteraan dokter Indonesia dan kebal tuntutan mediko-legal. Tetaplah berbuat kebaikan sebesar-besarnya untuk bangsa ini.

Album



Proctorship Endourologi In Urolithiasis Managemen di RSUD Ulin Banjarmasin, 13 April 2023



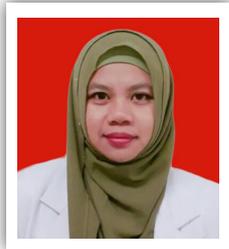
RSUD Ulin berpartisipasi pada Haulan Datu Kalampayan ke 217, 27 April 2023



Pelatihan Farmakovigilans "Pengembangan Sistem Farmakovigilans Untuk Keamanan Penggunaan Obat Pasien Lansia Rawat Inap", 2 Mei 2023



Rapat Pengarahan Persiapan Kunjungan telusur Asesor Tim Akreditasi Profesi Kedokteran FK ULM, 3 Mei 2023



dr. Yanti Fitria, Sp.KJ
KSM/ Dept. Ilmu Kedokteran Jiwa
RSUD Ulin Banjarmasin

Menjadi Pribadi Tangguh



Setiap saat kita berhadapan dengan hal yang sesuai dan tidak sesuai dengan keinginan dan harapan kita, mulai dari masa kanak-kanak hingga akhir hayat. Terlebih pada masa sekarang, permasalahan yang dihadapi manusia semakin kompleks mulai dari permasalahan individu, keluarga, masyarakat sampai permasalahan dunia secara global. Serta waktu timbulnya permasalahan sering tidak mampu diprediksi. Ada orang yang mudah mengeluh dan mudah menyerah dalam menghadapi tekanan kehidupan. Ada pula yang begitu tegar, optimis, dan memandang tekanan hidup sebagai tantangan yang dapat dihadapi.

Individu yang dapat bertahan ini dalam bahasa psikologi disebut memiliki kepribadian tangguh/ tahan banting (*hardiness personality*). Sedangkan individu yang memiliki karakteristik kepribadian ini disebut sebagai individu tangguh/ tahan banting (*hardy person*).

Karakteristik Kepribadian Tangguh

Kepribadian (*personality*) diartikan sebagai corakan yang khas dan menetap pada seorang individu yang dipakainya untuk menghadapi masalah dan beradaptasi terhadap perubahan hidup. Kepribadian tangguh (*hardiness personality*) adalah karakteristik kepribadian yang melibatkan kemampuan untuk mengendalikan kejadian-kejadian yang tidak menyenangkan dan memberikan makna positif terhadap kejadian tersebut sehingga tidak menimbulkan stres negatif pada individu yang bersangkutan.

Ketangguhan (*Hardiness*) melibatkan kemampuan secara sudut pandang mengubah stressor yang negatif

menjadi tantangan yang positif. Individu tangguh akan mengurangi pengaruh kejadian-kejadian hidup yang mencekam dengan meningkatkan penggunaan strategi penyesuaian antara lain dengan menggunakan sumber-sumber sosial yang ada di lingkungannya untuk dijadikan tameng, motivasi, dan dukungan dalam menghadapi masalah ketegangan yang dihadapinya dan akhirnya dapat memberikan kesuksesan. Individu tangguh percaya bahwa mereka dapat mengontrol atau mempengaruhi kejadian-kejadian dalam hidupnya. Individu tangguh secara mendalam berkomitmen terhadap pekerjaannya dan aktivitas-aktivitas yang mereka senangi, dan mereka memandang perubahan sebagai sesuatu yang menarik dan menantang daripada sebagai sesuatu yang mengancam.

Saat menghadapi kondisi yang menekan, individu tangguh juga akan mengalami stres atau tekanan, namun individu dengan tipe kepribadian tangguh dapat menyikapi secara positif keadaan tidak menyenangkan tadi agar dapat menimbulkan kenyamanan melalui cara-cara yang sehat. Dengan kata lain, individu yang mempunyai kepribadian tangguh tidak akan mudah melarikan diri dan menarik diri dari kondisi yang dianggap mengancam dirinya.

Dimensi Kepribadian Tangguh

a. Komitmen vs Keterasingan komitmen (*Commitment vs Alienation Commitment*)

Komitmen adalah kecenderungan individu untuk melibatkan diri kedalam apapun yang dilakukan individu. Individu yang mempunyai komitmen, mempunyai kepercayaan yang dapat mengurangi ancaman yang dapat dirasakan dari peristiwa-peristiwa yang menimbulkan stress sedangkan individu dengan keterasingan komitmen akan mudah merasa bosan atau merasa tidak berarti, menarik diri dari tugas yang harus dikerjakan dan lebih suka menghindari dari berbagai aktifitas. Individu yang memiliki keterasingan komitmen akan menilai kejadian yang menimbulkan stress sebagai sesuatu yang sulit ditahan namun juga tidak dapat diperbaiki.

b. Kontrol vs Ketidakberdayaan (*Control vs Powerlessness*)

Kontrol adalah kecenderungan untuk merasa dan bertindak seolah-olah berpengaruh dalam menghadapi peristiwa kehidupan yang bervariasi. Kontrol adalah keyakinan dalam kemampuan seseorang

untuk mempengaruhi jalannya peristiwa. Kontrol yang muncul pada individu dalam bentuk kemampuan untuk mengendalikan diantara beragam tindakan yang dapat diambil sedangkan ketidakberdayaan adalah perasaan pasif dan akan selalu disakiti oleh hal-hal yang tidak dapat dikendalikan dan kurang memiliki inisiatif serta kurang dapat merasakan adanya sumber dalam dirinya, sehingga individu merasa tidak berdaya jika menghadapi hal-hal yang dapat menimbulkan ketegangan maupun tekanan.

c. Tantangan vs Terancam (*Challenge vs Threatened*)

Tantangan adalah meyakini perubahan dari keseimbangan yang dianggap normal dalam kehidupan seseorang dan mengantisipasi perubahan untuk pertumbuhan daripada sebagai ancaman terhadap keamanan. Memiliki keluwesan berpikir menjadikan individu terlatih untuk merespon kejadian yang tidak terduga sebagai suatu masalah atau tantangan yang perlu diatasi. Individu memandang hidup sebagai suatu tantangan yang menyenangkan. Sedangkan keterancam membuat individu menganggap suatu tantangan sebagai hal yang mengancam dalam hidupnya.

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepribadian Tangguh

a. Penguasaan pengalaman (*Mastery Experience*)

Dengan banyaknya pengalaman, individu mampu berbuat sesuatu untuk mempengaruhi suatu peristiwa yang dialami individu. Memiliki pengalaman menguji kemampuan, sejauh mana individu mampu menghadapi kesulitan dan memecahkan masalah, menguji daya tahan dan ketabahannya untuk menderita: kelaparan, kesakitan, ketakutan, dan kemalangan. Pengalaman-pengalaman ujian seperti itu dapat ikut mampu mengembangkan ketangguhan pribadi.

b. Perasaan yang positif (*Feeling of positivity*)

Perasaan yang positif akan memberikan kesempatan untuk penguasaan pengalaman. Perasaan positif akan memberikan persepsi diri yang positif, akan membuat individu untuk melihat dirinya sebagai seorang yang dicintai dan berharga, merasa bagian dari orang lain, memberikan dasar yang aman untuk eksplorasi dunia.



c. Gaya pengasuhan (*Parental explanatory style*)

Individu yang memiliki gaya pengasuhan dari keluarga yang mampu mengontrol dengan baik suatu permasalahan dalam kehidupan mereka akan membuat individu menyesuaikan gaya pengasuhan orang tua mereka untuk mampu menjadi pribadi yang tangguh.

d. Hubungan yang mendukung (*Supportive relationship*)

Memiliki hubungan yang saling mendukung untuk mendapatkan dukungan dari lingkungan sekitar baik dalam menghadapi permasalahan yang terjadi maupun pada saat mengerjakan suatu pekerjaan.

e. Kontribusi aktivitas (*Contributory activities*)

Sesuatu hal nyata yang dilakukan dapat menjadikan individu berkomitmen dengan suatu pekerjaannya dan merasa memiliki kontribusi pada aktivitas yang dilakukan.

f. Kemampuan sosial (*Social skill*)

Individu yang memiliki kemampuan dalam bersosialisasi dengan orang disekitarnya membuat individu merasa mampu dan memiliki dukungan dalam menghadapi tantangan

g. Kesempatan untuk tumbuh dan berkembang (*Opportunity for growth*)

Memiliki pribadi yang mau menghadapi berbagai tantangan yang dialami membuat individu memiliki kesempatan untuk semakin berkembang dengan berbagai hal yang dilakukannya.

Menjadi Pribadi Tangguh

Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mengembangkan pribadi yang tangguh antara lain :

- a. Meningkatkan keimanan
- b. Menyusun rencana yang realistis
- c. Percaya pada kemampuan diri sendiri
- d. Mengendalikan emosi
- e. Menjalin hubungan baik dengan orang lain
- f. Belajar asertif
- g. Bentuklah pola pikir yang tangguh
- h. Tetap berusaha dan berdoa





dr. Sukses Hadi, SpKK, FINS DV, FAADV
Departemen/KSM IK Kulit dan Kelamin RSUD Ulin
Banjarmasin

Waspada! Obat-Obat Pencerah Kulit

Kulit merupakan organ tubuh terluar yang melindungi kita dari kuman dan mengandung pigmen melanin yang diproduksi oleh sel melanosit melalui serangkaian proses yang melibatkan enzim tirosinase. Jenis, jumlah dan distribusi melanin akan menentukan warna kulit.

Produk krim yang mengandung obat pemutih kulit mulai populer sejak 30 tahun terakhir, terutama pada masyarakat dengan kulit berwarna yaitu penduduk asia dan afrika. Produk ini dipakai secara luas baik oleh remaja atau dewasa, belum atau sudah kawin dan bahkan yang berpendidikan rendah ataupun tinggi. Selain memang sebagian besar digunakan oleh wanita, akhir akhir ini laki-laki pun mulai menggunakannya. Demikian juga kecenderungan beralih produk satu ke yang lainnya sangat tinggi khususnya apabila tak memenuhi harapannya. Persepsi masyarakat menunjukkan bahwa mereka yang berkulit cerah akan tampak lebih cantik sehingga lebih mudah mendapat pekerjaan atau jodoh. Masyarakat terpengaruh budaya barat yang membuat wanita dan juga pria kurang percaya diri dengan keadaan kulitnya yang berwarna gelap.

Dalam prakteknya dokter spesialis kulit sering memakai produk pemutih atau pencerah untuk mengobati melasma (flek wajah) dan bercak kehitaman kulit lain dengan berbagai sebab dengan menghambat pembentukan pigmen melanin. Saat ini ada kecenderungan pemakaian krim yang mengandung obat pemutih yang dipakai untuk meningkatkan penampilan agar kulit menjadi lebih cerah/putih melalui penurunan jumlah melanin normal kulit. Obat pemutih yang sering dipakai untuk keperluan ini adalah hidrokuinon, steroid topikal, mercury, asam kojik, asam alfa hidroksi dan berbagai produk dari tumbuhan seperti arbutin. Bahaya dari produk ini tergantung dari bahan yang dioleskan ke kulit, jumlah dan konsentrasinya dan lama pemakaian. Efek pencerahan kulit didapat dengan cara destruksi melanosit, penurunan produksi atau peningkatan degradasi melanosom dan menghambat sintesis melanin dengan menghambat kerja enzim tirosinase. Tak semua obat pemutih tersebut berbahaya dalam pemakaian, berikut bahan yang memerlukan perhatian pada pemakaiannya.

Hidrokuinon merupakan bahan pemutih kulit yang paling efektif. Dipasarkan sebagai obat bebas terbatas pada konsentrasi 2% dan dapat diresepkan oleh dokter

spesialis kulit pada konsentrasi 4%. Efek samping yang sering terjadi segera setelah pemakaian adalah alergi atau iritasi. Iritasi dan alergi ini justru kadang malah menyebabkan bercak kehitaman apabila banyak terpapar matahari. Efek jangka panjang dari pemakaian mungkin akan menyebabkan kehitaman pada kuku, kelopak dan bola mata. Saat ini banyak beredar produk pemutih yang mengandung hidrokuinon yang dipasarkan sebagai produk kosmetik pemutih wajah dan dijual secara bebas secara daring atau di toko-toko kosmetik dengan konsentrasi diatas 2% dan bahkan dari laporan beberapa pegiat sosial ditemukan pada konsentrasi diatas 5% (pada beberapa produk yang terkenal dan aktif beriklan) yang mana apabila dipakai jangka panjang akan menimbulkan efek samping okronosis (warna biru hitam pada kulit wajah). Okronosis yang timbul bersifat menetap dan sampai saat ini belum ada metode yang efektif untuk menanganinya.



Gambar 1 : Dermatitis kontak iritan setelah menggunakan krim pemutih

Merkuri (raksa) sering disalah gunakan sebagai bahan pemutih kulit yang dalam bentuk *mercuric iodide* yang menghambat pembentukan melanin dengan cara kompetisi dengan copper (tembaga) dari enzim tirosinase dan digunakan dalam bentuk krim dan sabun. Dalam krim pemutih kulit yang mengadung merkuri sering tertulis pada label sebagai *mercurous chloride*, *calomel*, *ammoniated mercury*, *Hg*, *quicksilver*, *hydrargyri oxidum rubrum*, *mercuric*, *mercurio*, atau mercury. Masalahnya adalah sebagian besar produk yang mengandung merkuri sering tak mencantumkan kandungannya dilabel obat atau kosmetik. Kandungan yang masih diperbolehkan adalah 1

mg/kg, dan produk krim pemutih yang baik tak ada yang mengandung merkuri.

Penggunaan merkuri dalam bentuk obat atau kosmetik dalam jangka panjang sangat tidak dianjurkan. Ditemukan peningkatan kadar merkuri pada masyarakat pengguna krim pemutih tak berlabel yang dijual online atau di toko secara bebas. Paparan merkuri yang lama dapat menyebabkan akumulasi di dalam sel tubuh pengguna dan dapat merusak ginjal dan sistem saraf pusat yang permanen, gangguan psikis, kecacatan bayi dan bahkan dapat mengakhibatkan kematian.

Salep kortikosteroid adalah bahan antiinflamasi yang berguna dalam pengobatan berbagai kelainan inflamasi/peradangan kulit. Obat ini juga sering disalahgunakan sebagai bahan pemutih atau pencerah kulit dengan cara kerjanya akan menyebabkan vasokonstriksi (penyempitan) pembuluh darah kulit dan selanjutnya akan menurunkan pigmen melanin. Kandungan yang sering dipakai secara luas adalah betametason valerat, dan klobetasol propionate. Penggunaan jangka panjang (lebih dari 3 minggu) kortikosteroid topikal potensi kuat atau sangat kuat pada daerah kulit wajah justru akan menimbulkan banyak efek samping diantaranya jerawat terutama pada daerah sekitar mulut, rambut kulit menjadi tebal dan kasar (hipertrikosis), munculnya pembesaran pembuluh darah pada kulit wajah dan menutupi infeksi jamur sehingga sulit didiagnosis dokter.

Penggunaan secara luas sebagai salep pemutih akhir-akhir ini banyak dijumpai pada masyarakat di Kalimantan Selatan (dikenal sebagai *hand body* pemutih dari arab). Efek kulit yang segera putih dari penggunaan *hand body* ini sebenarnya merupakan salah satu efek samping dari kortikosteroid topikal potensi kuat atau sangat kuat. Munculnya efek samping kulit yang lebih putih ini akan segera diikuti efek samping lain dari obat ini yaitu munculnya kelainan yang menyerupai jerawat badan dan yang paling tidak diinginkan adalah terjadinya efek samping berupa striae atrofikum yaitu kulit akan tampak pecah-pecah. Kelainan ini bersifat permanen dan secara visual sangat tidak diharapkan.



Gambar 2: Perioral dermatitis, karena kandungan steroid pada krim pemutih

Produk pemutih kulit dengan kadar tinggi merkuri, hidrokuinon dan steroid banyak dijual di toko-toko dan online. Produk ini sangat gencar mengiklankan diri di TV. Badan POM menganjurkan konsumen sangat berhati-hati dalam membeli produk krim pemutih yang tak berlabel atau tak ada tulisan kandungannya. Kewaspadaan publik diperlukan terhadap produk seperti ini dan khususnya pada produk yang mengandung merkuri, hidrokuinon dan steroid. Masyarakat diingatkan akan bahaya produk pemutih kulit yang mengandung merkuri dan sebaik apapun hasilnya harus dihindari.

Hidrokuinon dan merkuri menyebabkan kulit hipersensitif terhadap paparan sinar ultraviolet. Produk pemutih kulit menurunkan jumlah melanin kulit yang menyebabkan lebih rentan terhadap sinar ultraviolet yang dapat menyebabkan penuaan kulit dan kanker kulit. Jadi pemakaian produk pemutih kulit harus disertai penggunaan tabir surya dengan SPF (*sun protecting factor*) yang tinggi (SPF >25). Hal ini sangat penting karena pada daerah katulistiwa matahari bersinar penuh sepanjang hari.

Sebagai simpulan bahwa pengetahuan tentang risiko penggunaan obat pencerah atau pemutih kulit pada wanita pengguna produk ini harus ditingkatkan, khususnya terhadap efek sampingnya, sehingga kebiasaan penggunaannya dapat dikontrol dan menghindari menggunakan obat pemutih kulit yang berbahaya bagi dirinya. Penggunaan krim yang mengandung obat pemutih tidak disarankan digunakan sebagai pemutih wajah pada remaja, ibu hamil dan menyusui. Dianjurkan melakukan pemeriksaan ke dokter yang berkompeten sebelum menggunakan krim pemutih wajah agar mendapatkan produk yang tak mengandung bahan yang berbahaya dan dalam konsentrasi yang diperbolehkan. Pembeliannya secara *online* atau langsung di toko kosmetik tidak disarankan karena selain kemungkinan mengandung bahan berbahaya atau dalam konsentrasi melebihi yang diperbolehkan. Ciri dari krim pemutih seperti ini memberikan hasil sangat putih dan instan, sehingga memberikan kepuasan pada pemakainya.

Edukasi masyarakat tentang bahaya obat yang terkandung dalam krim pemutih kulit melalui berbagai media cetak, elektronik dan media sosial jelas penting untuk mengurangi efek sampingnya. Penjualan produk pemutih kulit harus dikontrol, apakah boleh dijual bebas di toko atau secara online, bebas terbatas di toko obat atau hanya boleh diresepkan dokter dan dibeli di apotek. Kandungan obat dalam krim pemutih yang beredar harus diuji secara berkala isi dan konsentrasinya oleh badan yang berwenang dalam hal ini BP POM, dan bahkan dianjurkan sampelnya diambil secara langsung dari toko atau yang dijual online. Tindakan razia atau tindakan hukum terhadap pelanggar harus ditegakkan agar masyarakat terlindungi dari bahaya obat yang terkandung dalam krim pemutih kulit.



dr. Mahfuzah, Sp.THT-KL
 Staf KSM THT RSUD Ulin Banjarmasin

Kanker Nasofaring



Kanker Nasofaring merupakan pertumbuhan sel kanker pada jaringan nasofaring / belakang hidung. Keganasan dapat berasal dari setiap bagian nasofaring, dan yang paling sering pada fossa rossenmuleri, yang terletak di dekat muara tuba Eustacius. Kanker nasofaring menduduki urutan pertama dari seluruh keganasan kepala dan leher, dan peringkat ke-6 dari seluruh kanker ganas yang paling banyak terjadi di Indonesia.

Apa saja faktor risiko penyebab kanker nasofaring?

1. Infeksi virus Epstein Barr. Infeksi ini telah ditemukan hampir pada semua sel kanker nasofaring, namun demikian infeksi EBV itu sendiri tidak cukup untuk menjadi penyebab.
2. Jenis kelamin, dimana laki-laki memiliki faktor risiko kali 2-3 kali dibanding perempuan
3. Ras Mongoloid
4. Faktor keluarga, adanya riwayat penyakit serupa pada keluarga meningkatkan faktor risiko kejadian KANKER NASOFARING 6 kali lipat.
5. Kebiasaan konsumsi bahan makanan yang diawetkan, seperti ikan asin.
6. Merokok
7. Paparan bahan pemicu kanker seperti formalin.

Apa saja gejala kanker nasofaring?

Gejala kanker nasofaring tergantung dari lokasi tumor primer, penjarannya ke sekitar nasofaring atau ke kelenjar getah bening leher karena nasofaring merupakan area yang tersembunyi, gejala-gejala awal kanker nasofaring

pun tidak spesifik. Adapun gejala kanker ini meliputi :

- Gejala telinga : rasa penuh pada telinga, mendengung, gangguan pendengaran
- Gejala hidung : hidung tersumbat, mimisan, ingus bercampur darah.
- Gejala leher : benjolan pada leher
- Gejala mata : penglihatan ganda, gangguan pergerakan bola mata (juling), kebutaan.
- Gejala saraf : sakit kepala hebat, rasa kebas daerah pipi dan hidung, sulit menelan, nyeri pada wajah.

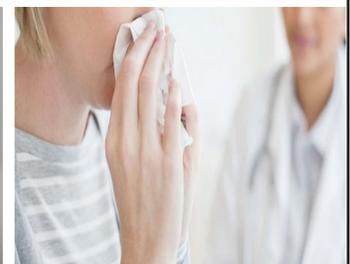
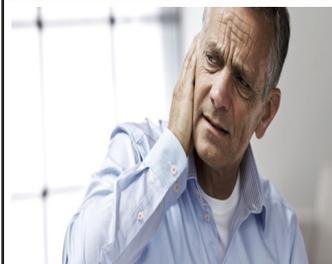
Gejala Dini

Telinga

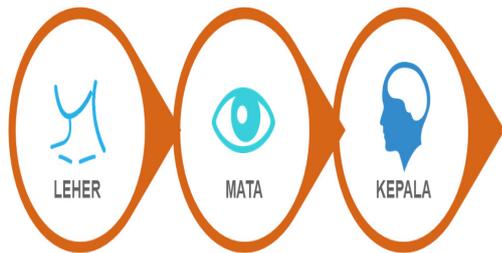
Pada telinga berupa suara berdengung (tinnitus) dan terasa penuh pada satu sisi tanpa disertai rasa sakit sampai dengan pendengaran berkurang.

Hidung

Pada hidung berupa mimisan sedikit dan berulang, ingus bercampur darah, hidung tersumbat terus-menerus, dan pilek di satu sisi.



Gejala Lanjutan



Leher
Kelenjar getah bening
leher membesar

Mata
Juling, penglihatan ganda,
kelopak mata menutup
pada sisi yang terkena

Kepala
Nyeri dan sakit kepala

Pada tumor yang kecil, hidung tersumbat terjadi hanya sesisi, ketika tumor membesar, hidung tersumbat pada kedua sisi. Ketika tumor mengalami luka dapat terjadi mimisan. Mimisan biasanya ringan dan bercampur dengan ingus sebagai post nasal drip, terutama pagi hari.

Tumor sebagian besar di nasofaring, dengan atau tanpa perluasan ke samping biasanya menyebabkan disfungsi tuba Eustachii. Ini dapat menyebabkan cairan terkumpul di ruang telinga tengah sehingga pasien dapat mengeluh gangguan pendengaran, radang telinga tengah dan gejala telinga lainnya (misalnya sakit telinga, mendengung).

Kanker nasofaring mempunyai kecenderungan yang tinggi untuk metastasis ke kelenjar getah bening (KGB) leher, dengan gejala yang umum adalah benjolan yang tidak nyeri tekan, sering terdapat di leher bagian atas, benjolan di KGB leher dapat sesisi atau kedua sisi. Gejala yang berhubungan dengan penjaluran tumor jauh pada kanker nasofaring jarang terjadi. Metastase ke tulang belakang, hati dan paru merupakan tempat metastase yang dijumpai. Tidak khasnya gejala di hidung dan pendengaran, pembesaran KGB leher yang tidak disertai rasa nyeri menyebabkan pasien kanker nasofaring terdiagnosis pada stadium lanjut.

Bagaimana cara mendiagnosis kanker nasofaring?

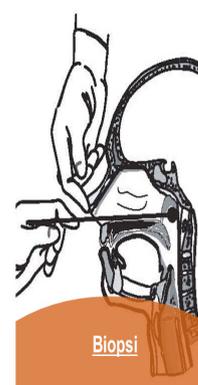
Proses untuk menegakkan diagnosis pasien yang menderita kanker nasofaring dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu anamnesis dan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang nasoendoskopi dan biopsi. Terdapat satu patokan untuk pemeriksa agar curiga terhadap akan adanya kanker nasofaring, diantaranya setiap tumor di leher yang letaknya di bawah mastoid dan di belakang tulang rahang bawah kemungkinan adalah kanker nasofaring, serta terdapat gejala hidung, mata, telinga dan saraf yang lengkap. Selain itu, penegakan diagnosa kanker nasofaring dapat dilanjutkan dengan melakukan beberapa pemeriksaan

penunjang seperti CT Scan kepala dan leher untuk melihat tumor primer yang letaknya tersembunyi dan pemeriksaan serologi IgA untuk infeksi virus Epstein-Barr. Langkah terakhir yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosa tersebut adalah melalui tindakan biopsi dengan mengambil sampel dari benjolan di nasofaring untuk selanjutnya diperiksa di bawah mikroskop.

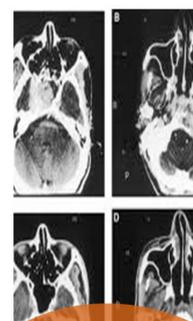
PEMERIKSAAN KANKER NASOFARING



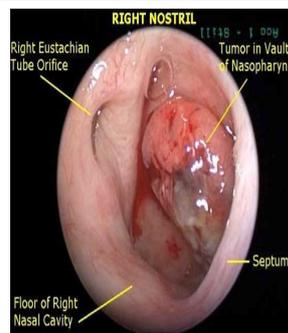
Nasoendoskopi



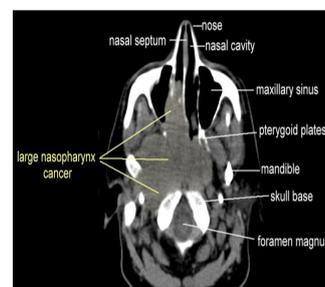
Biopsi



CT SCAN
NASOFARING



Pemeriksaan Nasoendoskopi



Pemeriksaan CT SCAN

Penentuan stadium dilakukan dengan beberapa pemeriksaan penunjang seperti CT Scan atau MRI untuk melihat seberapa perluasan kanker Nasofaring, Rontgen dada untuk melihat apakah ada penjaluran tumor di bagian paru, USG perut untuk melihat apakah ada penyebaran di organ hati, di bagian perut, dsb, serta Bone Survey untuk melihat penjaluran di bagian tulang mulai dari kepala sampai dengan kaki. Setelah dilakukan serangkaian pemeriksaan tersebut, barulah dapat ditentukan pasien mengidap kanker Nasofaring stadium berapa.

Bagaimana cara mengobati kanker Nasofaring ?

A. Radioterapi

Dengan menggunakan sinar elektromagnetik dengan panjang gelombang yang sangat pendek yang ditargetkan pada jaringan tumor, pilihan terapi ini merupakan salah

satu modalitas pengobatan utama dalam terapi, Selain karena lokasi nasofaring yang tersembunyi, dikelilingi struktur organ penting dan sifatnya yang infiltratif, yang menyebabkan pilihan terapi operasi untuk reseksi tumor masih terus dalam penelitian, hal yang menjadi alasan penting adalah karena kanker Nasofaring mempunyai sifat radiosensitif.

Radioterapi meskipun efektif tetapi juga mempunyai komplikasi, sebab kanker Nasofaring terletak dibawah daar tengkorak dan dikelilingi jaringan otak, saraf tulang belakang, jalur pituitari - hipotalamus, tak bagian samping, mata, telinga tengah dan telinga dalam dan glandula parotis. Organ organ ini harus dipertimbangkan dalam pemberian dosis radioterapi untuk tumornya. Sebab kanker Nasofaring cenderung bersifat infiltrative dan menyebar ke organ sekitarnya, sehingga sulit untuk mencegah pemberian radioterapi ke tumor primer tanpa mengenai organ disekitarnya. Walaupun di leher tidak ada pembesaran KGB, leher biasanya tetap mendapat radiasi, sehingga kontrol lokoregional yang baik dapat dicapai, sebab apabila terjadi kekambuhan lokoregional akan meningkatkan risiko terjadinya metastase jauh.

B. Kemoterapi

Satu diantara pengobatan kanker nasofaring dengan menggunakan obat-obatan khusus yang dapat membunuh sel kanker dalam tubuh, untuk penatalaksanaan kanker nasofaring yang sudah lanjut, kemoterapi ditambahkan sebagai terapi bersama dengan radioterapi. Penelitian yang sudah dilakukan melaporkan hasil kemoterapi yang dilakukan sebelum, bersamaan atau setelah radioterapi. Pemberian kemoterapi sebelum radioperapi dapat meningkatkan angka survival dengan bebas kekambuhan, tetapi tidak meningkatkan overall survival. Pada saat ini telah disepakati bahwa untuk kanker nasofaring yang sudah lanjut, pemberian kemoterapi yang bersamaan radioterapi

diperlukan, disamping terapi lain yang diperlukan untuk evaluasi. Untuk meningkatkan hasil pemberian dilaporkan dapat meningkatkan survival dan efek sampingnya lebih dapat ditoleransi.

C. Pembedahan

Nasofaringektomi efektif untuk eradiasi untuk tumor lokal secara selektif. Nasofaring berlokasi di tengah dari kepala. Sulit untuk membuka bagian ini secara adekuat dan mengeluarkan massa tumor yang sudah meluas ke sekitarnya. Pendekatan bervariasi untuk membuka nasofaring. Salah satu modalitas dalam penanganan kanker nasofaring yang rekuren atau residif. Penanganan pembedahan bisa dilakukan pada tumor yang Kembali bertumbuh, atau pada kelenjar leher. Penangan ini efektif dalam mengontrol sel tumor yang resisten pada kasus yang kambuh, dan mengurangi efek samping yang dapat terjadi akibat pemberian terapi radiasi kedua kali.

Apa saja upaya pencegahan yang dapat dilakukan?

1. Menciptakan lingkungan hidup dan lingkungan kerja yang sehat dengan sirkulasi udara yang baik,
2. Menghindari polusi udara, seperti kontak dengan gas hasil zat-zat kimia asap industri, asap kayu, asap rokok dan polusi lain yang dapat mengaktifasi virus Epstein Barr.
3. Menghindari konsumsi makanan yang diawetkan seperti sosis, sarden, dan makanan kaleng lainnya.
4. Menghindari makanan yang mengandung lemak yang bersifat karsinogenik seperti makanan yang digoreng dengan minyak yang terlalu panas
5. Menghidari konsumsi lauk dengan cara pengolahan dibakar, diasap, diasinkan seperti ikan bakar, ikan asin dll.
6. Perbanyak konsumsi buah dan sayur
7. Hidup sehat tanpa asap rokok dan alkohol

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. Bambang Dwi Putranto, Sp. KFR

Tantangan dan Kecintaan Saya pada Rehabilitasi Medis



Senyum lebar dengan mata yang menyipit khas pria 66 tahun itu berdiri menyapa kehadiran saya yang siang itu mampir ke RS Sari Mulia tempat beliau sekarang berkarya setelah purna tugas sebagai PNS di lingkungan Provinsi Kalimantan Selatan. Dokter pemilik senyum bersahaja, selalu penuh kesabaran,

rendah hati dan dicintai para pasien dan rekan-rekan sekerja ini terlihat tetap enerjik, fit dan penuh semangat meski telah purna tugas hampir dua tahun yang lalu.

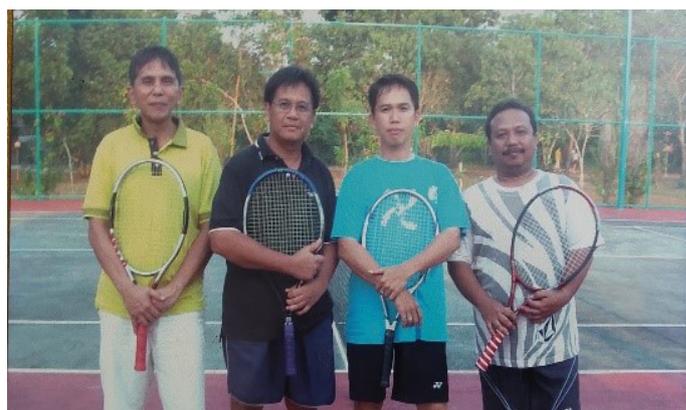
Terlahir di kota Sukabumi, 26 Juni 1956. Sebagai putra kedua dari empat bersaudara. Ayah dari dr. Bambang adalah seorang PNS di Dinas Perikanan dan ibu yang seorang ibu rumah tangga. Masa kecil yang berpindah-pindah memperkaya pengalaman beliau. Lahir hingga taman kanak-kanak di kota Sukabumi dan karena penugasan sang ayah, mereka pindah ke kota Medan, masuk sekolah dasar dan setelah setahun kemudian pindah ke kota Jayapura, Papua sampai tahun kedua SMP dan saat ayah ditugaskan sebagai Kepala Dinas Perikanan Jawa Timur pindahlah mereka ke kota Surabaya hingga Bambang muda menamatkan pendidikan kedokteran di Universitas Airlangga. Keempat saudara yang semua laki-laki ini menyelesaikan pendidikan di kota yang sama, kakak sulung seorang dokter gigi yang sekarang berkarya sebagai dosen di FGK Unair dan kedua adik memilih profesi insinyur.

Pilihan menjadi seorang dokter untuk mengabdikan diri pada dunia kesehatan langsung dibaktikan di daerah pegunungan Bromo, tepatnya di Puskesmas Sukapura, Kabupaten Probolinggo di tahun 1982, pindah ke Puskesmas Tongas di kabupaten yang sama di tahun 1984. Mengambil spesialis di tahun 1988 di Universitas Airlangga. Menyelesaikan di tahun 1993 dan di tahun 1995 menerima penugasan dengan ditempatkan di RSUD Ulin, kota Banjarmasin. Sebagai dokter spesialis rehabilitasi medis satu-satunya di Kalimantan Selatan, sehingga semua rumah sakit di kota ini harus mampu dilayani seorang diri. Baru di tahun 2012, ada dokter spesialis lain yang ditugaskan membantu beliau. Selama tujuh belas tahun melayani masyarakat Kalimantan Selatan seorang diri, tak menurunkan semangat beliau meski harus menghabiskan waktu dari pagi hingga malam. Peralatan rehabilitasi medis

di awal kedatangan beliau sangat sederhana sekali, sampai ada bantuan alat-alat medis dari Belanda melalui Depkes di tahun 2005 yang akhirnya melengkapi pelayanan fisioterapi menjadi lebih beragam dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Pelayanan awal dengan 3 terapi yang tentunya saat itu juga sangat kurang tak menyurutkan semangat. Saat ini jumlah dokter spesialis 3 orang dan terapis 11 orang.

Bersama drg. Emma sang isteri yang juga bekerja di RSUD Ulin, sebagai eyang dari dua cucu cantik dengan 4 putra putri yang berprofesi tidak berbeda dengan dr Bambang dengan saudara-saudaranya, putri pertama dan putra kedua mengambil pendidikan teknik dan berdomisili di Surabaya, putri ketiga spesialis mata dan putri keempat spesialis bedah plastik, keduanya bekerja di Banjarmasin. Purnatugas sebagai PNS dan berhasil mengantar putra putri menjadi orang-orang yang mandiri dan memiliki kecintaan pada profesi, adalah kepuasan dan rasa syukur tak terhingga pada penyertaan Ilahi, "Hidup itu jalani saja, selalu gembira dan jangan lupa selalu bersyukur, apapun pemberian Allah SWT, terimalah dan syukurilah" ungkap beliau.

Rumah Sakit Ulin adalah lahan pengabdian saya yang sangat saya cintai, sebagai Kepala Instalasi/SMF Rehab Medik dari tahun 1995-2022 (pensiun), pekerjaan yang banyak dan semua harus dikerjakan sangat di dukung suasana kerja dan dukungan masing-masing pihak, satu sama lain 'guyub', saling bantu dan penuh kekeluargaan. Rumah Sakit Ulin memiliki alat fisioterapi terlengkap dan tercanggih di Kalimantan Selatan. Harapannya semua dapat terlayani dengan maksimal dan pasien-pasien tetap rutin menjalani jadwal kontrol dan mengikuti terapi. Tetaplah semangat rekan-rekan seprofesi, menjadikan kelemahan fisik seseorang dapat kembali optimal, menjadi lebih mandiri. (Cathy/red)





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

Serah Terima Jabatan Pit. Direktur RSUD Ulin Banjarmasin



Kamis 04 Mei 2023, bertempat di Auditorium utama Gedung Ulin Tower RSUD Ulin Banjarmasin lantai 8, RSUD Ulin Banjarmasin mengadakan acara serah terima jabatan Direktur RSUD Ulin Banjarmasin dari Dr. dr. H. Izaak Zoelkarnain Akbar, Sp.OT-FICS (K)-HAND (Direktur RSUD Ulin Periode Tahun 2022 -2023) yang telah Purna Tugas kepada Plt. Direktur, dr. Diauddin, M.Kes yang sekarang ini juga menjabat definitif Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan terhitung mulai tanggal 02 Mei 2023 sesuai Surat Perintah Pelaksana Tugas Nomor : 875.1/03-34-Si.3-BKD/2023 Gubernur Provinsi Kalimantan Selatan. Acara serah terima jabatan dihadiri oleh Dewan pengawas RSUD Ulin Banjarmasin, Direksi, dan seluruh Pejabat Struktural Eselon III dan IV.

Pada sambutan dr. Izaak yang pada kesempatan itu didampingi isteri beliau menyampaikan terimakasih kepada

rekan-rekan Direksi, Pejabat Struktural, dan Karyawan/i RSUD Ulin Banjarmasin untuk kerjasama mendampingi beliau selama membangun RSUD Ulin tercinta dengan kerja keras dan dedikasi yang tinggi. Setelah sambutan dari dr. Izaak Zoelkarnain Akbar dilanjutkan dengan sambutan Plt. Direktur yang menyampaikan bahwa beliau siap menjalankan amanah dan beliau merasa seperti kembali ke rumah, karena sejak coas sudah familiar dengan lingkungan RSUD Ulin Banjarmasin. Beliau juga mengajak untuk saling koordinasi dan kerjasama untuk mendukung kemajuan pelayanan di RSUD Ulin Banjarmasin. Setel acara Serah terima jabatan acara dilanjutkan dengan halal bi halal Direksi, Pejabat Struktural dan Seluruh Karyawan/i di lingkungan RSUD Ulin dan juga sekaligus memperingati ulang tahun Mantan Direktur RSUD Ulin Banjarmasin.

Capacity Building and Outbond Training RSUD Ulin Banjarmasin

Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin menggelar kegiatan *Capacity Building and Outbond Training* selama 2 hari (12-13 Mei 2023) di Hutan Wisata Loksado, Hulu Sungai Selatan. Sebanyak 160 orang mengikuti kegiatan terdiri dari jajaran direksi, tim akreditasi rumah sakit dan civitas Rumah Sakit dari berbagai unit maupun instalasi. Kegiatan ini diselenggarakan guna meningkatkan kapasitas sumber daya manusia dan kemampuan melalui kegiatan di luar ruangan.

Direktur RSUD Ulin Banjarmasin periode 2022-2023, Dr. dr. Izaak Zoelkarnain Akbar, Sp.OT (K),FICS memberi

sambutan sekaligus membuka acara kegiatan dilanjutkan laporan ketua panitia dari Bidang Diklat RSUD Ulin Banjarmasin. Kegiatan yang berlangsung selama dua hari antara lain *Bamboo Rafting Adventure*, Malam Keakraban dan dilanjutkan esok paginya dengan kegiatan *Outbound Training*. Peserta kegiatan mengikuti games *outbound* yang telah disiapkan oleh tim. Diharapkan aktivitas *outbond* yang dilakukan mampu meningkatkan kompetensi setiap individu, menjalin kerjasama antar unit dan menumbuhkan keakraban civitas RSUD Ulin Banjarmasin. (Novi/red)



Foto Bersama Kegiatan Capacity Building dan Outbond Training RSUD Ulin Banjarmasin



Kegiatan outbond (Wahana Gegana)



Halo bertemu lagi dengan Amang Ulin

Papadah kali ini tentang
"Tips untuk Menjaga Ibu Hamil & Janin sehat cerdas"



Bersama Suami lakukan Stimulasi Janin dengan rutin berbicara & mengelus perut 4-5 kali sehari



Beraktifitas fisik seperti kegiatan sehari-hari atau senam hamil



Periksa kehamilan minimal 4 kali selama hamil



Hubungan suami istri diperbolehkan selama kehamilan (untuk keadaan tertentu)



Istirahat yang cukup

Makan yang banyak dengan gizi yang seimbang



Menjaga Kebersihan diri seperti mandi teratur, keramas dan gosok gigi

