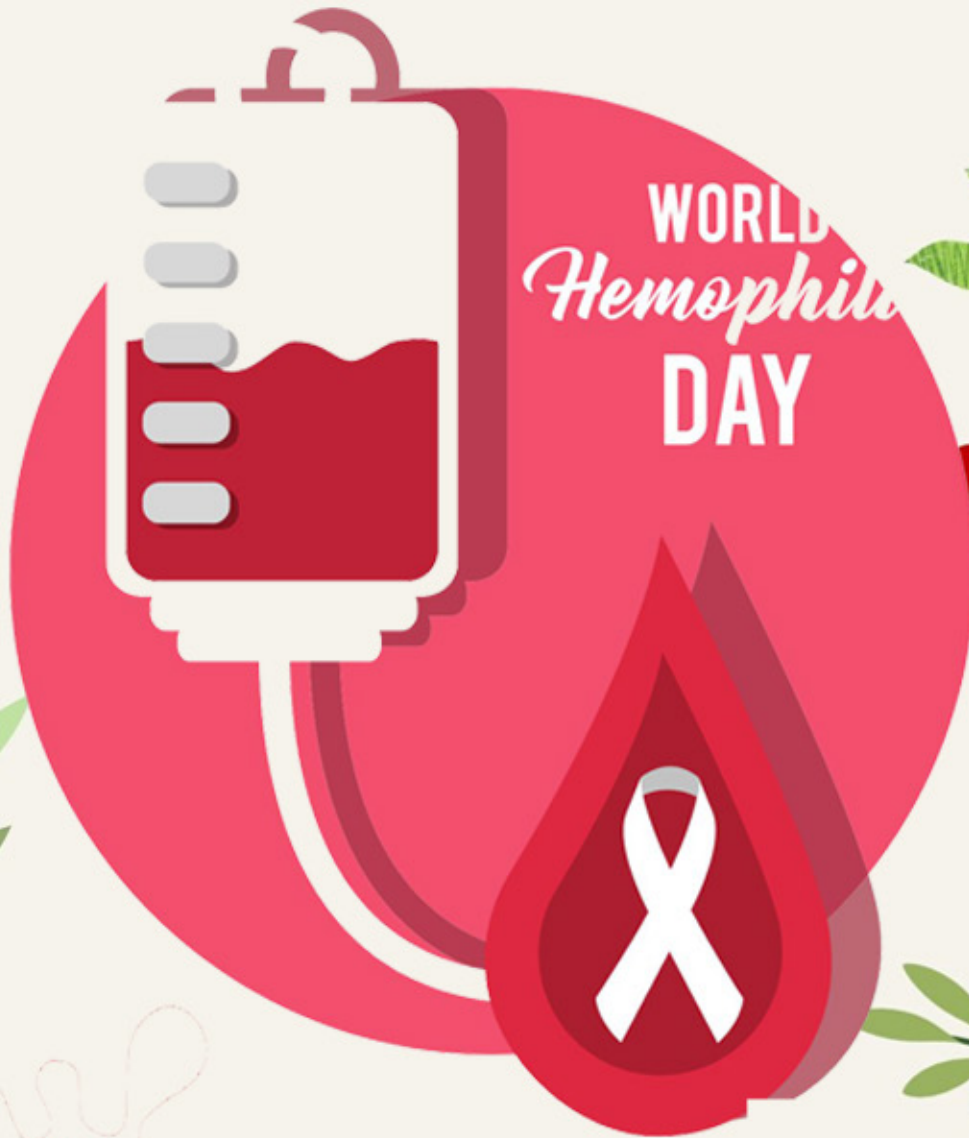


ULIN

Media Informasi RSUD Ulin Banjarmasin



News



Mengenali Semua Gangguan Pendarahan

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



Hemophilia adalah suatu penyakit kelainan darah yang bersifat diturunkan berupa gangguan dalam sistem pembekuan darah. Penderita Hemophilia memerlukan perhatian khusus dalam menjalani aktivitas keseharian. Beberapa aktivitas yang berpotensi menyebabkan perdarahan harus mendapatkan perhatian khusus, demikian juga saat akan menjalani tindakan-tindakan medis yang dapat menyebabkan perdarahan mesti mendapatkan pengobatan pendahuluan sebelum dilakukan tindakan.

Menjalani aktivitas keseharian pada penderita hemophilia memerlukan strategi khusus, aktivitas berlebihan dapat memicu gangguan dipersendian seperti perdarahan dalam sendi (Hemarthrosis) yang dapat memberikan gejala nyeri, pembengkakan pada sendi, dan keterbatasan gerakan sendi. Dalam jangka waktu lama, hemarthrosis dapat menyebabkan sendi yang terkunci (kontraktur) dan penurunan kekuatan otot, hal ini tentu saja membatasi kemampuan fungsional penderita hemophilia untuk dapat beraktivitas di kehidupan sehari-hari.

Pada Ulin News kali ini, akan dibahas berbagai masalah kesehatan seputar Hemophilia, baik pada penderita Hemophilia usia anak maupun dewasa. Selain tema utama tentang Hemophilia, Ulin News juga akan tetap menghadirkan berbagai artikel kesehatan-kedokteran lainnya, serta berbagai berita seputar aktivitas di RSUD Ulin Banjarmasin. Semoga Ulin News dapat memberikan manfaat untuk kita semua.

Salam sehat,
Pimpinan Redaksi

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

TIM REDAKSI MEDIA INFORMASI ULIN NEWS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ULIN BANJARMASIN

Pengarah : Direktur RSUD Ulin Banjarmasin

Pemimpin Redaksi :

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

Wakil Pemimpin Redaksi :

dr. Muhammad Siddik, SpKFR

Sekretaris Redaksi :

Muji Noviyana, S.Gz

Editor :

dr. Meldy Muzada Elfa, Sp.PD, KGer, FINASIM

dr. Fauzan Muttaqien, SpJP-FIHA

Maya Midiyatie Afridha, S.Gz, RD

Desain Layout :

Ahmad Farhan Lutfi

Anggota Redaksi :

1. Dr. dr. Pribakti B., SpOG(K)

2. 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

Daftar Isi

Hal 2 Daftar Isi
Pengantar Redaksi

Hal 3 Ulin Mahabari
Dokter RSUD Ulin Raih Gelar Profesor

Hal 4 Laporan Utama
Hemofilia pada Dewasa

Hal 6 Topik Kita
Skrining Hemofilia
Hal 8 Kelainan darah pada lansia

Hal 10 Profil Unit
Ruang Hemato Onkologi Anak

Hal 12 Info Medis
Mengunyah Lebih Alami dengan Implan Gigi
Hal 14 Perawatan Kesehatan Gigi Anak

Hal 16 Medika
Panjang Penis Normal Anak
Hal 18 Persiapan dan Tata Laksana Tindakan Sirkumsisi (Sunat)

Hal 20 Album

Hal 21 Sains
Nyeri Kronis Pasca Operasi : Kejadian, Faktor Risiko dan Pilihan Terapi Preventif

Hal 24 Sebaiknya Anda Tahu
Mengetahui Pemeriksaan Histopatologi di Laboratorium Patologi Anatomi RSUD Ulin Banjarmasin

Hal 26 Untuk Kita
Beda Malapraktik dan Resiko Medik

Hal 28 Tips & Trik
Fresh Shubuh

Hal 30 Sosok
Direktur Baru Semangat Baru

Hal 31 Peristiwa
Peringatan Hari Ginjal Sedunia Tahun 2024

Hal 32 Papadah Amang Ulin



Dokter RSUD Ulin Raih Gelar Profesor



Sambutan Singkat Prof. Edi

Pada tanggal 20 Desember 2023, Gelar Guru Besar atau Profesor diberikan pada salah seorang dokter di RSUD Ulin yang tak lain adalah Prof. Dr. dr. Edi Hartoyo, Sp.A, (K). Acara pengukuhan tersebut digelar di Aula lantai 1 Gedung Rektorat ULM Banjarmasin. Pada acara pengukuhan ini beliau menyampaikan orasi ilmiah yang berjudul "Vaksinasi DBD dalam Rangka Menuju Zero Death DBD Tahun 2030. Guru besar atau gelar profesor adalah jenjang tertinggi di bidang keilmuan untuk dosen. Di departemen anak, kita sudah punya ada Prof Ari, Prof Ruslan (Alm) dan Prof Parlin yang ada di Banjarbaru dan yang terakhir ini adalah Prof. Edi.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Prof. Edi bahwa gelar profesor itu berdasarkan bidang pendidikannya. Artinya profesor di anak tetap bisa khusus untuk mendalami tentang ilmu spesialisasinya, misal Prof. Edi mendalami tentang Penyakit Infeksi Anak, Prof. Ari tentang Bayi. Prof. Parlin tentang Hematologi, Prof Ruslan (Alm) tentang Neuorologi. Untuk mencapai jenjang Profesor itu ada beberapa tingkatan, mulai dari lulus dari dokter anak, kemudian asisten ahli, lektor, lektor kepala dan terakhir gelar guru besar.

Gelar Profesor atau Guru Besar ini diraih oleh beliau setelah memenuhi beberapa persyaratan seperti :

1. Memiliki Ijazah Doktor (S3)
2. Pengajuan Profesor Minimal 3 Tahun Setelah Lulus S3
3. Publikasi Jurnal Internasional Bereputasi
4. Pengalaman minimal 10 Tahun sebagai Dosen
5. Memenuhi KUM atau angka kredit Dosen

Seorang guru besar KUM nya minimal itu harus diatas 950 yang dinilai dari : 1) dari pendidikan dan pengajaran 2) dari penelitian dan pengembangan dan 3) adalah dari pengabdian kepada masyarakat yang ketiganya merupakan Tri Dharma.

Contoh kegiatan Prof. Edi di RSUD Ulin dalam melaksanakan pendidikan untuk Co Ass, Residen/ PPDS, dan ada pelayanan setiap hari seperti pelayanan di bangsal infeksi dan di poliklinik. Ada juga pengabdian masyarakat seperti penyuluhan di poliklinik atau pengobatan masal di suatu daerah. Ada syarat-syarat untuk pengabdian masyarakat. Syarat-syarat yang bisa dinilai adalah :

1. Pengabdian masyarakat : ada bukti otentik kegiatan berupa foto kegiatan, absen dan laporannya,

2. Bidang pendidikan, yaitu kegiatan mengajar, membimbing Co Ass, Residen dan juga mengajar di Fakultas juga membimbing atau memberikan materi pada perawat atau mahasiswa perawat
3. Penelitian, ini yang sangat susah, kadang kadang berhentinya bisa disitu karena tidak setiap penelitian bisa masuk dinilai sebagai KUM kenaikan pangkat termasuk ke arah Guru Besar. Penelitian yang diakui di tingkat nasional termuat dalam jurnal Sinta 1-5. Kalau di Internasional harus termuat di Scopus. KUM untuk kenaikan kelas / pangkat dengan nilai 400 – 450 dan untuk guru besar ada sekitar 900 dengan 60-70% harus sebagai peneliti pertama.

Sekarang setelah lulus S3 minimal 3 tahun baru bisa mengusulkan ke arah gelar guru besar jika nilainya cukup. Untuk lektor kepala pangkat IVa itu KUM nya antara 450-550. Jika dari lektor kepala langsung ke guru besar berarti dia harus menambah sampai 950, yang bisa diperoleh dari penelitian, jurnal dan buku

Bagaimana pengusulannya?,,,kalau sudah merasa cukup maka diusulkan ke Fakultas. Fakultas nanti menilai KUM nya cukup atau tidak, dan selanjutnya diteruskan ke Universitas, kalau kekurangan cukup langsung ke Dikti, baru teruskan. Biasanya jarang yang satu kali lolos selalu tiga kali. Misalnya usul pertama kita dinilai cukup Unlam cukup begitu sampe Dikti kurang 58. Kemudian kita tambahkan lagi ngusul kedua kurang 14, kemudian ngusul ketiga baru tercukupi. Jadi 950 itu kalo kita nulis satu jurnal scopus dapat nilai 25. Kalau buku 20 penulis utama. Kalau jurnal pun gitu yang tinggi penulis pertama. Buku halamannya minimal harus diatas lebih dari 65, pengusulan berjenjang dari FK, Universitas dan Dikti dan buku itu juga harus ada ISBN (*International Standar Book Number*).

Jika semua persyaratan sudah dipenuhi maka akan dikeluarkan SK jabatan Guru Besar oleh Presiden, dan tiap tahun akan dinilai. Jika tidak bisa memenuhi persyaratan minimal setiap tahunnya, maka otomatis tunjangan jabatannya akan dicabut. Jadi tunjangan jabatan berhubungan dengan gelar profesinya tetap cuma tunjangan jabatan untuk penggajian akan hilang. Demikian sekilas informasi tentang apa dan bagaimana Professor/ Guru Besar (tim ulin news)



Foto Acara Pengukuhan Prof. Edi

Hemofilia pada Dewasa



dr. Sigit Prasetya Kurniawan, Sp PD, K-HOM, FINASIM

Staf Divisi Hematologi & Onkologi Medik, KSM Penyakit Dalam FKIK ULM

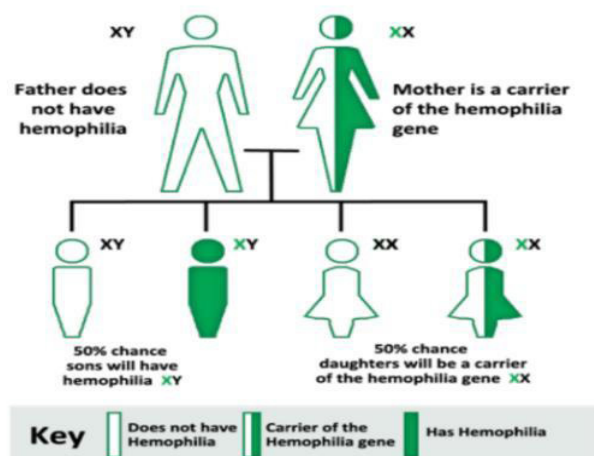
Prospek pasien hemofilia telah meningkat secara dramatis dalam beberapa dekade terakhir dengan adanya berbagai intervensi yang efektif dalam mengobati atau mencegah risiko perdarahan. Angka harapan hidup pasien kini dapat mencapai tingkat yang sama dengan angka harapan hidup populasi sehat. Namun, hal ini juga membuka jalan bagi munculnya beberapa penyakit yang sebelumnya tidak diketahui pada orang dewasa lanjut usia dengan hemofilia. Dengan demikian, hemofilia telah bertransisi dari menjadi penyakit yang umumnya terjadi pada masa kanak-kanak menjadi penyakit yang terjadi pada masa dewasa.

Hemofilia adalah kelainan perdarahan yang bersifat hereditas akibat gangguan atau defisiensi kongenital pada faktor pembekuan darah yang bersifat genetik. Penyakit ini juga diketahui sebagai penyakit bawaan yang diturunkan oleh ibu dan bersifat tertaut kromosom X (*X-linked recessive*). Nama "hemofilia" berasal dari bahasa Yunani, yaitu "haima" yang berarti darah dan "philia" yang berarti cinta. Hemofilia merupakan gangguan perdarahan yang disebabkan oleh defisiensi faktor VIII (hemofilia A) atau faktor IX (hemofilia B) akibat mutasi gen FVIII dan FIX pada lengan panjang kromosom X. Insidensi hemofilia diperkirakan terjadi pada 1 dari 5000 hingga 1 dari 30.000 kelahiran anak laki-laki, dengan 80-85% kasus hemofilia A dan 15-20% kasus hemofilia B. Berdasarkan survei terbaru, diperkirakan terdapat sekitar 400.000 kasus hemofilia di seluruh dunia. Di Indonesia, terdapat 2.035 pasien hemofilia A dan 310 pasien hemofilia B. Kasus hemofilia A dan B paling banyak terjadi pada usia 19-44 tahun dan 5-13 tahun di Indonesia, namun diperkirakan hanya mencakup 10% dari total estimasi pasien, yaitu 20.000-25.000 kasus, sehingga kemungkinan masih banyak pasien hemofilia yang belum terdiagnosis atau tercatat.

Hemofilia juga dapat terjadi saat dewasa (*acquired hemophilia*), meskipun sangat jarang. Acquired hemophilia terjadi akibat penyakit autoimun, di mana sistem imun tubuh menyerang faktor pembekuan tersebut. Meskipun penyebabnya belum diketahui secara pasti, diduga ada hubungan dengan penyakit autoimun lain seperti lupus atau artritis reumatik. Kehamilan dan beberapa jenis obat juga dikaitkan dengan jenis hemofilia ini. Karena risiko tinggi terjadinya perdarahan akibat berkurangnya faktor pembekuan darah di dalam tubuh, pasien hemofilia harus mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat karena

dapat mengancam jiwa (*life-threatening*).

Hemofilia terjadi karena adanya mutasi gen X yang bertanggung jawab terhadap pembentukan faktor pembekuan yang diperlukan untuk proses pembekuan darah. Baik hemofilia A maupun B merupakan kelainan X-linked recessive. Hemofilia disebabkan oleh mutasi gen faktor VIII (F VIII) atau faktor IX (F IX), yang terletak pada kromosom X. Pada perempuan, hemofilia dapat terjadi jika kedua kromosom X mengalami masalah. Perempuan yang hanya memiliki gangguan pada salah satu kromosom X disebut "carrier" hemofilia. Wanita "carrier" hemofilia dapat menurunkan kromosom X yang bermasalah pada keturunannya.



Gambar 1. Pola Penurunan Hemofilia Sumber : CDC

Pada kondisi normal, jika terjadi luka atau trauma pada jaringan dan pembuluh darah, maka terjadi mekanisme aktivasi faktor pembekuan (koagulasi). Trombosit diaktifkan pada tempat cedera, yang mengakibatkan aktivasi faktor pembekuan dan pembentukan fibrin melalui jalur koagulasi intrinsik. Pada kaskade koagulasi, faktor VIII mengaktifkan faktor X, yang kemudian menjadi faktor X aktif. Faktor X aktif ini adalah faktor utama dalam proses hemostasis dan merupakan titik konvergensi antara jalur intrinsik dan ekstrinsik. Kekurangan salah satu faktor VIII aktif atau faktor IX aktif mengakibatkan penurunan aktivitas platelet Xase, yang mengakibatkan pembentukan bekuan darah melambat karena penurunan produksi trombin. Bekuan trombosit yang terbentuk menjadi rapuh dan rentan terhadap perdarahan.

Hemofilia dapat terjadi dalam bentuk ringan, sedang, dan berat tergantung pada kadar faktor plasma. Hemofilia ringan memiliki kadar faktor plasma sekitar 6-40%, sedang sekitar 1-5%, dan berat kurang dari 1%. Secara umum, semakin rendah kadar faktor koagulasi dalam darah, semakin besar risiko terjadinya perdarahan. Terapi hemofilia dengan pemberian faktor VIII telah meningkatkan harapan hidup secara signifikan. Pada awal abad ke-20, harapan hidup pasien hemofilia hanya sekitar 11,3 tahun, sedangkan saat ini berkisar antara 60-70 tahun.

Diagnosis hemofilia ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Anamnesis akan mengungkapkan gejala seperti mudah memar dan kebiruan tanpa sebab yang jelas, bengkak dan nyeri pada beberapa sendi, riwayat perdarahan sulit berhenti, dan riwayat keluarga dengan keluhan serupa terutama pada laki-laki. Pemeriksaan fisik dapat mengungkapkan hematoma dan/atau hemartrosis (70-80%), perdarahan berulang pada sendi tertentu (terutama lutut, siku, dan pergelangan tangan), atrofi otot, deformitas sendi, dan kontraktur. Pada kasus berat, pasien dapat menunjukkan gejala pucat, syok hemoragik, penurunan kesadaran, dan tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial.

Selain itu, terdapat beberapa diagnosis banding dari hemofilia, seperti defisiensi faktor XI, penyakit von Willebrand, kelainan fibrinogen, dan kelainan fungsi trombosit. Prinsip pengobatan hemofilia pada pasien dewasa dan anak adalah substitusi atau penggantian faktor pembekuan baik faktor VIII (hemofilia A) maupun

faktor IX (hemofilia B). Tindakan pertama pada perdarahan akut adalah immobilisasi, kompres es, penekanan atau pembalutan, serta elevasi daerah perdarahan. Dalam dua jam pertama setelah perdarahan, pasien harus segera mendapatkan faktor pembekuan darah.

Terapi hemofilia A melibatkan transfusi kriopresipitat atau konsentrat VIII dengan dosis pemberian $0,5 \times \text{BB (kg)} \times \text{kadar yang diinginkan (\%)}$. Dapat juga menggunakan dosis rumatan empiris, yaitu 20-25 U/kg setiap 12 jam, dengan satu kantong kriopresipitat mengandung sekitar 80 U faktor VIII. Pada hemofilia B, diperlukan faktor IX sebanyak 40-50 U/kg per 24 jam. Durasi pemberian faktor pembekuan tergantung pada tingkat perdarahan atau risiko perdarahan dari tindakan yang dilakukan.

Jika konsentrat faktor VIII atau IX tidak tersedia, dapat digunakan transfusi kriopresipitat sesuai dengan panduan World Federation of Hemophilia (WFH) dan Perhimpunan Hematologi dan Transfusi Darah Indonesia (PHTDI). Kriopresipitat merupakan modifikasi dari fresh frozen plasma (FFP) yang mengandung faktor VIII sebanyak 3-5 IU/mL, faktor von Willebrand, faktor XIII, dan fibrinogen. Pilihan lain adalah rekombinan faktor VIII (r-f VIII) yang diperoleh dari hasil rekayasa genetik.

Kemajuan dalam manajemen hemofilia telah meningkatkan harapan hidup pasien, meskipun hal ini juga dapat menyebabkan komplikasi seperti infeksi terkait transfusi faktor pembekuan dan masalah muskuloskeletal. Kualitas hidup pasien dengan hemofilia dapat ditingkatkan dengan diagnosis dini dan penanganan yang tepat.



Skrining Hemofilia



dr. Wulandewi Marhaeni, Sp.A(K)

Divisi Hematologi-Onkologi KSM Ilmu Kesehatan Anak RSUD Ulin Banjarmasin/ Dept Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Lambung Mangkurat

Hemofilia merupakan suatu kondisi defisiensi faktor koagulasi yang bersifat kongenital dan diwariskan. Terdapat dua jenis hemofilia, yaitu hemofilia A yang disebabkan oleh defisiensi faktor VIII dan hemofilia B yang disebabkan oleh defisiensi faktor IX. Hemofilia adalah gangguan perdarahan yang terkait dengan kromosom X, ditandai dengan perdarahan berkepanjangan terutama pada sendi dan jaringan lunak. Penyakit ini terjadi secara global dan pada semua kelompok ras serta sosial-ekonomi, dengan prevalensi sekitar 10/100.000 penduduk. Data dari tahun 1999 hingga 2020 menunjukkan bahwa jumlah penderita hemofilia global mencapai 393.658. Hemofilia A lebih umum terjadi dengan rasio 1:5.000 kelahiran anak laki-laki, sementara hemofilia B terjadi pada rasio 1:30.000 kelahiran anak laki-laki.

Sebagian besar kasus hemofilia berat diidentifikasi di negara-negara berpenghasilan rendah-menengah. Di Indonesia, hemofilia termasuk dalam kategori under-diagnosis, dengan jumlah kasus mencapai 2.345 dari perkiraan 9% dari total populasi. Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2020 diperkirakan mencapai 273.523.615 jiwa. Namun, belum ada data yang akurat mengenai prevalensi hemofilia di berbagai wilayah Indonesia, termasuk di Kalimantan. Berdasarkan penelitian Himpunan Masyarakat Hemofilia Indonesia (HMHI), diperkirakan lebih dari 20 ribu orang menderita hemofilia di Indonesia, namun data pasien yang terdaftar baru mencakup sekitar 10% dari estimasi jumlah penderita hemofilia. Banyak kasus hemofilia belum terdiagnosis karena kemungkinan kematian sebelum diagnosis akibat perdarahan yang terus menerus, terutama pada kasus sunat atau operasi.

Gambaran klinis hemofilia A dan B hampir serupa, namun frekuensi perdarahan pada hemofilia B lebih jarang. Perdarahan adalah ciri khas hemofilia, terutama terjadi pada pergelangan kaki, lutut, pinggul, siku, pergelangan tangan, dan bahu. Perdarahan di sendi sering menyebabkan rasa sakit dan artropati hemofilik. Meskipun perdarahan yang mengancam jiwa jarang terjadi, namun tetap dapat terjadi terutama pada kasus hemofilia berat. Perdarahan di sendi atau hemarthrosis merupakan tanda khas hemofilia pada anak-anak yang lebih tua dan orang dewasa. Sementara itu, perdarahan di kepala, organ dalam, sirkumsisi, dan rongga mulut lebih sering terjadi pada bayi dan balita baru lahir. Perdarahan yang terjadi secara spontan dan tidak terduga pada pasien hemofilia seringkali terjadi setelah mengalami

cedera yang minimal.

Pendarahan sendi atau hemarthrosis adalah tanda hemofilia yang biasanya dimulai pada usia balita dan terus berlanjut hingga remaja dan dewasa. Hal ini seringkali menyebabkan nyeri, krepitasi, range of movement (ROM) terbatas, fusi sendi, dan atrofi otot. Nyeri dan gangguan mobilitas ini dapat menyebabkan disabilitas dan penurunan kualitas hidup pada pasien hemofilia. Keterbatasan ROM biasanya terjadi pada anak-anak dengan hemofilia berat atau sedang pada usia 8 tahun, dan pada hemofilia ringan terjadi pada usia 13 tahun.

Perdarahan intrakranial atau *Intracranial hemorrhage* (ICH) adalah salah satu komplikasi berat hemofilia yang memiliki tingkat kematian tertinggi. ICH dapat menyebabkan disabilitas dan sisa gejala neurologis pada sebagian besar kasus. Prevalensi ICH pada penderita hemofilia dari berbagai usia bervariasi, dengan prevalensi lebih tinggi pada anak-anak di bawah 2 tahun. Pada bayi baru lahir dengan hemofilia, prevalensi ICH sekitar 3,5-4%. Setelah kelahiran, risiko ICH lebih tinggi pada anak-anak penderita hemofilia dibandingkan dengan populasi umum, dengan angka kejadian yang menurun seiring bertambahnya usia anak.

Untuk mendiagnosis hemofilia diperlukan untuk mengetahui 3 komponen utama yaitu: adanya riwayat keluarga yang positif hemofilia, adanya riwayat gangguan perdarahan sebelumnya pada pasien maupun di keluarga, atau didapatkan hasil pemeriksaan koagulasi tes yang tidak normal. Oleh karena itu penting sekali kita menggali riwayat keluarga serta keluhan-keluhan gangguan perdarahan sebelumnya pada pasien.

Riwayat keluarga positif, dimana jika terdapat 1 atau lebih anggota keluarga yang menderita hemofilia, sangat memungkinkan untuk dicurigai status karier pada perempuan dan diagnosis dini pada laki-laki. Berdasarkan transmisi genetik X-linked dari penyakit ini, dapat diperkirakan presentasi perempuan yang pasti karier ataupun memiliki kemungkinan karier. Pasti karier jika: anak perempuan dari ayah hemofilia, ibu dengan salah satu anak atau lebih hemofilia, ataupun adanya saudara kandung dari ibu yang hemofilia. Kemungkinan karier adalah semua perempuan yang memiliki paling tidak 1 saudara laki-laki hemofilia dalam *pedigree*.

Kecenderungan perdarahan. Perdarahan serebral saat neonatal dapat menjadi indikasi dalam mensuspek

hemofilia dan diperlukan investigasi lebih lanjut. Adanya tanda dan gejala perdarahan yang tidak biasa pada anak laki-laki juga mengarah ke hemofilia. Biasanya anak dengan hemofilia sedang atau berat mudah terjadi lebam pada usia 8-10 bulan dan tanda ini merupakan hal yang memerlukan pemeriksaan tes pembekuan darah yang mengarah ke defisiensi yang lebih spesifik. Pada 1 tahun pertama kehidupan biasanya sering terjadi lebam pada otot dan persendian yang jarang dihiraukan pada pasien hemofilia. Anak-anak dengan hemofilia ringan biasanya tidak menimbulkan tanda dan gejala perdarahan sampai berusia dewasa ketika terjadi trauma ataupun tindakan operasi.

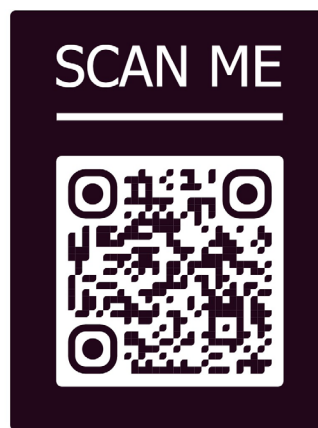
Diagnosis hemofilia juga dapat ditegakkan pada saat mendapatkan hasil tes koagulasi abnormal. Pemanjangan dari activated partial thromboplastin time (aPTT) biasa didapatkan pada pasien yang akan menjalani operasi dapat menjadi dasar diagnosis. Diagnosis pasti tetap berdasarkan pemeriksaan kadar FVIII dan FIX dalam tubuh. Derajat hemofilia secara klinis ditentukan oleh derajat defisiensi faktor pembekuannya, terbagi menjadi tiga yaitu ringan, sedang, dan berat. Derajat ringan memiliki kadar faktor 6-40%, derajat sedang memiliki kadar faktor 1-5%, dan derajat berat <1%.

Diagnosis banding dari hemofilia yang paling dekat adalah penyakit von Willebrand, perdarahan karena defisiensi Vit K (VKDB), dan kelainan fungsi trombosit. Pada kasus von Willebrand didapatkan hasil pemeriksaan PT yang normal, aPTT dapat normal atau memanjang, jumlah trombosit dapat normal atau berkurang. Sedangkan pada VKDB didapatkan pemeriksaan PT yang memanjang, aPTT normal, dan jumlah trombosit normal.

Penegakan diagnosis pasti dengan pemeriksaan kadar faktor VIII atau faktor IX tidak bisa dikerjakan di semua laboratorium hanya laboratorium tertentu saja yang mampu, saat ini di Indonesia hanya 8 RS besar yang mampu memeriksa kadar faktor tersebut, salah satunya RSUD

Ulin. Karena sulitnya penegakan diagnosis itu dibutuhkan suatu alat skrining hemofilia yang mudah, murah dan bisa dikerjakan oleh masyarakat awam atau tenaga kesehatan. Saat ini sudah diperkenalkan alat diagnostik dengan menggunakan suatu aplikasi baik melalui android atau iOS dengan mempergunakan kuesioner yang dapat diunduh oleh masyarakat, tanpa biaya. Piranti skrining tersebut diciptakan oleh tim dari RSUD Ulin dan FKIK Universitas Lambung Mangkurat dan diberi nama *Care for Hemophilia*. Hasil dari alat skrining tersebut akan berupa petunjuk risiko rendah hemofilia atau risiko tinggi hemofilia. Dari alat skrining tersebut diharapkan mereka yang mempunyai risiko tinggi hemofilia bisa tersaring dan selanjutnya bisa dilakukan pemeriksaan diagnostik pasti. Penegakan diagnostik yang cepat dan tepat akan memperbaiki luaran dan kualitas hidup pasien hemofilia, sehingga kecacatan dan kematiannya bisa dicegah.

Semoga skrining hemofilia ini bisa menjangkau masyarakat lebih banyak dan diagnosis hemofilia bisa segera dipastikan sehingga pasien hemofilia segera mendapat tatalaksana secepatnya, sehingga kualitas hidup pasien hemofilia menjadi jauh lebih baik.



Scan dan Download App Care for Hemophilia





Kelainan Darah pada Lansia

dr. Meldy Muzada Elfa, Sp. PD., KGer., FINASIM

Staf KSM Ilmu Penyakit Dalam Divisi Geriatri RSUD Ulin Banjarmasin

Pendahuluan

Kesehatan darah menjadi salah satu aspek kunci dalam menjaga kualitas hidup dan kesejahteraan bagi para lansia. Dalam proses penuaan, tubuh mengalami berbagai perubahan, termasuk pada sistem darah. Dua kelainan darah yang sering terjadi pada usia lanjut adalah anemia, di mana kadar hemoglobin dalam darah turun di bawah normal, dan gangguan pembekuan darah, yang mencakup kondisi seperti trombositopenia (jumlah trombosit yang rendah) dan koagulopati (gangguan proses pembekuan darah).

Anemia pada Lansia: Penyebab, Gejala, dan Penanganan

Anemia pada lansia dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Salah satu penyebab umum adalah defisiensi zat besi atau vitamin B12. Lansia juga rentan mengalami anemia karena gangguan sumsum tulang, penyakit kronis seperti gagal ginjal, atau kanker. Gejala anemia pada lansia meliputi kelelahan yang berlebihan, kulit pucat, sesak napas, dan denyut jantung yang cepat. Untuk mendiagnosis anemia, dokter melakukan pemeriksaan darah lengkap, termasuk tes serum besi dan vitamin B12. Penanganan anemia pada lansia tergantung pada penyebabnya. Jika disebabkan oleh defisiensi zat besi atau vitamin B12, suplemen mungkin direkomendasikan. Untuk anemia yang terkait dengan penyakit kronis, manajemen penyakit tersebut menjadi kunci.

Gangguan Pembekuan Darah pada Lansia: Jenis dan Diagnosis

Gangguan pembekuan darah pada lansia juga perlu diperhatikan. Trombositopenia, yaitu kondisi di mana jumlah trombosit dalam darah sangat rendah, dapat terjadi akibat penyakit hati, efek samping obat-obatan, atau kondisi lain seperti leukemia. Sementara itu, koagulopati melibatkan gangguan dalam proses pembekuan darah yang dapat meningkatkan risiko pendarahan yang berlebihan. Pemeriksaan darah lengkap dan tes koagulasi seperti waktu protrombin (PT) dan waktu tromboplastin parsial (aPTT) digunakan untuk mendiagnosis gangguan pembekuan darah.

Penanganan dan Pengobatan Gangguan Darah

Penanganan gangguan pembekuan darah pada lansia melibatkan manajemen faktor risiko seperti menghindari penggunaan obat-obatan yang mempengaruhi pembekuan

darah, mengontrol tekanan darah dan gula darah, serta konsultasi dengan dokter spesialis hematologi jika diperlukan. Terapi trombosit atau terapi koagulasi juga dapat diberikan sesuai dengan kondisi individu.

Pencegahan dan Perawatan Jangka Panjang

Selain langkah-langkah penanganan dan pengobatan yang telah disebutkan sebelumnya, ada beberapa hal tambahan yang dapat dilakukan untuk menjaga kesehatan darah pada lansia. Pertama, penting untuk memperhatikan pola makan yang seimbang dan berkualitas tinggi. Makanan yang mengandung zat besi, vitamin B12, dan folat harus menjadi bagian integral dari diet sehari-hari. Buah-buahan, sayuran hijau, daging tanpa lemak, dan sumber protein nabati seperti kacang-kacangan dan biji-bijian merupakan contoh makanan yang baik untuk kesehatan darah.

Selanjutnya, olahraga teratur juga memiliki peran penting dalam menjaga kesehatan darah. Aktivitas fisik yang cukup membantu meningkatkan aliran darah, memperkuat jantung, dan memperbaiki kondisi pembuluh darah. Aktivitas yang disarankan bagi lansia termasuk berjalan santai, berenang, senam ringan, atau yoga.

Selain itu, penting juga untuk mengelola stres dengan baik. Stres kronis dapat mempengaruhi sistem kekebalan tubuh dan mengganggu keseimbangan hormon, yang pada gilirannya dapat memengaruhi kesehatan darah. Teknik relaksasi seperti meditasi, pernapasan dalam, atau terapi relaksasi dapat membantu mengurangi tingkat stres.

Pentingnya Edukasi dan Dukungan Sosial

Selain perawatan fisik, penting juga untuk memberikan perhatian pada aspek psikososial lansia. Edukasi tentang kesehatan darah, termasuk pengetahuan tentang anemia dan gangguan pembekuan darah, sangat penting. Lansia dan keluarga mereka perlu diberikan informasi yang jelas dan akurat tentang gejala, pengelolaan, dan pencegahan kondisi tersebut.

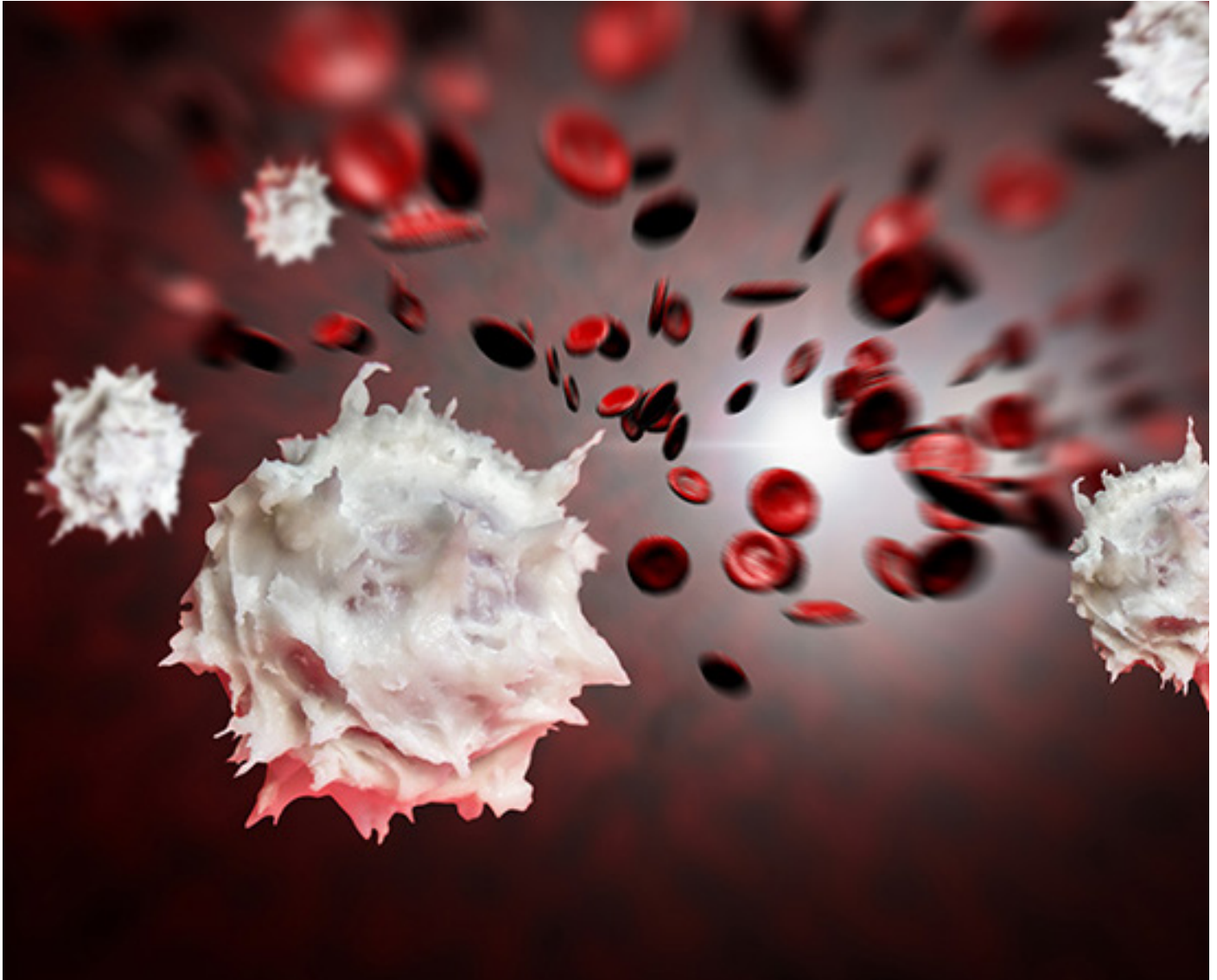
Selain itu, dukungan sosial juga berperan besar dalam menjaga kesehatan lansia secara menyeluruh. Interaksi sosial yang positif dengan teman, keluarga, dan komunitas dapat meningkatkan kesejahteraan mental dan emosional mereka. Terlibat dalam kegiatan sosial, klub atau kelompok dengan minat yang sama, dan menjalin hubungan yang kuat dengan orang-orang di sekitar dapat memberikan dukungan yang berharga bagi kesehatan dan kualitas hidup lansia.



Kesimpulan

Anemia dan gangguan pembekuan darah merupakan tantangan kesehatan yang sering dihadapi oleh lansia. Namun, dengan pemahaman yang baik tentang penyebab, gejala, diagnosis, penanganan, dan pencegahan kedua kelainan darah tersebut, serta melalui perawatan yang komprehensif dan dukungan sosial yang baik, diharapkan

kualitas hidup lansia dapat ditingkatkan secara signifikan. Upaya preventif, edukasi, perawatan fisik, dan dukungan sosial bersama-sama membentuk landasan yang kokoh untuk menjaga kesehatan darah dan kesejahteraan keseluruhan bagi para lansia.



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





Ruang Hematologi Onkologi Anak RSUD Ulin Banjarmasin

Ayu Susanti, S.Kep, Ns
Kepala Ruangan Hematologi Onkologi Anak

Ruang Hematologi Onkologi Anak merupakan salah satu ruang rawat inap yang berada di bawah Instalasi Rawat Inap Tulip. Pelayanan Hematologi Onkologi anak di RSUD Ulin Banjarmasin sudah dimulai sejak tahun 2005, dimana pada saat itu pelayanannya masih dilaksanakan di ruang rawat inap anak (Sedap malam). Karena jumlah pasien terus bertambah namun tidak sebanding dengan jumlah tempat tidur, maka pada tahun 2015 tepatnya bulan Juni, pelayanan rawat inap hematologi onkologi dipisahkan dari pelayanan rawat inap anak secara umum, dan dipindahkan ke gedung tulip lantai 3, dengan jumlah tempat tidur sebanyak 34.

Seiring berjalannya waktu, jumlah kasus kanker pada anak terus bertambah sehingga tidak sebanding dengan jumlah tempat tidur yang ada, akhirnya pada bulan Desember 2023, ruang hematologi Onkologi anak dipindah lagi ke gedung tulip lantai 4.

Jumlah SDM Jumlah tenaga di ruang Hematologi Onkologi Anak, sebagai berikut:

- Dokter Subspesialis dan Spesialis: 2 orang
- Perawat: 18 orang
- Tenaga Administrasi dan Non Nakes: 3 orang
- Nutrisionis: 1 orang
- Farmasis klinis: 1 orang
- Apoteker: 1 orang

Sarana

Saat ini ruang Hematologi Onkologi anak terletak di lantai 4 gedung tulip. Terdiri atas 5 ruang perawatan pasien dengan jumlah total tempat tidur sebanyak 58, namun saat ini baru dibuka 40 tempat tidur karena keterbatasan SDM kesehatan dan sarana prasarana perawatan. Terdapat

juga ruang dokter, kamar jaga Koass, ruang konferensi, dan ruang administrasi.

Jenis Layanan

Ruang Hematologi Onkologi Anak memberikan pelayanan rawat inap pada pasien anak dengan kasus kanker dan kelainan darah sejak diagnosis, pengobatan, hingga evaluasi. Beberapa layanan di ruang hematologi Onkologi anak antara lain pemberian obat kemoterapi pada anak, pemberian obat Anti Hemofili factor, pelayanan thalassemia, dan perawatan pasien neutropenia.

Prasarana dan Peralatan

Untuk dapat menyelenggarakan pelayanan rawat inap, diperlukan sarana prasarana pelayanan. Untuk memberikan obat kemoterapi dan transfusi darah yang tepat, perawat menggunakan alat penunjang seperti infus pump dan syringe pump. Selain itu, terdapat prasarana penunjang lain seperti alat-alat emergensi, kotak obat emergensi, dan peralatan lain yang mendukung pelayanan.

Harapan kedepan

Dengan terus bertambahnya jumlah pasien kanker dan kelainan darah pada anak, serta semakin beragamnya jenis kasus dan usia pasien, diharapkan dapat meningkatkan sarana dan prasarana pelayanan di ruang hematologi onkologi anak. Pengadaan Vein viewer yang berguna saat pemasangan infus pada pasien anak, serta penambahan prasarana penunjang lainnya sesuai kebutuhan dan permintaan dari ruang Hematologi Onkologi anak diharapkan dapat memberikan pelayanan yang lebih baik dan optimal di masa depan.



Gambar 1. Lorong HOA



Gambar 2. Ruang Tindakan



Gambar 3. Ruang Perawatan



Gambar 4. Ruang Obat



Gambar 5. Ruang Perawat



Gambar 6. Ruang Administrasi

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



drg. Nicco Marantson, Sp.BMM., M.Ked.Klin
Staf KSM Gigi dan Mulut RSUD Ulin Banjarmasin

Mengunyah Lebih Alami dengan Implan Gigi

Rata-rata penduduk Indonesia di atas umur 12 tahun mengalami kehilangan gigi sebanyak 5 gigi per orang. Angka kehilangan gigi meningkat pada usia 35-44 tahun dan tertinggi pada usia diatas 65 tahun. Sebanyak 79,6% penduduk Indonesia telah memanfaatkan pelayanan kesehatan gigi untuk tindakan pencabutan gigi, tetapi hanya 4,5% penduduk yang menggunakan gigi tiruan (Agtini, M.D. (2010). Persentase Pengguna Gigi tiruan di Indonesia. Media Litbang Kesehatan, 20(2), 50-58).

Idealnya, perlu dilakukan pembuatan gigi tiruan sesudah dilakukan pencabutan. Gigi tiruan bertujuan untuk mengembalikan fungsi pengunyahan dan estetik. Terdapat berbagai bentuk gigi tiruan gigi yang umum digunakan, diantaranya ialah gigi tiruan lepasan, gigi tiruan cekat (crown) atau gigi tiruan jembatan (bridge). Gigi tiruan lepasan merupakan pilihan yang paling ekonomis, proses pembuatannya relatif mudah dan cepat. Meskipun demikian, gigi tiruan jenis ini memiliki kekurangan, yaitu harus dilepas-pasang untuk dibersihkan, serta mungkin timbul rasa tidak nyaman atau nyeri jika gigi tiruan mulai terasa longgar terutama pada pasien dengan gusi yang tipis. Crown dan bridge dapat memberikan kenyamanan gigi tiruan yang lebih baik, tetapi harus mengorbankan gigi sehat untuk dilakukan pengasahan. Selain itu, adanya karies sekunder pada gigi penyangga dapat mengakibatkan kegagalan gigi tiruan.



Gambar 1: Struktur implan gigi terdiri dari badan implan (screw), penyangga (abutment) dan mahkota gigi (crown)

Implan gigi merupakan alternatif pilihan gigi tiruan yang saat ini mulai naik daun. Implan gigi adalah prosedur penanaman akar gigi buatan berbahan dasar logam pada tulang rahang. Logam yang sering digunakan berbahan dasar titanium dan ketika dipasang akan membentuk struktur menyerupai gigi utuh (Gambar 1). Implan gigi dapat digunakan untuk menggantikan 1 (Gambar 2) atau banyak gigi hilang, serta dapat dikombinasikan dengan gigi tiruan lepasan (*implant supported denture*) dan *bridge (all on four atau all on six)* (Gambar 3). Implan gigi juga dapat digunakan untuk mengembalikan fungsi pengunyahan pada pasien pasca pengangkatan tumor rahang yang sudah dilakukan rekonstruksi tulang. Gigi tiruan jenis ini relatif lebih nyaman digunakan dan memiliki tingkat keberhasilan yang tinggi (90-95%) dalam jangka waktu 10 tahun pada rentang usia di bawah 60 tahun. Selain itu, tidak adanya gigi yang perlu diasah dapat menurunkan resiko gigi berlubang dan gigi sensitif akibat proses pengasahan. Proses penanaman implan gigi pada tulang rahang juga dapat mempertahankan dimensi tulang pada daerah tidak bergigi, sehingga tetap kokoh dan tidak terlihat cekung.



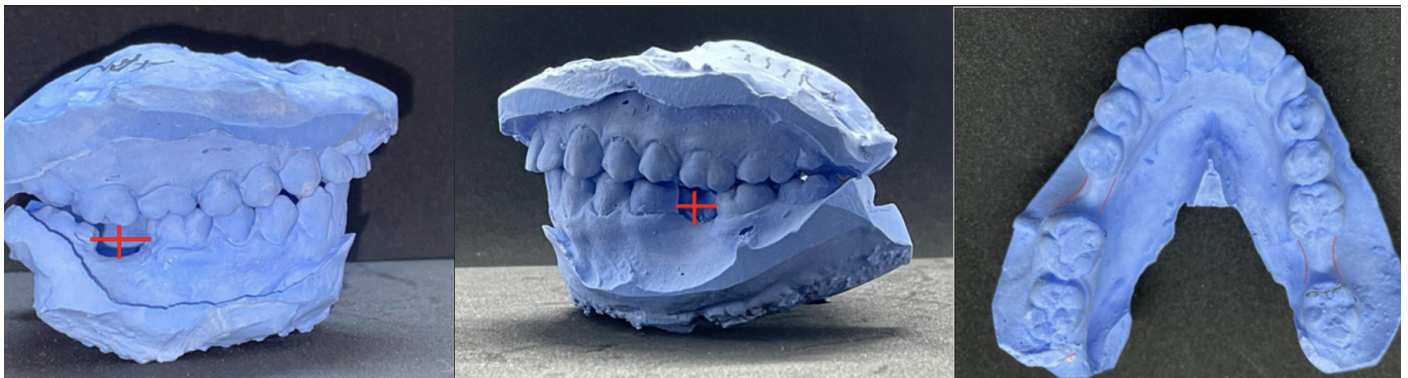
Gambar 2: Pembuatan implan gigi untuk menggantikan 1 gigi hilang.



Gambar 3: All on six untuk kasus kehilangan gigi total

Pemeriksaan standar yang diperlukan sebelum pemasangan implan gigi adalah dental panoramik dan *cone beam computed tomography* (CBCT). Selanjutnya kondisi klinis pasien akan dievaluasi, yang meliputi ketebalan tulang, profil gusi, dan profil senyum, untuk menentukan apakah pasien tersebut layak untuk dilakukan pemasangan implan gigi dan dilakukan pencetakan model gigi (Gambar 4). Prosedur pemasangan implan gigi dapat dilakukan secara langsung pasca pencabutan gigi, ataupun pada daerah yang sudah kehilangan gigi. Jumlah tatap muka untuk pemasangan implan gigi rata-rata berkisar 4-5 kali pertemuan yang terdiri dari:

- A. Cangkok tulang dan gusi
- B. Pemasangan implan gigi dan cover screw
- C. Pemasangan healing abutment
- D. Cetak
- E. Pemasangan prothesis abutment dan mahkota gigi (crown)



Gambar 4: Pembuatan model studi untuk melakukan perhitungan lebar dan ketinggian mahkota implan gigi

Prosedur pencangkokan tulang atau gusi dilakukan pada awal perawatan bila didapatkan tulang rahang atau lapisan gusi pada daerah yang akan dipasang implan tidak cukup tebal. Prosedur ini dapat dilakukan bersamaan dengan pemasangan implan gigi atau sebagai perawatan pendahuluan tergantung dari kondisi klinis. Selanjutnya, dilakukan penyesuaian dan pemilihan ukuran dan posisi implan yang akan digunakan. Implan gigi yang sudah dipasang selanjutnya ditutup dengan cover screw, kemudian dipendam di dalam gusi dan dibiarkan menyatu dengan tulang (osteointegrasi). Waktu ini memerlukan setidaknya

3 bulan untuk rahang bawah dan 6 bulan untuk rahang atas. Selama proses penyatuan tulang dan implan, gusi tempat dipasang implan gigi akan menutup kembali. Gigi palsu sementara dapat digunakan untuk keperluan estetik dalam jangka waktu ini. Setelah terjadi osteointegrasi, gusi yang menutupi implan akan dibuka dan cover screw akan diganti oleh healing abutment (Gambar 5) untuk membentuk profil gusi, yang membutuhkan waktu 2 minggu. Selanjutnya, dapat dilakukan tahap akhir dari prosedur dental implan yaitu pembuatan mahkota (crown).



Gambar 5: Pemasangan healing abutment dan pembuatan mahkota gigi.

Apabila anda tertarik untuk melakukan pemasangan implan gigi di RSUD ULIN Banjarmasin, silahkan menjadwalkan konsultasi di KSM gigi dan mulut. Prosedur pemasangan implan gigi akan dilayani secara multi-disiplin ilmu, yaitu oleh spesialis bedah mulut dan maksilofasial, spesialis periodonsia, dan spesialis prostodonsia.



Perawatan Kesehatan Gigi Anak

drg. Ike Ratna Dewi, Sp.KGA, M.Kes, CMC

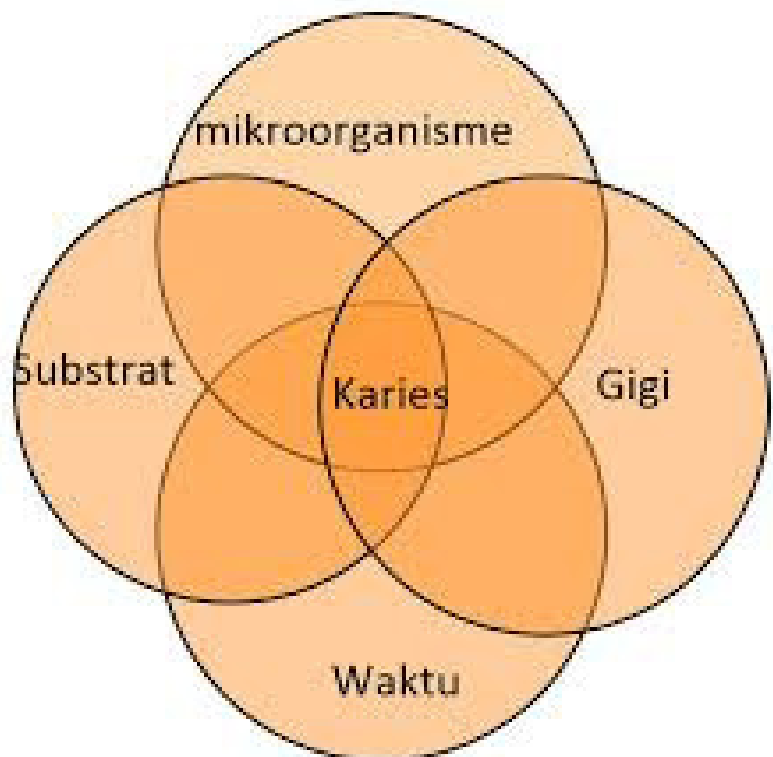
Dokter Gigi Spesialis Kedokteran Gigi Anak Staf KSM Gigi dan Mulut
RSUD Ulin Banjarmasin

Kedokteran gigi anak adalah spesialisasi yang menyediakan pencegahan dan terapeutik primer dan komprehensif perawatan kesehatan untuk bayi, anak-anak, sampai remaja berdasarkan standar WHO (World Health Organization) anak berusia dibawah 18 tahun. Termasuk bagi mereka yang membutuhkan perawatan kesehatan khusus (Anak Berkebutuhan Khusus). Perawatan kesehatan gigi anak sangat penting dilakukan sedini mungkin walaupun nantinya gigi susu akan digantikan gigi permanen. Gigi bayi sangat membantu anak untuk berbicara dan mengunyah dengan baik. Selain itu, gigi susu juga akan dijadikan sebagai guide atau pemandu untuk tumbuhnya gigi permanen.

Anatomi gigi susu mirip dengan gigi permanen dimana gigi susu dibagian mahkota terdapat lapisan *enamel*, *dentin*, dan *pulpa*. Sedangkan di bagian akar gigi terdapat lapisan *cementum*, *dentin*, dan *pulpa*. Yang membedakan lapisan enamel dan dentin lebih tipis dan tanduk pulpa bagian mesial lebih tinggi di gigi geraham. Oleh sebab itu apabila gigi susu mengalami kerusakan prosesnya lebih cepat dan banyak. Kerusakan gigi pada lapisan *enamel* pada gigi anak tidak mengalami keluhan sakit dan jika dibiarkan pada lapisan dentin, anak-anak akan mengalami ngilu bahkan sedikit sakit. Jika anak tersebut tidak dilakukan perawatan pada giginya, maka jaringan pulpa akan mengalami kerusakan sehingga anak akan mengalami sakit yang luar biasa. Gigi yang dibiarkan rusak hingga jaringan pulpa akan mengalami *nekrosis* atau kematian pada gigi tersebut. Jika dalam kondisi kronis akan terdapat jaringan kronis itu seperti kista, *granuloma*, *fibroma*, dan *polip*. Sedangkan dalam kondisi akut akan terjadi abses atau nanah pada gusi dan jaringan sekitar.

Proses gigi berlubang adalah hasil interaksi dari bakteri di permukaan gigi, plak, atau biofilm, dan diet (khususnya komponen karbohidrat yang dapat difermentasikan oleh bakteri plak dan asam, terutama asam laktat dan asetat) sehingga terjadi demineralisasi jaringan keras gigi dan memerlukan cukup waktu untuk kejadiannya. Menurut Newburn dalam Suwelo (1992), gigi berlubang dapat dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu: gigi/saliva, mikroorganisme, substrat dan waktu. Gigi berlubang adalah proses kerusakan yang dimulai dari email terus ke dentin.

Gigi berlubang merupakan penyakit yang berhubungan dengan banyak faktor yang saling mempengaruhi, ada empat faktor utama yaitu gigi dan saliva, mikroorganisme, substrat serta waktu, sebagai faktor tambahan. Keempat faktor tersebut digambarkan sebagai empat lingkaran. Bila keempat lingkaran tersebut tumpang tindih maka terjadi gigi berlubang.



Faktor Utama gigi berlubang

Ajarkan anak untuk merawat kesehatan gigi dengan rutin jika masih belum memiliki gigi, orang tua bisa menyikat gusinya dengan sikat yang sangat lembut atau dengan menggunakan kassa untuk membersihkan seluruh rongga mulut minimal dua kali sehari setelah makan dan menyusu. Gunakan air hangat pada kain kassa tersebut secara perlahan. Jika sudah tumbuh gigi susu tersebut kenalkan dengan segera sikat gigi pada si kecil, gosok secara perlahan gigi yang sudah tumbuh tersebut minimal dua kali sehari setelah makan pagi dan sebelum tidur di malam hari. Usahakan jangan memberikan makan atau minum kecuali air putih hingga keesokan harinya. Jangan biarkan anak anda tidur dengan botol susu bayi, jus, susu formula, atau

cairan manis lainnya. Jika mereka pada waktu tidur ingin minum diberi air putih saja. Bagi anak dengan usia lebih dua tahun, awasi dan bantu saat mereka menyikat gigi.

Pemeriksaan ke dokter gigi kapan bisa dilakukan? Waktu terbaik membawa anak ke dokter gigi dilakukan pada usia 1 tahun atau pada saat gigi pertama anak muncul. *The American Dental Association* merekomendasikan anak-anak mulai melakukan pemeriksaan gigi pada usia sekitar 1 tahun atau saat gigi pertama mereka muncul. Setelah itu, orang tua bisa rutin mengajak anak ke dokter gigi setiap 3-6 bulan sekali. Pada kunjungan pertama ke dokter gigi, maka dokter akan memeriksa mulai dari rahang hingga langit-langit mulut untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan gigi anak. Dokter gigi mencoba membiasakan anak-anak duduk di kursi gigi sendiri dan memperkenalkan alat-alat yang digunakan oleh dokter gigi. Hal ini dilakukan untuk membangun rasa berani, nyaman, dan percaya diri pada anak, dimana ada beberapa anak yang merasa takut melihat perlengkapan dokter gigi sehingga tidak jarang anak-anak merengek, menangis, bahkan berteriak histeris ingin pulang sehingga pemeriksaan atau perawatan gigi gagal. Akibat dari perawatan gigi yang gagal dengan pola makan yang buruk mengakibatkan gigi berlubang. Memasuki usia 5-12 tahun, gigi susu akan tergantikan oleh gigi permanen. Pada masa ini, anak harus rutin dibawa ke dokter gigi untuk memantau pergantian gigi tersebut. Jangan sampai gigi susu belum tanggal sedangkan gigi permanen sudah tumbuh. Hal ini akan membuat gigi permanen tumbuh tidak beraturan.

Email gigi susu sangat rentan terhadap kerusakan karena tidak sekuat email gigi permanen. Gigi susu pertama pada bayi biasanya muncul pada usia 6-10 bulan, gigi susu akan terus tumbuh sampai anak berusia 3 tahun dan berjumlah 20 gigi. Peran serta orang tua sangatlah penting dalam menjaga kesehatan gigi anak, pengawasan dan bantuan orang tua sangat dibutuhkan untuk memastikan anak-anak menyikat gigi dengan baik dan benar.

Tips menjaga kesehatan gigi anak

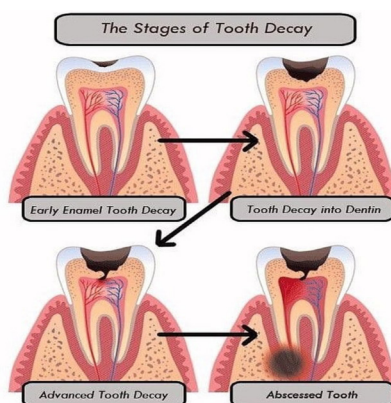
1. Bila anak telah lahir, biasakan rongga mulut anak dalam keadaan bersih sejak bayi
2. Setiap selesai minum ASI/susu, sebaiknya rongga mulut anak dibersihkan menggunakan kassa steril atau waslap yang dibasahi air matang hangat,
3. Bila gigi susu telah tumbuh baru dapat dibersihkan

dengan sikat gigi yang sangat lembut

4. Untuk anak usia 1-2 tahun, menggunakan sikat gigi tahap 1 yang lembut dengan pasta gigi tanpa flouride seukuran butir padi atau tidak sama sekali menggunakan pasta gigi
5. Untuk anak usia dua tahun keatas dapat menggunakan sikat gigi anak tahap 2 dengan pasta gigi berflouride rendah seukuran kacang polong. Usahakan anak untuk bisa berkumur dan membuang air kumur sehingga tidak tertelan

Selain kebiasaan membersihkan gigi dan mulut dengan sikat dan pasta gigi, anak harus dibiasakan memakan makanan yang mengandung serat, mengurangi makan-makanan manis dan lengket. Anak juga dibiasakan untuk meminum air putih setelah makan dengan tujuan membersihkan sisa makanan dan manis yang menempel pada gigi dan gusi. Namun perlu diperhatikan kembali soal makanan karena anak-anak rentan terkena gigi berlubang bila tidak dibersihkan dimana gigi berlubang menimbulkan rasa sakit, mengakibatkan gusi bernanah, tumbuhnya jaringan gusi kronis yang menimbulkan rasa sakit sehingga mengganggu nafsu makan anak. Bila anak susah makan, maka nutrisi yang masuk ke dalam tubuh berkurang dan pada akhirnya mengakibatkan anak mengalami stunting (Anak Gizi Buruk). Gigi susu berlubang juga memengaruhi susunan gigi sebab fungsi gigi salah satunya adalah menjaga tempat bagi gigi permanen penggantinya. Selain itu, gigi berlubang dapat memengaruhi pelafalan beberapa huruf kurang jelas.

Untuk menghindari gigi berlubang dapat pula dilakukan perawatan *preventif* (pencegahan) ke dokter gigi dengan cara dilakukan perawatan pada gigi geraham memberikan tambalan fissure sealant pada gigi geraham susu atau gigi geraham permanen muda. Perawatan ini dilakukan untuk mengurangi kelekatan makanan pada bagian ceruk permukaan gigi geraham yang dalam sehingga makanan tidak terjebak dan mudah dibersihkan. Selain itu, pencegahan dapat juga dilakukan dengan aplikasi flouride ke seluruh permukaan gigi anak setiap 3-6 bulan sekali di dokter gigi. Untuk perawatan tambahan, dokter gigi bisa memberikan kalsium (CCP-ACP) yang digunakan setiap hari untuk proses penguatan enamel gigi anak, bahkan bisa mengembalikan mineral gigi tersebut (*remineralisasi*).





dr. Jefry Albari Tribowo, Sp.And

(Ahli permasalahan seksual dan kesuburan pria)

Staf KSM Obstetri Ginekologi, Klinik Kesuburan RSUD Ulin Banjarmasin

Panjang Penis Normal Anak



Untuk para orang tua perlu waspada terhadap gangguan pertumbuhan panjang penis pada anak laki-laki, karena jika dibiarkan bukan tidak mungkin ke depannya penisknya tidak memanjang secara optimal sehingga menimbulkan kekhawatiran pada anak dan juga gangguan fungsi reproduksi. Di artikel kali ini kita akan membahas berapa panjang penis yang normal pada anak laki-laki, bagaimana cara mengukurnya, dan apa yang harus dilakukan jika ternyata panjang penis anak tersebut tidak normal.

Seiring bertambahnya usia anak laki-laki, terjadi tumbuh kembang yang salah satunya adalah pertumbuhan dari panjang penis. Pertumbuhan panjang penis anak laki-laki ini penting untuk diperhatikan apakah sudah masuk ke dalam kategori normal atau belum, karena jika panjangnya ternyata di bawah nilai normal maka hal ini menunjukkan terjadinya permasalahan di tubuh sang anak. Ada berbagai

faktor yang dapat menyebabkan gangguan terjadinya pertumbuhan panjang penis pada anak, yang paling sering adalah disebabkan adanya gangguan pada hormon testosteron, gangguan genetik, atau juga tidak menutup kemungkinan terdapat faktor-faktor penyebab lainnya.

Pada dasarnya penis anak akan bertumbuh secara signifikan ketika ia menginjak usia pubertas antara 10-14 tahun. Tetapi pada usia awal-awal sebelum puber sendiri, penis anak juga akan terjadi pertumbuhan sedikit demi sedikit dan perlu untuk diawasi secara rutin.

Panjang penis pada anak juga dipengaruhi oleh faktor ras anak tersebut. Dan permasalahan data-data yang terdapat di berbagai penelitian itu bersumber dari ras-ras Eropa hingga Afrika. Sekarang pertanyaannya adalah, berapa panjang penis yang normal pada anak-anak di Indonesia? Berikut ini adalah tabel panjang penis normal yang digunakan oleh Dokter Spesialis Andrologi:

Usia (Tahun)	Panjang Normal (cm)
0	2,8-3,8
1	3,3-4,4
2	3,5-4,6
3	3,8-4,9
4	4,0-5,1
5	4,0-5,3
6	4,2-5,3
7	4,2-5,4
8	4,4-5,5
9	4,7-6,0
10	4,8-6,1
11	4,9-6,8
12	5,3-7,1
13	6,6-9,3

Yang harus diperhatikan, ukuran panjang tersebut diukur dengan metode pengukuran panjang penis yang diregangkan. Adapun cara untuk mengukurnya adalah:

- Posisikan anak dalam posisi tidur telentang
- Tarik bagian kepala penis secara halus hingga ke atas maksimal (hindari jangan sampai timbul nyeri)
- Letakkan penggaris di atas dari batang penis (jika perut anak gemuk maka bisa pula dengan meletakkannya di samping kiri/kanan penis)
- Tekan penggaris hingga ujung tubuh anak
- Hitung dari ujung perut hingga ke kepala penis (bukan kulup penis)

Jika setelah dilakukan pengukuran dengan metode di atas, namun panjang penis tidak mencapai angka normal maka hal ini bisa jadi menunjukkan sebuah permasalahan pada pertumbuhan penis, yang bisa saja masuk ke dalam kategori *small penis* atau bahkan *micropenis*. Bedanya *small penis* dan *micropenis* adalah, jika *small penis* itu panjang penisknya sedikit di bawah nilai normal, sementara *micropenis* disebut jika panjang penisknya berada cukup jauh di bawah nilai normal. Pada prinsipnya keduanya perlu diwaspadai, karena ini menunjukkan bahwa penis tidak memanjang secara optimal.

Adapun gangguan lain yang sering menyerupai kondisi *micropenis* adalah *buried penis*, atau bahasa awamnya penis yang terkubur. Pada kondisi ini, penis pada anak terlihat kecil pada pemeriksaan awal, namun setelah dilakukan pengukuran panjang penis lebih lanjut ternyata panjang penis berada pada nilai normal.

Kondisi ini sering terjadi pada anak-anak dengan kondisi kegemukan atau obesitas yang berat sehingga lemak di sekitar daerah penis-nya menutupi bagian dari penis. Pada kondisi ini, maka biasanya salah satu anjuran yang perlu dilakukan adalah mengatur berat badan anak juga mempertimbangkan pertimbangan operasi ke dokter ahli pembedahan.

Ketika sudah mengarah kecurigaan pada gangguan pertumbuhan penis, maka sangat penting untuk membawa anak untuk diperiksa ke dokter Andrologi agar mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut juga penanganan sesuai yang diperlukan.

Biasanya dokter Andrologi akan melakukan pengukuran ulang terlebih dahulu, kemudian memeriksa organ reproduksinya mulai dari lubang kencing, buah zakar, dan penis apakah terdapat kelainan atau tidak, kemudian akan dilanjutkan pemeriksaan hormon melalui pengambilan darah sesuai indikasi jika diperlukan.

Jika pada anak tersebut memungkinkan diterapi, maka akan diberikan obat-obatan dalam bentuk suntikan yang diberikan secara berkala agar membantu memacu pertumbuhan panjang penis secara optimal sambil dievaluasi secara berkala.

Kemungkinan untuk perbaikan panjang penis sendiri diharapkan dapat terjadi setelah pemberian terapi sekitar 2-3 bulan tergantung pada respon terhadap pengobatan. Diharapkan setelah diberikan pengobatan dan diawasi secara rutin, penis memanjang sesuai dengan target normal berdasarkan usia anak.



Persiapan dan Tatalaksana Tindakan Sirkumsisi (Sunat)

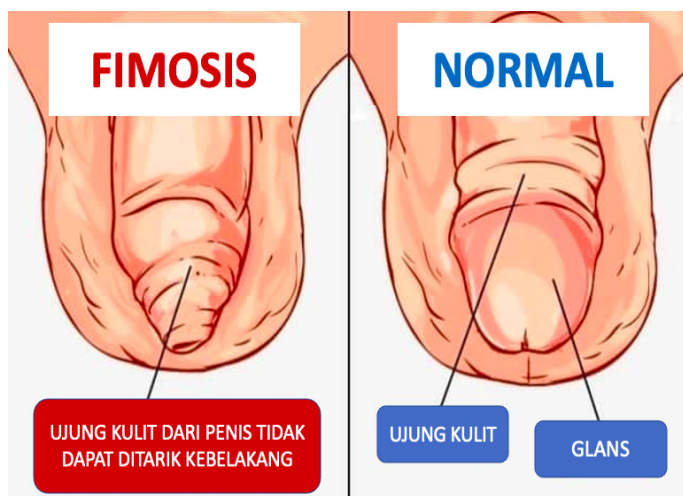


dr. Akmal Fawzi Yusril Umam Sp.U
Staf KSM Urologi RSUD Ulin Banjarmasin

Sirkumsisi (sunat) adalah tindakan membuang preputium atau kulit yang menutupi kepala penis. Sirkumsisi merupakan salah satu tindakan bedah tertua yang ada. Pada sebuah prasasti pada kuil di Mesir tahun 2345-2182 SM, terlihat bahwa sirkumsisi sudah dilakukan pada anak berusia 10-12 tahun. Sirkumsisi pada zaman dahulu dilakukan karena alasan keagamaan, seperti pada umat Islam atau Yahudi, atau karena alasan ritual pada beberapa suku seperti suku Aztec, aborigin, Maya, dan beberapa suku di Afrika. Pada zaman modern saat ini, sirkumsisi sudah dilatarbelakangi oleh alasan kesehatan karena menurut penelitian dapat menurunkan angka terjadinya penyakit Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan infeksi menular seksual sehingga oleh WHO dijadikan salah satu program untuk menurunkan angka penularan HIV.

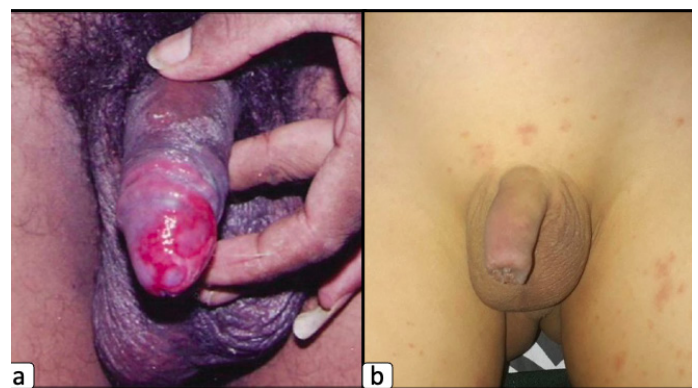
Sebelum melakukan sirkumsisi, persiapan yang perlu dilakukan adalah mengetahui indikasi dan kontraindikasi

dilakukannya sirkumsisi. Hal ini perlu dilakukan karena akan mempengaruhi kondisi penis setelah dilakukan sirkumsisi. Fimosis adalah salah satu indikasi dilakukannya sirkumsisi. Pada fimosis, terdapat penyempitan pada ujung kulit penis sehingga kulit penis tidak dapat ditarik ke belakang. Bila didapatkan adanya fimosis, air kencing terkadang masih ada yang tertinggal di dalam dan di sekitar kulit penis sehingga lama kelamaan akan menyebabkan infeksi pada kulit penis (postitis) atau pada glans penis (balanitis). Bahkan tidak jarang juga ditemukan infeksi pada kulit dan glans penis (balanopostitis). Bila sudah terjadi infeksi seperti ini, perlu diberikan pengobatan antibiotik untuk meredakan infeksi dan setelah kondisi infeksi teratasi, segera dilakukan tidak sirkumsisi untuk mencegah terjadinya infeksi yang berulang. Pada kondisi fimosis yang parah, dapat disertai juga adanya kondisi ujung kulit penis yang menggelembung dan pancaran kencing yang keluar sangat kecil.

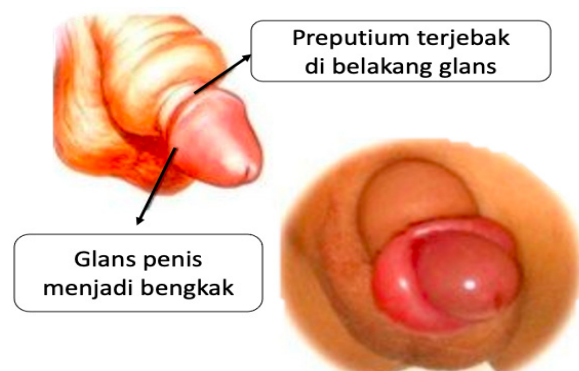


Gambar 1. Perbandingan penis fimosis dan normal

Indikasi lain untuk melakukan sirkumsisi adalah adanya parafimosis. Parafimosis terjadi ketika kulit preputium penis tidak dapat kembali ke posisi semula setelah ditarik ke belakang. Kondisi ini dapat menyebabkan terbentuknya cincin yang mencengkram glans penis dengan sangat ketat, yang lama kelamaan akan menyebabkan pembengkakan pada glans penis dan rasa nyeri. Jika terjadi pembengkakan dan nyeri, sulit untuk mengembalikan kulit ke posisi normal, sehingga perlu dilakukan tindakan sirkumsisi atau dorsal slit.



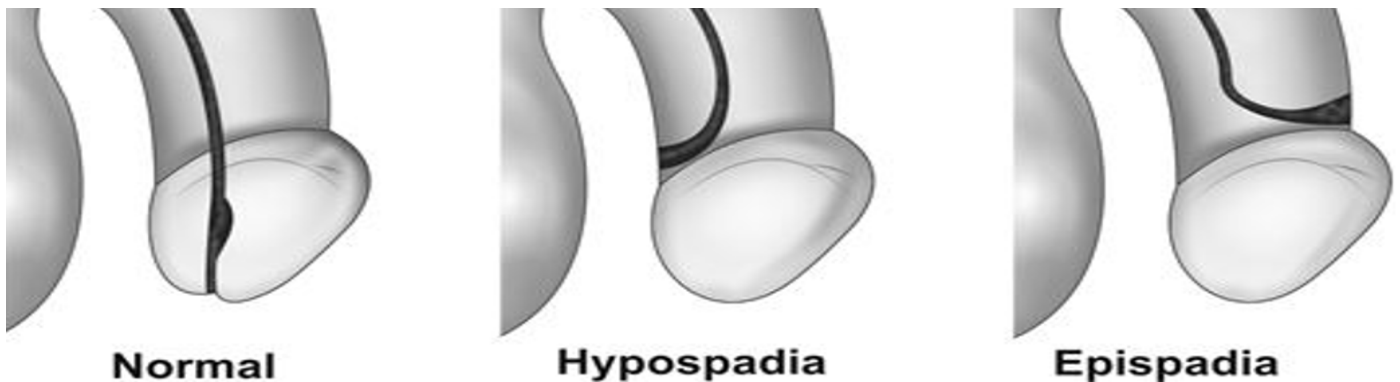
Gambar 2. balanitis pada glans penis (a)
postitis pada preputium (b)



Gambar 3. Parafimosis

Sementara itu, kontraindikasi untuk melakukan sirkumsisi adalah ketika lubang tempat keluarnya kencing tidak berada di ujung penis. Pada kondisi ini, lubang tersebut bisa terletak di bawah penis dan disebut hipospadia, atau di atas penis yang disebut epispadia. Selain itu, mikropenis yang ditandai dengan ukuran penis yang terlalu kecil juga

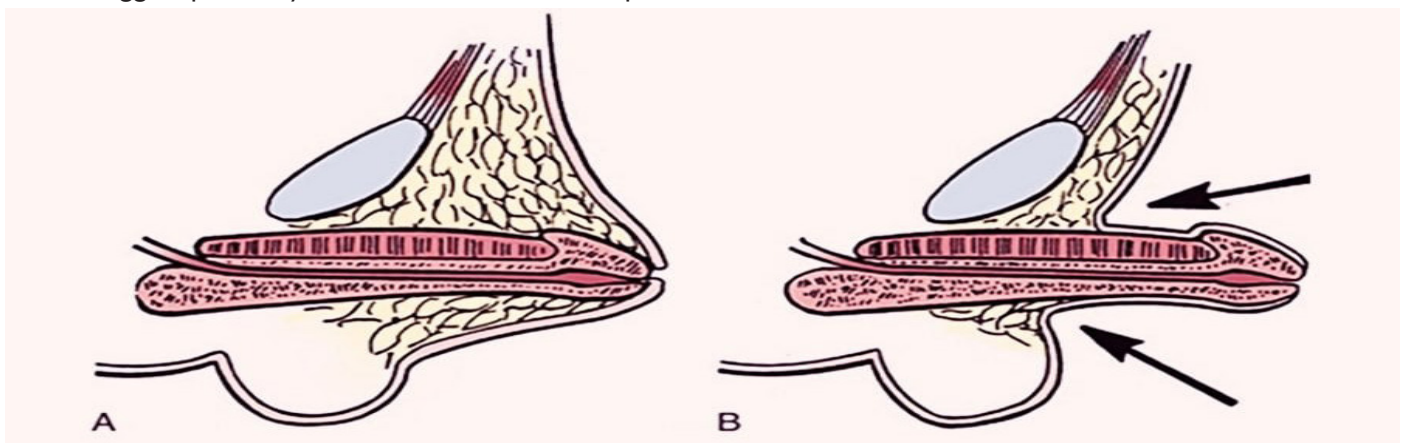
menjadi kontraindikasi untuk sirkumsisi. Pada kasus ini, diperlukan evaluasi terlebih dahulu untuk menentukan apakah terdapat kelainan hormonal atau kromosom. Jika ada kelainan, perlu dilakukan terapi hormonal untuk memperbesar ukuran penis hingga ukuran normal sebelum melakukan sirkumsisi.



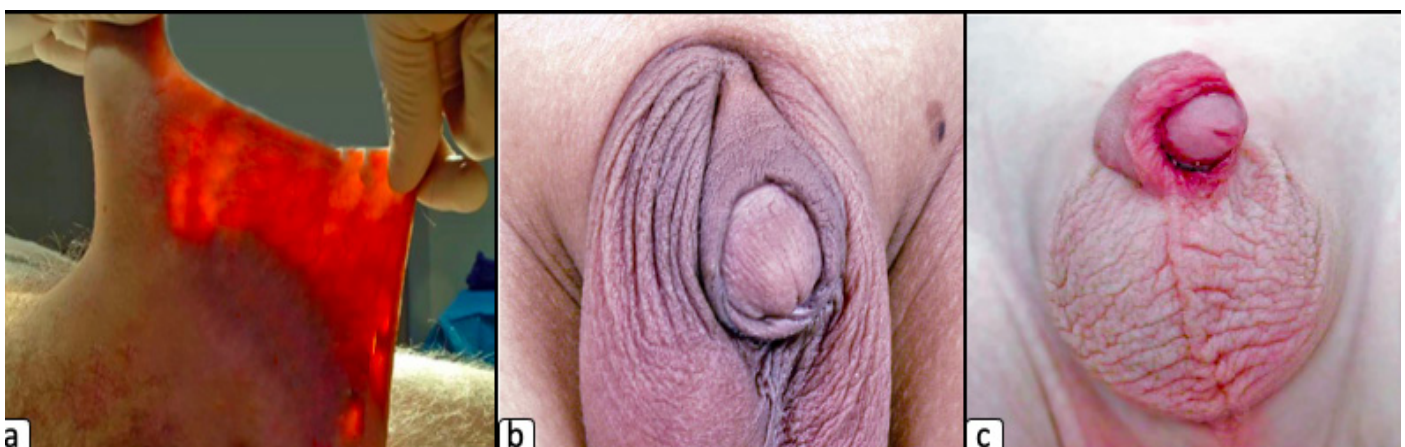
Gambar 4. Perbandingan penis normal, hipospadia dan epispadias

Pada kasus buried penis, biasanya terjadi kelainan pada jaringan pengikat penis yang berada terlalu dekat dengan glans, menyebabkan penis terkubur dan terdorong ke dalam perut bagian bawah. Faktor lain yang dapat memperparah kondisi ini adalah obesitas atau kegemukan, yang membuat penis terlihat lebih kecil dan pendek. Kelainan pada perlekatan kulit di bagian bawah penis yang terlalu tinggi dapat menyebabkan kulit scrotum dan penis

melekat sehingga penis terlihat terbungkus. Hal ini dikenal sebagai webbed penis. Selain itu, posisi penis yang terletak di tengah antara scrotum atau buah zakar, juga disebut sebagai transposisi peniskrotal, dan adanya perputaran pada penis yang menyebabkan bentuknya bisa berputar searah atau berlawanan arah jarum jam juga menjadi kontraindikasi untuk melakukan sirkumsisi.



Gambar 5. Pebandingan buried penis (A) dan penis normal (B)



Gambar 6. Kelainan pada penis dan preputium: (a) webbed penis, (b) transposisi penoscrotal, (c) torsio penis

Setelah memahami indikasi dan kontraindikasi sirkumsisi, kita dapat menentukan apakah tindakan ini dapat dilakukan. Persiapan untuk sirkumsisi sendiri tidak membutuhkan banyak hal; jika pasien kooperatif, sirkumsisi dapat dilakukan dengan anestesi lokal, tetapi jika tidak, anestesi total mungkin diperlukan. Berbagai teknik dapat digunakan, mulai dari sirkumsisi konvensional hingga dengan bantuan alat seperti klem. Teknik konvensional seperti dorsumsisi dan guillotine masih umum digunakan, tetapi teknik modern dengan alat seperti Gomco klamp, Plastibell, Mogen klamp, Tara Klamp, Smart Klamp, Shang Ring, dan PrePex juga populer saat ini. Meskipun teknik

dengan alat dapat mempercepat proses sirkumsisi, beberapa kelemahan dapat timbul, seperti perdarahan, penyembuhan luka yang lebih lambat, dan risiko infeksi pasca-tindakan. Penting untuk memperhatikan kondisi pasien, seperti usia, ukuran penis, dan panjang sisa mukosa, karena tidak semua pasien cocok untuk teknik sirkumsisi tertentu. Selain itu, terdapat kontraindikasi yang perlu diperhatikan, seperti kelainan anatomi pada penis seperti hypospadias, epispadia, atau buried penis. Dengan memahami indikasi dan memilih metode yang tepat, diharapkan dapat mengurangi risiko komplikasi dan memberikan hasil yang baik bagi pasien setelah sirkumsisi dilakukan.

Album



Pembekalan Pendidikan Profesi Ners
Prodi Keperawatan FK ULM, 04 Maret 2024



Forum Konsultasi Publik Bersama Ombudsman
dan Dinas Kesehatan, 06 Maret 2024



Rangkaian Hari Tuberkulosis Sedunia RSUD Ulin
tahun 2024, 27 Maret 2024



Penyerahan SPMT dan Surat Tugas Bagi Tenaga
PPTK RSUD Ulin TA 2023-2024, 06 April 2024



RSUD Ikut Berperan Dalam Acara Haul Datu Kalampayan
Syekh Muhammad Arsyad Al Banjari, 15 April 2024



Halal Bihalal Idul Fitri Direktur beserta Karyawan (i) Selepas
Apel Pagi, 16 April 2024

Nyeri Kronis Pasca Operasi : Kejadian, Faktor Risiko dan Pilihan Terapi Preventif



dr. Rory Denny Saputra, Sp.An, M.Sc
Staf KSM Anestesi RSUD Ulin Banjarmasin

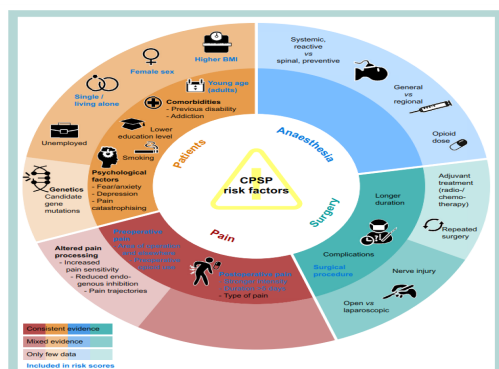
Nyeri pasca bedah kronis/chronic post-surgical pain (CPSP) adalah salah satu komplikasi yang paling sering terjadi setelah operasi, dengan dampak negatif yang penting terhadap kualitas hidup pasien yang signifikan, beban ekonomi dan kesehatan. Median kejadian nyeri kronis pada 6-12 bulan setelah operasi adalah 20-30% dengan sedikit penurunan seiring berjalannya waktu. Insidensinya dapat berbeda tergantung pada jenis operasinya. Namun, variabilitas kejadian yang luas (5-85%) sebagian besar disebabkan oleh perbedaan metodologi yang disebabkan oleh perbedaan metode pengumpulan data dan definisi variabel CPSP (Tabel 1). Nyeri kronis pasca operasi kemungkinan akan tetap menjadi tantangan seiring dengan meningkatnya jumlah operasi di seluruh dunia. Obesitas, penyakit inflamasi, dan peningkatan harapan hidup mengakibatkan peningkatan volume operasi seperti artroplasti pinggul dan lutut yang dikaitkan dengan risiko tinggi CPSP. Artikel ini merangkum pengetahuan terkini tentang faktor risiko CPSP pada orang dewasa dan strategi pencegahannya.

Definisi

Definisi CPSP (yaitu nyeri kronis pasca bedah atau pasca trauma) dibakukan pada tahun 2019 setelah dimasukkan dalam Klasifikasi Penyakit Internasional, Revisi Kesebelas (ICD-11) yang baru.

- Nyeri berkembang atau meningkat intensitasnya setelah prosedur pembedahan atau cedera jaringan.
- Nyeri menetap melampaui proses penyembuhan yaitu ≥ 3 bulan setelah peristiwa pemicunya.
- Lokalisasi: baik pada area bedah/cedera, atau diproyeksikan ke area persarafan saraf di area ini, atau berhubungan dengan dermatom atau zona kepala.

Faktor risiko bedah



- Penyebab nyeri lainnya (misalnya kondisi nyeri yang sudah ada sebelumnya, infeksi, keganasan) tidak termasuk.
- Nyeri kronis pasca operasi seringkali menunjukkan ciri-ciri nyeri neuropatik.

Mekanisme dan karakteristik

Kronifikasi nyeri bersifat kompleks dan patofisiologi yang mendasarinya meliputi sensitisasi perifer (di lokasi cedera) serta sensitisasi sentral (spinal dan supraspinal). Respon inflamasi dan imun terhadap kerusakan aksonal dan jaringan, termasuk pelepasan neurotransmitter di perifer dan sumsum tulang belakang, menyebabkan aktivasi (mikro)glial, aktivitas saraf ektopik dan perubahan aktivitas di dorsal horn. Ada juga perubahan dalam pemrosesan supraspinal termasuk konektivitas jaringan otak dan perubahan modulasi nyeri endogen yang menurun.

Pasien yang mengalami CPSP sering melaporkan gejala klinis yang khas seperti hiperalgesia (peningkatan sensasi nyeri yang disebabkan oleh stimulus yang berbahaya), allodynia (sensasi nyeri yang disebabkan oleh stimulus yang biasanya tidak menyakitkan), disestesia (persepsi sentuhan yang tidak menyenangkan atau kesemutan) menunjukkan kerusakan saraf dan sensitisasi sentral segera setelah operasi. Pasien dengan CPSP neuropatik melaporkan nyeri yang lebih hebat, keterbatasan aktivitas sehari-hari dan penurunan kualitas hidup.

Faktor risiko

Identifikasi dini faktor-faktor risiko dapat memungkinkan stratifikasi risiko dan penerapan strategi pengobatan pencegahan. Beberapa faktor sebelum, selama dan setelah operasi telah diidentifikasi dalam berbagai penelitian.

Gambar 1 Faktor risiko CPSP. Faktor risiko yang diusulkan untuk pengembangan CPSP dan tingkat konsistensi bukti. Gambar diadaptasi dari data Glare dan rekannya, Lavand'homme dan Steyaert dan Lavand'homme. Warna gelap mengacu pada bukti yang konsisten dari penelitian, warna terang mengacu pada bukti campuran atau rendah (lihat legenda warna). Teks berwarna biru mengacu pada faktor risiko yang termasuk dalam skor risiko (Tabel 1). CPSP, nyeri kronis pasca operasi.

Tabel 1 Insiden CPSP untuk berbagai jenis operasi. Data diadaptasi dari beberapa penelitian.^{1,3,5,6,12} CPSP yang parah didefinisikan sebagai nyeri peringkat ≥ 5 pada skala dari 0 (tidak nyeri) hingga 10 (nyeri terburuk yang mungkin terjadi). CPSP, nyeri pasca operasi kronis; NP, nyeri neuropatik.

Jenis pembedahan	Insidensi seluruh CPSP (%)	Insidensi CPSP berat (>5/10)	Nyeri kronis hingga 12 bulan	Proporsi NP
Bedah abdomen (usus& kolorektal)	17-21	Tidak dilaporkan	Tidak dilaporkan	Tidak dilaporkan
Amputasi	30-85	Tidak dilaporkan	75% (tungkai bawah)	80%
Operasi Caesar	6-55	5-10%	Tidak dilaporkan	50%
Kolosistektomi	3-56	5-10%	Tidak dilaporkan	Tidak dilaporkan
Kraniotomi	7-65	25%	Tidak dilaporkan	Tidak dilaporkan
Operasi dental	5-13	Tidak dilaporkan	Tidak dilaporkan	Tidak dilaporkan
Artroplasti panggul	7-23	6%	28%	1-2%
Herniotomi inguinal	5-63	2-4%	30%	80%
Artroplasti lutut	13-44	15%	18%	6%
Mastektomi	11-57	5-10%	43-56% (pembedahan kanker payudara)	65%
Sternotomi	7-50	5-10%	27%	13%
Torakotomi	5-71	10%	41%	45%
Vasektomi	0-37	Tidak dilaporkan	Tidak dilaporkan	Tidak dilaporkan

Nyeri akut pasca bedah

Tingkat keparahan nyeri akut pasca operasi merupakan prediktor CPSP yang konsisten. Meskipun intensitas nyeri akut, khususnya gerakan yang ditimbulkan atau intensitas nyeri terburuk, merupakan faktor risiko penting untuk CPSP, beberapa penelitian menunjukkan bahwa durasi nyeri hebat dan lintasan nyeri sama pentingnya. Nyeri pasca operasi dengan gejala mirip neuropatik dalam hari-hari pertama setelah operasi sangat terkait dengan CPSP neuropatik; penyaringan dengan menggunakan QST (menilai hiperalgesia) atau kuesioner Douleur Neuropathique 4 (DN4) mungkin membantu memprediksi CPSP neuropatik.

Nyeri kronis pra operasi

Pasien dengan nyeri kronis pra operasi, terutama di lokasi pembedahan, mempunyai risiko lebih tinggi terkena CPSP. Kondisi nyeri kronis yang sudah ada sebelumnya (misalnya fibromyalgia, migrain, nyeri punggung bawah) meningkatkan risiko CPSP. Ada kemungkinan bahwa faktor risiko psikososial, penyakit penyerta, dan penggunaan opioid jangka panjang, berkontribusi terhadap tingginya insiden CPSP pada pasien ini.

Faktor risiko psikososial

Faktor risiko psikologis, seperti tekanan psikologis, kecemasan, berkurangnya kemampuan mengatasi rasa sakit, depresi dan kewaspadaan berlebihan, meningkatkan risiko CPSP dan penggunaan opioid jangka panjang.

Faktor risiko terkait pasien

Usia muda (dewasa), jenis kelamin perempuan dan BMI tinggi berhubungan dengan peningkatan risiko. Demikian pula, status pendidikan dan faktor sosial ekonomi telah diidentifikasi sebagai faktor risiko dalam beberapa penelitian.

Faktor risiko CPSP tidak independen satu sama lain: misalnya nyeri pra operasi lebih sering terjadi pada pasien wanita, dan gangguan psikologis berhubungan dengan sensitivitas yang lebih tinggi terhadap nyeri eksperimental serta pra operasi penyakit kronis.

Intervensi farmakologis

Ketamin

Ketamin perioperatif dapat mengurangi konsumsi opioid dan nyeri akut pasca operasi; ini adalah salah satu obat paling menjanjikan yang tersedia untuk mengurangi prevalensi CPSP. Menariknya, efek ini mungkin lebih terlihat pada pasien yang menerima opioid sebelum operasi. Oleh karena itu, ketamin dapat dipertimbangkan terutama untuk penggunaan perioperatif pada pasien yang menggunakan opioid dosis tinggi.

Gabapentinoid

Sebuah meta-analisis baru-baru ini menunjukkan bahwa penggunaan gabapentinoid perioperatif tidak mengurangi kejadian CPSP. Namun, karena gabapentinoid dapat mengurangi nyeri neuropatik, obat ini mungkin cocok digunakan pada pasien tertentu yang menjalani prosedur



yang dapat mengakibatkan kerusakan saraf, seperti operasi tulang belakang yang kompleks.

Lidokain IV

Beberapa penelitian telah mengevaluasi dampak lidokain iv pada CPSP. Lidokain iv selama 24 jam atau kurang berpotensi membantu mengurangi CPSP pada pasien yang menjalani operasi payudara. Namun, tidak ada rekomendasi jelas yang dapat diberikan, kemungkinan efek menguntungkan harus dipastikan, dan dosis serta durasi yang memadai harus ditemukan.

Obat lain

Duloxetine, penghambat *reuptake* serotonin/noradrenalin, meningkatkan penurunan CPM pada pasien dengan polineuropati diabetik, yang menunjukkan dampak pada penurunan modulus nyeri.

Anestesi regional

Anestesi regional perioperatif telah terbukti mengurangi risiko CPSP pada sebagian besar jenis operasi yang diteliti sejauh ini. Dengan memblokir input nosiseptif ke sistem saraf pusat, proses sensitisasi sentral dapat dikurangi jika tidak dicegah.

Pengurangan penggunaan opioid

Konsumsi opioid sebelum operasi termasuk penggunaan opioid kronis merupakan faktor risiko nyeri pasca operasi yang persisten. Mekanisme potensialnya meliputi induksi toleransi opioid, perubahan sistem penghargaan sentral, sensitisasi sentral yang terfasilitasi, dan perubahan inhibisi descending. Aktivasi reseptor

N-metil-D-aspartat (NMDA) dan (mikro)glia adalah beberapa mekanisme molekuler dan mungkin menjelaskan efek ketamin pada pasien dengan nyeri kronis pra operasi. Pengurangan konsumsi opioid sebelum operasi lebih dari 50% telah terbukti meningkatkan hasil 6-12 bulan setelah operasi lutut. Mengurangi penggunaan opioid dengan menggunakan analgesia multimodal, teknik analgesia regional atau dengan menggunakan ketamin berpotensi mengurangi kejadian CPSP.

Intervensi non-farmakologis dan layanan nyeri transisi

Kronifikasi nyeri tidak hanya bersifat biologis tetapi juga merupakan proses yang sangat individual yang melibatkan aspek psikososial dan temporal. Mengingat mekanisme dasar yang kompleks yang menyebabkan nyeri kronis, fokus hanya pada fase perioperatif mungkin terlalu sempit. Pendekatan multidisiplin, termasuk terapi non-farmasi seperti fisioterapi dan dukungan psikologis mungkin jauh lebih efektif.

Kesimpulan

CPSP adalah tantangan klinis dan sosioekonomi penting yang kini dimasukkan dalam ICD-11 baru. Tingkat kejadian spesifik terhadap prosedur dan pembedahan, serta faktor risiko terkait pasien telah diidentifikasi dan beberapa model prediksi telah dikembangkan. Bukti mengenai sebagian besar intervensi farmakologis dan non-farmakologis masih terbatas. Namun, masuk akal untuk mengurangi intensitas nyeri akut dengan menerapkan strategi multimodal dan teknik regional serta membatasi penggunaan opioid sebelum dan perioperatif.



Mengenal Pemeriksaan Histopatologi di Laboratorium Patologi Anatomi RSUD Ulin Banjarmasin



dr. Rita Ervina, Sp.PA

Staf KSM Patologi Anatomi RSUD Ulin Banjarmasin

Perkembangan dunia kedokteran semakin maju dan pesat, kajian ilmu yang di bahas pun semakin luas, terutama dalam diagnosa serta pengobatan penyakit. Didalam dunia kedokteran pengobatan penyakit sangat erat hubungannya dengan diagnosis yang tepat, tentunya dengan perkembangan ilmu kedokteran modern serta peralatan yang canggih, dapat dengan mudah dalam melakukan diagnosis dan diharapkan terapi tepat sasaran. Salah satu nya adalah Patologi Anatomi yang merupakan cabang kedokteran untuk mengidentifikasi kelainan yang terdapat di dalam tubuh seseorang serta berperan untuk menentukan penyebab kematian (otopsi klinik).

Patologi Anatomi merupakan laboratorium khusus untuk mendiagnosa penyakit melalui materi biologi yang berasal dari organ atau jaringan, sel, atau cairan tubuh. Sampel atau jaringan tersebut nantinya akan di lakukan proses pengawetan dan dilakukan perlakuan khusus dengan menggunakan alat, sehingga akan menghasilkan sampel jaringan yang diperiksa di bawah mikroskop cahaya oleh dokter ahli Patologi Anatomi, dan hasilnya nya dibuat dalam bentuk laporan tertulis yang akan dikirimkan kepada klinisi yang mengirimkan jaringan tersebut.

Ruang lingkup pemeriksaan Patologi Anatomi terdiri dari pemeriksaan *Histopatologi* (pemeriksaan jaringan), pemeriksaan *sitologi* (cairan tubuh), pemeriksaan potong beku (*Frozen section*), pemeriksaan histokimia, pemeriksaan imunohistokimia dan pemeriksaan molekular.

Apakah pemeriksaan Jaringan?

Pemeriksaan jaringan atau dengan istilah pemeriksaan histopatologi merupakan salah satu cabang ilmu di bidang Patologi Anatomi, yaitu pemeriksaan jaringan tubuh secara mikroskopis dengan bantuan mikroskop untuk melihat perubahan patologis atau kelainan bertujuan mendiagnosis adanya penyakit sehingga dapat membantu dokter untuk menentukan pengobatan. Pemeriksaan jaringan histopatologi merupakan pemeriksaan baku emas (*gold standard*) dalam penegakan diagnosis Patologi Anatomi

Pemeriksaan jaringan atau histopatologi paling sering dipakai untuk membantu mengidentifikasi berbagai jenis penyakit terutama tumor atau kanker. Selain itu dapat juga melihat kelainan penyakit lain seperti penyakit ginjal atau hati, gangguan autoimun, infeksi atau non infeksi, serta pemeriksaan jaringan otopsi.

Jaringan atau spesimen apa saja yang dapat dilakukan pemeriksaan ?

Spesimen yang dapat dilakukan pemeriksaan histopatologi, semua jaringan yang keluar dari tubuh seseorang. berupa spesimen yang didapat dari :

1. Tindakan operasi seperti pengangkatan payudara (*mastectomy*), pengambilan usus buntu (*appendectomy*), pengangkatan usus besar (reseksi colon), pengangkatan ginjal (*nephrectomy*), pengangkatan kelenjar tiroid (*Thyroidectomy*) dan sebagainya.
2. Biopsi yaitu tindakan operasi untuk mengumpulkan tumor secara keseluruhan dengan tujuan untuk mengangkat tumor dan mendiagnosis jenis tumor.
3. Kuretase,
4. TURP (*Trans Urethral Resection of Prostate*) dan TURB (*Trans Urethral Resection Biopsy*),
5. Otopsi dari organ tubuh manusia yang telah meninggal.

Hal-hal apa saja yang perlu dipersiapkan pada pemeriksaan jaringan?

Adapun hal-hal yang perlu dipersiapkan sebelum pengiriman sampel jaringan operasi yaitu :

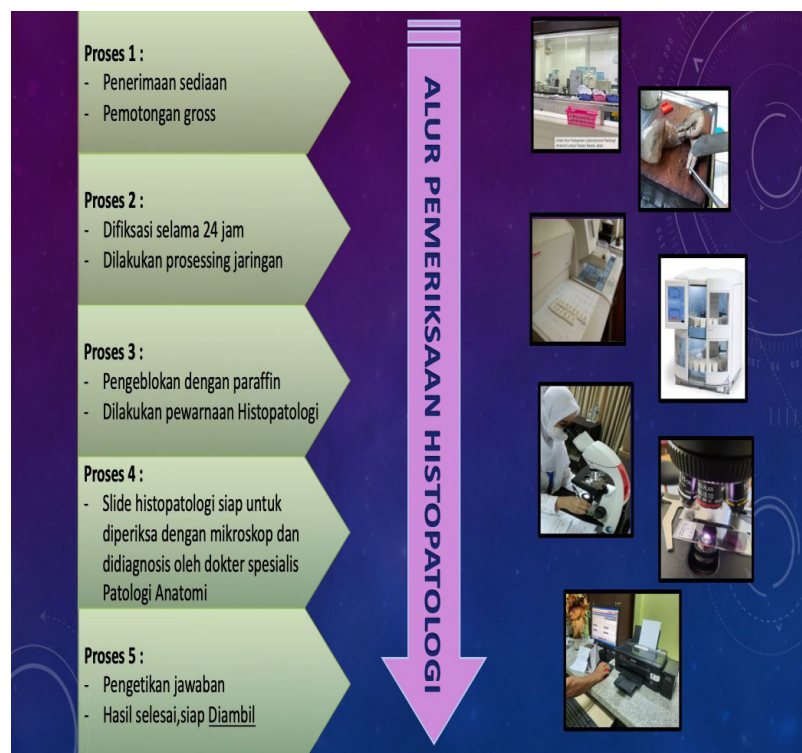
- Formulir permintaan pemeriksaan Patologi Anatomi
- Jaringan operasi yang sudah dilakukan fiksasi atau yang sudah diberi larutan formalin buffer 10%
- Label spesimen. Jaringan operasi yang dikirimkan harus diberi label atau stiker identitas pasien, yang direkatkan pada container atau wadah spesimen, hal ini berisi informasi berupa nama, dan nomor register pasien serta keterangan lain seperti lokasi pengambilan (yang dibutuhkan sesuai standar rekam medis serta tambahan keterangan lainnya seperti nama dokter pengirim, unit pengirim, jenis spesimen dan lokasi asal pengambilan spesimen termasuk informasi posisi kanan atau kiri).

Setelah persiapan untuk pengiriman sampel jaringan ke laboratorium Patologi Anatomi sudah terpenuhi, selanjutnya ada beberapa tahapan yang harus dipersiapkan di laboratorium Patologi Anatomi sehingga akan terbentuk slide preparat yang dapat dibaca hasilnya oleh dokter ahli Patologi Anatomi.

Ada tiga fase dalam pembuatan preparat histopatologi yaitu fase pra analitik, fase analitik dan fase post analitik. Fase pranalitik memegang peranan sangat penting dalam keakuratan diagnosis hingga 75%. Pada fase

ini dimulai dari tahap pengumpulan sampel jaringan atau cairan dikeluarkan dari tubuh manusia, berlanjut hingga pemberian larutan pengawet dengan Formalin buffer 10% atau tidak (pada tindakan potong beku/frozen section), fiksasi spesimen jaringan merupakan Langkah yang sangat penting dan harus dilaksanakan dengan sempurna, tujuan dari fiksasi ini untuk mencegah terjadinya rusaknya jaringan, mempertahankan bentuk dan isi jaringan, serta berperan untuk proses selanjutnya terutama jika diperlukan untuk pemeriksaan molekular. pemberian label serta pengemasan sampel hingga fase transportasi yaitu pengiriman sampel hingga sampai ke laboratorium Patologi Anatomi untuk dapat dilakukan pemrosesan selanjutnya hingga penyerahan slide histopatologi untuk interpretasi. Pada fase pra analitik ini dapat mempengaruhi fase-fase selanjutnya sehingga menjadikannya proses yang kritis, pada fase ini sebagai landasan penting dalam evaluasi

dan penyampaian laporan akurat. Fase analitik memegang peranan sekitar 10%, tahap ini terdiri dari pencatatan data bahan spesimen dan data pasien dan selanjutnya diikuti oleh pengolahan spesimen. Pada fase ini dilaksanakan di Laboratorium Patologi Anatomi dan menjadi tanggung jawab dokter spesialis Patologi Anatomi dan tim di laboratorium. Tahap analitik mencakup penerimaan spesimen, proses pemotongan (makroskopis), pemrosesan spesimen membuat blok paraffin, pembuatan sediaan, pewarnaan hingga interpretasi hasil pemeriksaan. Fase post analitik berperan sekitar 15 % merupakan tahap akhir pemeriksaan, setelah spesimen diproses, dan dilakukan interpretasi oleh dokter ahli Patologi Anatomi, hasil akan di tulis dalam bentuk laporan tertulis yang nantinya dapat diserahkan ke klinisi yang meminta pemeriksaan Patologi Anatomi.



**Tempat Praktek
dr. Rita Ervita, Sp.PA saat ini :**

**RSUD Ulin Banjarmasin
(Instalasi Patologi Anatomi)**

Jadwal Senin- Sabtu

**RSUD Idaman Kota Banjarbaru
(Laboratorium Patologi Anatomi)**

Jadwal Senin- Sabtu



Dr.dr.Pribakti B, SpOG(K)

Staf KSM Obstetri dan Ginekologi RSUD Ulin Banjarmasin

Beda Malapraktik dan Risiko Medik

Sesungguhnya tidak seluruh pengaduan pasien dan keluarganya dapat dikategorikan sebagai malapraktik. Ketidakpuasan pasien dan keluarganya terhadap pelayanan dokter atau rumah sakit akan melahirkan sengketa medik. Dan sengketa medik tak selalu berarti telah terjadi malapraktik. Harus diakui di dalam masyarakat kita termasuk para penegak hukum masih rancu pengertian akan keduanya. Ada yang risiko medik tapi dianggap malapraktik. Demikian sebaliknya. Lalu apa beda malapraktik dan risiko medik ?

Secara harfiah, malapraktik terdiri dari dua kata yaitu “mal” yang berarti “salah” dan “praktik” yang berarti “pelaksanaan” atau “tindakan” sehingga malapraktik berarti “pelaksanaan atau tindakan yang salah”. Jika melihat pengertian harfiah tersebut, kata “malapraktik” bisa dikenakan kepada siapa yang melakukan tindakan atau pelaksanaan atas dasar keahliannya. Dengan kata lain, istilah malapraktik lebih melekat kepada kalangan profesional sehingga oleh beberapa ahli bahasa lebih banyak yang menggunakan istilah *professional misconduct*.

Malapraktik adalah “sikap tindak profesional yang salah dari seorang profesi, seperti dokter, insinyur, ahli hukum, akuntan, dokter gigi, dokter hewan, dll. Malapraktik bisa diakibatkan oleh sikap tindakan yang bersifat tidak peduli, kelalaian, atau kekurangan keterampilan atau kurang kehati-hatian didalam melaksanakan kewajiban profesinya, tindakan salah yang disengaja atau praktik yang bersifat tidak etis. Dalam pemahaman awam, malapraktik lebih melekat kepada kesalahan tindakan yang dilakukan oleh dokter sehingga dikenal istilah “malapraktik medik”.

Walaupun kata-kata malapraktik secara hukum hanya dikaitkan dengan kelalaian medik, *World Medical Association* membuat batasan malapraktik yaitu: “adanya kegagalan dokter untuk menerapkan standar pelayanan terapi terhadap pasien, atau kurangnya keahlian, atau mengabaikan perawatan pasien, yang menjadi penyebab langsung terjadinya cedera pada pasien”. Lebih lanjut mengenai malapraktik medik, istilah ini kemudian berkembang tidak hanya dikenakan kepada dokter semata, namun dikenakan pula kepada tenaga kesehatan lain. Dalam pemaparan diatas tentang malapraktik, ada istilah lain yang masyarakat belum memahami, atau bahkan tenaga medis sendiri pun belum paham apa istilah yang terjadi dalam pelayanannya. Ada yang dikenal dengan risiko tindakan medik yang memiliki makna sangat luas. Risiko

medik terbangun dari kata “risiko” dan “medik”. Risiko sendiri berasal dari kata “risk” yang dalam bahasa Inggris berarti ada kemungkinan terjadinya sesuatu yang tidak baik di kemudian hari, situasi yang dapat membahayakan atau mempunyai hasil yang tidak baik.

Pengertian tindakan medik menurut Permenkes 290/Menkes/Per/III/2008, dengan pengertian tindakan kedokteran adalah suatu tindakan medis, berupa preventif, diagnostik, terapeutik atau rehabilitatif yang dilakukan dokter atau dokter gigi terhadap pasien. Jadi resiko tindakan medik dapat terjadi dalam setiap rangkaian proses pengobatan, seperti pada penegakan diagnosis, saat dilakukan operasi, penentuan obat dan dosisnya, pasca operasi dan lain sebagainya. Risiko medik pun juga dapat terjadi di semua tempat dilakukannya pengobatan misalnya di rumah sakit, klinik, praktik dokter, apotik, di rumah pasien, di tempat umum (pada kegiatan imunisasi, bakti sosial misalnya) dan lain-lain.

Dalam beberapa literatur yang berkenaan dengan “*medical risk*” diketahui ada perbedaan antara risiko medik relatif dan mutlak. Risiko relatif tindakan medik artinya risiko itu bersifat individual dan tidak diperkirakan sebelumnya, sedangkan risiko mutlak bersifat umum. Artinya, semua orang yang mendapatkan tindakan medik itu akan mendapatkan risiko yang sama dan sudah diperkirakan sebelumnya. Risiko relatif dicontohkan dengan orang yang tanpa diketahui sebelumnya ternyata tidak tahan dengan suntikan antibiotik sehingga menyebabkan reaksi syok anafilaktik. Resiko mutlak misalnya rontoknya rambut setelah sering menjalani kemoterapi kanker.

Dalam perspektif medis, para dokter tidak dapat disalahkan jika terjadi kesalahan medik, kecelakaan medik, kelalaian medik. Hal-hal ini terjadi diluar kemampuan dan prediksi pasti dari dokter. Dokter sudah melakukan segala sesuatunya dengan benar dan adekuat sesuai Standar Operasional Pelayanan (SOP) yang disesuaikan juga dengan kondisi dan situasi fasilitas pelayanan. Prinsip pelayanan kedokteran ditekankan kepada upaya, bukan pada hasilnya. Oleh karena itu, dalam sumpah dokter dilafazkan “Saya akan berikhtiar dengan sungguh supaya saya tidak terpengaruh oleh pertimbangan keagamaan, kebangsaan, kesukuan, gender, politik, kedudukan sosial dan jenis penyakit dalam menunaikan kewajiban terhadap pasien”. Ikhtiar berarti upaya yang dilakukan dengan sungguh-sungguh dan dengan mengutamakan kepentingan pasien.

Sisi lain yang menjadi pertimbangan dalam penetapan ada tidaknya tindakan pidana dalam malapraktik medik adalah harus adanya unsur niat melakukan kejahatan. Sedangkan dalam menjalankan profesinya setiap dokter terikat sumpah dokter yang mewajibkan setiap yang melafazkannya untuk menjalankan profesi luhur tersebut dan mempertanggungjawabkannya dihadapan Tuhan Yang Maha Kuasa. Oleh karena itu, dalam perjalanannya sangat sulit membuktikan ada unsur pidana dalam akibat tindakan kedokteran.

Lalu apakah akibat pelayanan medis dapat dipidana? Jawabannya dapat. Sebab dalam pertimbangan hukum ada yang disebut “ benda tersebut yang berbicara” (*the thing speaks for itself*). Walaupun doktrin ini lebih banyak dipakai dalam perkara perdata, namun untuk kasus-kasus tertentu terkadang dipakai dalam perkara pidana. Seperti contoh kasus pembuatan surat kematian palsu yang langsung dibuktikan dengan tidak adanya jenazah yang diterangkan dalam surat , kesalahan mengamputasi dan lain sebagainya.

Maka dari itu organisasi profesi Ikatan Dokter Indonesia mengajak seluruh anggotanya untuk terus mempertahankan serta meningkatkan kompetensinya. Hal

ini bertujuan untuk tetap memberikan mutu pelayanan yang terbaik bagi masyarakat. Kehati-hatian dalam melakukan pelayanan, dengan tetap mengikuti SOP yang ditetapkan serta melakukan upaya semaksimal mungkin berdasarkan kemampuan yang ada, tetap harus dikedepankan oleh setiap dokter yang memberikan pelayanan. Pasien selaku pengguna layanan kedokteran mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu tanpa harus menuntut hasil sesuai pasal 39 UU Praktek Kedokteran no 29 tahun 2004. Namun, pasien juga memiliki kewajiban untuk secara kooperatif bersama dokter dan tenaga kesehatan lain untuk menghasilkan pelayanan yang tepat.

Di negara-negara yang telah berkembang pemahaman akan hukum kesehatannya, setiap sengketa terkait pelayanan kedokteran diselesaikan melalui jalur nonlitigasi atau melalui jalur mediasi. Melalui jalur mediasi dapat diperoleh *win-win solution* yang dapat memberikan manfaat bagi pasien atau keluarga dan dokter. Hal ini bukan berarti menutup tanggung jawab bagi dokter dalam mempertanggungjawabkan akibat dari seluruh tindakannya jika terbukti melakukan pelanggaran. Semoga bermanfaat.



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. H. Fauzan Muttaqin, SpJP -FIHA
Staf KSM Jantung RSUD Ulin Banjarmasin

Fresh Subuh



Jauh sebelum pakar-pakar bilang tentang keutamaan bangun pada pagi hari, berabad-abad yang lalu, Rasulullah telah membiasakan umatnya untuk bangun pagi-pagi. Dengarkan sabdanya berikut ini:

"Ya Allah berkahilah umatku di saat pagi hari" (HR. Ahmad, Abu Dawud, Tirmidzi, Nasa'I).

Dalam At-Tarhib wa At-Tarhib, Al-Mundziri juga meriwayatkan suatu ketika, Rasulullah Saw. Pulang dari masjid sehabis mendirikan shalat subuh dan mendapati Fatimah masih terlelap. Beliau langsung membalikkan tubuh putrinya itu dengan kaki dan berkata, "Fatimah, bangun dan saksikan rezeki Tuhanmu. Allah SWT. Membagi-bagikan rezeki kepada hamba-Nya antara sejak shalat subuh hingga matahari terbit," (Menurut Al-Mundziri hadis ini juga diriwayatkan oleh Al-Baihaqi).

Bahkan, kita-kita kaum muslim disarankan untuk bangun lebih pagi lagi... *"Mereka sedikit sekali tidur di waktu malam, dan di akhir-akhir malam mereka memohon ampun (kepada Allah)."* (QS Adz Dzariyat 17-18).

Ibnu Qayyim berkata, "Barangsiapa mempelajari kebiasaan tidur dan bangun Rasulullah Saw, dia akan menemukan bahwa kebiasaan tidur beliau paling seimbang dan paling bermanfaat bagi tubuh, serta menguatkannya. Beliau tidur di awal malam, lalu bangun pada awal pertengahan keduanya, berdiri dan dan bersiwak, lalu berwudu dan shalat seperti yang diperintahkan Allah....."

Lalu akhirnya dibuktikanlah dari berbagai penelitian, bahwa ternyata bangun pagi sangat bermanfaat bagi kesehatan. Ringkasnya adalah sebagai berikut

1. Mendapatkan Oksigen yang berkualitas

Bangun pagi memberi kesempatan tubuh untuk menghirup udara segar dengan tingkat polusi rendah. Menurut para ahli di bidang kesehatan, udara di sepertiga malam yang terakhir apabila malam dibagi menjadi tiga bagian waktu, sangat kaya dengan oksigen dan belum terkotori oleh zat-zat lain sehingga sangat bermanfaat dalam mengoptimalkan metabolisme tubuh. Hal ini akan mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap vitalitas seseorang dalam aktivitasnya selama seharian penuh.

Nah, dengan kualitas oksigen yang lebih baik tersebut, banyak sekali manfaatnya, di antaranya:

- Memaksimalkan fungsi kerja otak.
- Mencegah kerusakan paru – paru.
- Memperlancar peredaran darah.
- Meningkatkan kekebalan tubuh

2. Mendapatkan vitamin D dalam jumlah yang cukup

Tak hanya itu, bangun pagi juga memberi kesempatan bagi tubuh untuk menerima paparan sinar matahari yang penting untuk tulang. Sinar ultraviolet berada pada kadar tertinggi pada waktu matahari terbit. Paparan ini penting sekali, karena dibutuhkan untuk



membentuk vitamin D dalam tubuh kita. Bayangkan kalau kita tidak mendapatkan vitamin D dalam jumlah yang cukup. Akan banyak masalah metabolisme dan tulang yang akan terjadi.

3. Mencegah terjadinya serangan jantung.

Puncak terjadinya serangan jantung dan stroke dari hasil penelitian ternyata dari jam 3 pagi sampai jam 6 pagi. Kenapa demikian? Ternyata pada saat itu terjadi peningkatan aktivitas saraf simpatis. Saraf simpatis ini adalah saraf yang bekerja di bawah sadar, yang fungsinya macam-macam antara lain merangsang aktivitas jantung, merangsang kontraksi pembuluh darah dan sebagainya.

Nah, pada jam-jam yang disebutkan di atas, akibat peningkatan saraf simpatis maka terjadi peningkatan tekanan darah dan penyempitan pembuluh darah. dan ini beresiko untuk serangan jantung dan stroke.

Namun, terdapat zat yang mampu menghindari efek dari peningkatan saraf simpatis tersebut. Salah satunya Nitrit Oksida (NO). NO ini selalu diproduksi oleh tubuh, bahkan dalam keadaan tidur. Namun produksinya akan meningkat apabila kita beraktivitas. Selain mencegah penyempitan pembuluh darah, NO juga terbukti mampu mencegah kecenderungan pembekuan aliran darah yang dapat menyebabkan stroke, serangan jantung dan lain sebagainya.

Hmm... jadi paham kan, bahwa Allah itu Maha tahu bagaimana mengelola tubuh hambanya.. di saat-saat tubuh kita paling berisiko untuk kena serangan jantung dan stroke, justru Allah menyuruh kita

bangun dan bergerak, agar kita terhindar dari penyakit berbahaya tersebut.

4. Bangun pagi membuat kita berbahagia

Peneliti dari Roehampton University di Inggris juga menyimpulkan kalau bangun pagi membuat tubuh lebih sehat, mood yang baik, dan membuat orang memiliki indeks massa tubuh ideal. "Mereka yang bangun pagi cenderung lebih sehat dan lebih bahagia," ungkap peneliti Dr Joerg Huber, yang dikutip melalui Medic magic.

5. Membuat sukses dan lebih produktif

Sebuah penelitian pada tahun 2008 yang dilakukan di Texas University menemukan bahwa mahasiswa yang sering bangun pagi memiliki nilai yang lebih tinggi dibandingkan dengan mahasiswa yang suka begadang dan jarang bangun pagi.

Bangun pagi membuat seseorang lebih produktif. hal ini karena orang yang bangun lebih pagi memiliki waktu untuk menyiapkan pekerjaan, sementara orang lain masih tertidur. Mereka memiliki waktu yang hening dan baik digunakan untuk berkonsentrasi. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh profesor biologi di University of Education di Heidelberg menemukan bahwa orang yang bangun lebih pagi memiliki energi yang lebih banyak.

Jadi sahabat Ulin News, ayo perbaiki pola hidup kita. Mulai dengan bangun lebih awal. Supaya hidup kita lebih fresh!

**Bangun lebih pagi,
Bekerja lebih rajin,
Berdoa lebih banyak,**

**InsyaAllah sukses
pasti mendekat.**





Direktur Baru, Semangat Baru dr. Diauddin, M.Kes

Pemimpin baru yang sudah lama dikenal keluarga besar RSUD Ulin setelah delapan bulan menjabat sebagai Plt. Direktur, menjabat direktur secara definitive pada 01 February 2024. Berbincang dengan putra asli Banjar kelahiran 23 September 1977 di kota Martapura. Lahir sebagai anak ke -7 dari 8 bersaudara. Tumbuh dan besar di kota Martapura dalam kehangatan ilmu agama di lingkungan Pondok Pesantren Darussalam. Berayahkan pengurus pondok pesantren dengan menerapkan kedisiplinan terhadap anak-anaknya terutama dalam memperkaya akhlak dan ilmu pengetahuan yang baik, salah satu penerapannya adalah mewajibkan pendidikan formal kedelapan anaknya tetap harus bersanding dengan pendidikan agama Islam.

Perjalanan pendidikan di kota Martapura dari SD Tsanawiyah hingga SMA PGRI 1 Martapura, sambil terus mengikuti pendidikan agama, membuat dr. Diauddin muda menghabiskan waktu dengan pendidikan formal dan pendidikan agama. Berkat kedisiplinan membagi waktu dan ketekunan, prestasi akademik tampak cemerlang di bangku SMA, yang kemudian mendorong para guru untuk mendaftarkan beliau ke Fakultas Kedokteran ULM. Pendidikan di Fakultas Kedokteran dilalui dengan baik dan dipertemukan tambatan hati seorang gadis asli Martapura, adik angkatan di almamater yang sama, kemudian menjadi pendamping hidup beliau, dr. Meta Soraya yang saat ini sebagai dokter di Puskesmas Martapura Timur.

Penyuka segala aneka makanan dari pisang ini berhasil menamatkan pendidikan di tahun 2003, berkarya sebagai dokter PTT di PKM Aluh-aluh selama 2 tahun, pindah ke PKM Mataraman, kemudian pindah ke PKM Martapura Timur dan berkarya di sana selama 6 tahun sebelum menjabat sebagai Kabid Penunjang di RS Ratu Zaleha yang tahun kedua dipercaya menduduki jabatan Wakil Direktur Pelayanan Medik yang dijalani beliau selama 1 tahun, kemudian mutasi menjadi Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar, diemban selama 2 tahun. Kembali mendapat kepercayaan menjadi Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPSTP) Kabupaten Banjar, meski hanya dijalani selama 3 bulan, karena dibutuhkan ke Pemerintah Provinsi Kalsel sebagai Kepala Dinas Kesehatan. Menjalani tugas sebagai Kepala Dinas selama 1 tahun 10 bulan, yang mana 8 bulan terakhir sebagai Plt. Direktur RSUD Ulin.

Berorganisasi sudah menjadi hobby selain bermain bola, meski karena kesibukan, tidak lagi dapat

memenuhi kesenangan bermain bola. Organisasi kelompok masyarakat dan yayasan, masih digeluti hingga saat ini, masih terlibat secara penuh dan beberapa organisasi yang masih mempercayakan beliau meski kegiatannya tidak terlalu aktif. Saat ini organisasi yang beliau tekuni menjadi Pengurus Pondok Pesantren Darussalam (ketua Dewan Pengawas), Ikatan Alumni Fakultas Kedokteran ULM (ketua), UDD PMI Kab. Banjar (direktur), Lembaga Amil Zakat Infaq dan Shadaqah Nahdlatul Ulama / Lazisnu Kab. Banjar (ketua), dan masih banyak lagi organisasi yang beliau turut dalam kepengurusannya.

Tanggung jawab atas jabatan yang membutuhkan pemikiran dan kerja diatas rata-rata, dijalani beliau dengan senang dan menganggap semua amanah ini harus dijalankan penuh ketaatan dan keseriusan. "Rumah ulun di Martapura, meski lelah tetapi pulang melihat anak-anak, semua lelah langsung hilang", family man yang memegang prinsip bounding in family harus diusahakan seperti hal sederhana yang beliau dan isteri lakukan, mengagendakan liburan bersama dengan keluarga, minimal satu kali dalam setahun, atau sekedar stay cation, pergi liburan ke tempat-tempat wisata lokal, semua dilakukan bersama-sama, tentu bersama 2 putra dan 2 putri.

Kini, rumah sakit terbesar di Kalimantan dipercayakan Bapak H. Sahbirin Noor (Gubernur Kalsel) untuk dipimpin oleh dr. Diauddin, M.Kes, ada prioritas yang diusung beliau untuk diperkuat yakni memperbaiki image masyarakat tentang RSUD Ulin, terutama IGD dan poliklinik, begitu banyak variabel yang harus diperhatikan, tetapi semua perlahan akan dibenahi. "Kita harus optimis berubah menjadi lebih baik, memberi pelayanan yang sungguh-sungguh paripurna yang diimpikan masyarakat, mau beradaptasi dengan kemajuan teknologi di bidang perumahsakitannya."

Kontributor Sosok : Cathrin



dr. Diauddin beserta keluarga



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

RSUD Ulin Memperingati Hari Ginjal Sedunia Tahun 2024

Kamis, 07 Maret 2024 RSUD Ulin Banjarmasin memperingati Hari Ginjal Sedunia Tahun 2024. Hari Ginjal Sedunia dengan tema “Kesehatan Ginjal Untuk Semua dalam Meningkatkan Pemerataan Akses Pelayanan dan Praktik Pengobatan yang Optimal”. Setelah Simbolis pelepasan Balon di lapangan IPSRS saat Apel Rutin Pagi, acara dilanjutkan dengan pemberian bingkisan kepada pasien Hemodialisa (HD) RSUD Ulin Banjarmasin oleh Ketua PKK Provinsi Kalimantan Selatan Ibu Hj. Raudatul Jannah yang juga menjabat sebagai Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan didampingi Direktur RSUD Ulin dr. Diauddin, M.Kes membagikan ratusan bingkisan kepada pasien cuci darah di RSUD Ulin Banjarmasin.

Acara selanjutnya Ketua PKK Provinsi Kalimantan Selatan membuka seminar kesehatan peringatan Hari Ginjal Sedunia, bertempat di Aula Lantai 8 Gedung Ulin Tower. Dalam kesempatan tersebut, Hj Raudatul Jannah berpesan agar masyarakat khususnya generasi penerus bangsa

untuk bersama-sama menjaga kesehatan ginjalnya. Beliau menghimbau untuk menjaga kesehatan ginjal, dengan cara pola hidup sehat, mengonsumsi makanan yang sehat, berolahraga teratur, istirahat teratur, dan jangan malas untuk minum air putih yang cukup.

Sebelumnya, dalam rangkaian peringatan hari ginjal sedunia ini juga dilaksanakan penyuluhan, pembagian pamflet, dan lomba edukasi melalui media sosial. Direktur RSUD Ulin Banjarmasin dr. Diauddin menyampaikan bahwa RSUD Ulin akan bersiap untuk memberikan pelayanan transplantasi ginjal. Sehingga nantinya pasien yang membutuhkan pelayanan tersebut bisa dilayani di RSUD Ulin. Kepala Instalasi HD RSUD Ulin, dr. Enita Rakhmawati Kurniaatmaja MSc SpPD KGH menyampaikan bahwa peringatan hari ginjal sedunia ini, diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan ginjal.



Gambar 1. Pelepasan balon dalam rangka peringatan Hari Ginjal Sedunia bertempat di Halaman IPSRS RSUD Ulin



Gambar 2. Kadinkes Kalsel, Hj Raudatul Jannah didampingi Direktur RSUD Ulin dr. Diauddin, M.Kes saat memberikan bingkisan kepada pasien di Ruang HD RSUD Ulin Banjarmasin



Gambar 3. Kadinkes Kalsel, Direktur RSUD Ulin Banjarmasin beserta jajaran saat menghadiri seminar Peringatan Hari Ginjal Sedunia di Aula Lantai 8 Ulin Tower.



PHBS (Perilaku Hidup Sehat)

di Lingkungan Kerja



Hari Kesehatan & Keselamatan Kerja
Sedunia