

MediaKom

Sehat Negeriku



KEMENKES RI
Edisi **90**
JANUARI
2018

IMUNISASI EFEKTIF CEGAH DIFTERI

WASPADA
DIFTERI
IMUNISASI
HAK ANAK
UNTUK SEHAT

ISSN 2460-1004



9 772460 100002



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

sehatnegeriku.kemkes.go.id



PORTAL INFORMASI DAN BERITA KEMENKES RI

Etalase

O *utbreak Response Immunization (ORI)* atau pemberian imunisasi ulang secara massal di seluruh wilayah yang terdapat kasus kejadian luar biasa difteri menjadi gebrakan akhir tahun 2017 dari Kemenkes RI dan bakal berkelanjutan.

Pelaksanaan ORI selama tiga putaran dimulai dari sesi pertama pada Desember 2017 lalu, dilanjutkan pada Januari dan terakhir Juli 2018 mendatang. Metodenya dengan mengimunisasi penduduk di sekitar penderita difteri, mulai dari mereka yang tinggal serumah, tetangga, hingga orang yang menengok pasien difteri.

Pemberian vaksin difteri putaran pertama dan kedua adalah dua bulan, sedangkan jarak antara putaran kedua dan ketiga adalah 6 bulan di 21 provinsi. Sedangkan ORI di 18 provinsi dilaksanakan pada Januari 2018.

Provinsi Jawa Timur tercatat menjadi pelaksana ORI terbanyak di 16 kabupaten/kota, Jawa Barat sebanyak 13 kabupaten, Aceh di delapan kabupaten, Banten menjadi tujuh kabupaten, DKI Jakarta lima kota, Sumatera Utara empat kabupaten, dan Kalimantan Barat di empat kabupaten.

Lampung, Jawa Tengah, hingga Kalimantan Timur masing-masing mengadakan ORI di tiga kabupaten. Sementara, pelaksanaan ORI difteri di dua kabupaten di provinsi-provinsi seperti Sumatera Barat, Riau, Sumatra Selatan, Kalimantan Selatan. Sementara, Jambi, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Nusa Tenggara Barat (NTB), Kalimantan Utara hingga Gorontalo mengadakan di tiap satu kabupaten/kota.

Kemenkes pun memperluas wilayah imunisasinya dan terus menyelesaikannya tiga dosis imunisasi dasar Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis-B dan Haemofilus influenza tipe b (DPT-HB-Hib) pada usia 2-4 empat bulan.

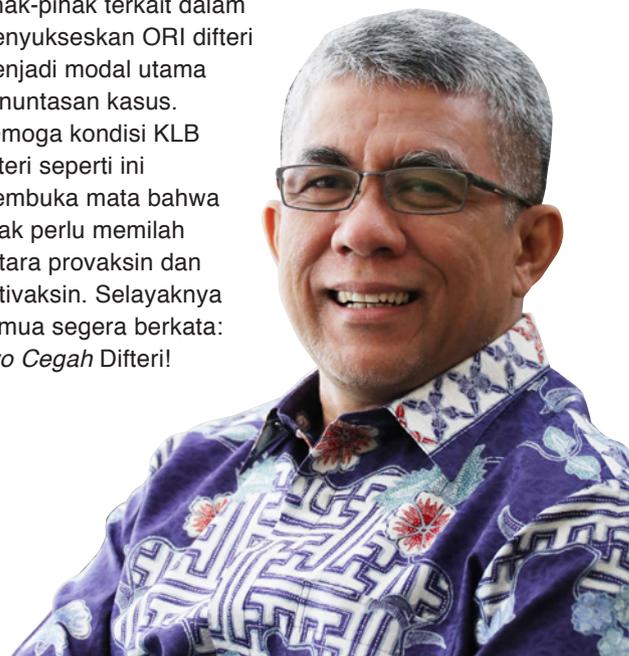
AYO CEGAH DIFTERI !

drg. Oscar Primadi, MPH

Berlanjut satu dosis imunisasi lanjutan DPT-HB-Hib saat usia 18 bulan, satu dosis imunisasi lanjutan difteri tetanus (DT) bagi anak kelas 1 SD/ sederajat, satu dosis imunisasi lanjutan Tetanus difteri (Td) bagi anak kelas 2 SD/ sederajat, dan satu dosis imunisasi lanjutan Td bagi anak kelas 5 SD/ sederajat.

Tidak semua kabupaten/kota di provinsi yang terjadi KLB difteri melakukan ORI karena berhasil menurunkan kasus difteri dan KLB dengan pelaksanaan ORI difteri tingkat kecamatan. Jadi, setiap kali ada KLB difteri maka segera dilakukan ORI kecamatan dengan usianya sesuai cakupan umur kasus.

Kesigapan aksi segenap orangtua, pemda, dan pihak-pihak terkait dalam menyukseskan ORI difteri menjadi modal utama penuntasan kasus. Semoga kondisi KLB difteri seperti ini membuka mata bahwa tidak perlu memilah antara provaksin dan antivaksin. Selayaknya semua segera berkata: *Ayo Cegah Difteri!*



Desain: Agus Riyanto
Foto: Reza Indrawan

SUSUNAN REDAKSI

PEMIMPIN UMUM: drg. Oscar Primadi, MPH; **PEMIMPIN REDAKSI:** drg. Widyawati, MKM; **REDAKSI PELAKSANA:** Santy Komalasari, S.Kom, MKM, Prawito, SKM, MM; **EDITOR:** Didit Tri Kertapati, Indah Wulandari; **PENULIS:** Anjari, S.Kom, SH, MARS, Resty Kiantini, SKM, M.Kes, Giri Inayah Abdullah, S.Sos, MKM, Aji Muhawarman, drg. Anitasari, Eko Budiharjo, Rachmadi; **KONTRIBUTOR:** Dede Lukman, Asri Dwi Putri, Talitha Edrea, Andini Purwisiwi, Awalokita Mayangsari, Putri Reza Umami, Ariesha Widi Puspita, Teguh Martono, Nani Indriani, Dwi Handriyani, Utami Widyasih, Delta Fitriana, Juwita Maharani, Sendy Pucy; **DESAINER:** Khalil Gibran Astarengga; **FOTOGRAFER:** Ferry Satriyani, Maulana Yusup, Tuti Fauziah; **SEKRETARIS REDAKSI:** Faradina Ayu; **SIRKULASI DAN DISTRIBUSI:** Zahrudin Redaksi menerima kontribusi tulisan yang sesuai dengan misi penerbitan. Dengan ketentuan panjang tulisan 2-3 halaman, font calibri, size font 12, spasi 1,5, ukuran kertas A4. Tulisan dapat dikirim melalui email mediakom.kemkes@gmail.com. Redaksi berhak mengubah isi tulisan tanpa mengubah maksud dan substansi.

Daftar Isi

ETALASE 1

MEDIATORIAL 4

INFO SEHAT 6-11

- Smoothies Bowl, Menu Sehat Nan Simpel
- Seluk Beluk Hipertensi di Usia Lanjut

PERISTIWA 12-21

- Indonesia akan Eradikasi Demam Keong
- Kemenkes Siaga Untuk Cegah Virus Influenza A(H3N2)
- Menkes Sampaikan Capaian di 2017 Pada Media
- Kusta Bukan Penyakit Kutukan!
- Kemenkes Fokus 1.000 Hari Pertama Kehidupan

REFORMASI BIROKRASI 32-35

- Kompetisi Pelayanan Publik Diharapkan Memberikan Pembaharuan
- Kemenkes Raih 2 Penghargaan Dari KPK

KOLOM 36-37

- KLB Difteri, Bukti Pentingnya Imunisasi

POTRET 38-41

- Puskesmas Janti yang Senang Melayani

UNTUK RAKYAT 42-45

- Anggota Dewan Prihatin Kasus Difteri di Jawa Timur
- Komisi IX Tinjau Situasi di Kalbar Terkait KLB Difteri

DAERAH 46-51

- Pemerintah Terus Dorong Pemberian ASI Eksklusif
- Melepas Jeratan Susu Formula Lewat Gemalapas
- Ketika Nenek Jadi 'Agen' ASI Eksklusif



Imunisasi Efektif Cegah Difteri

Indonesia telah melaksanakan program imunisasi, termasuk imunisasi Difteri sejak lebih lima dasawarsa yang lalu. Imunisasi menjadi langkah pencegahan difteri paling efektif.

MEDIA UTAMA 22-31



GALERI FOTO 52-53

- Flying Health Care for Asmat

LIPSUS 54-61

- Program Indonesia Sehat Jangkau Papua
- Kisah Menkes Jenguk Asmat
- Bersama Bantu Asmat

OPINI 62-63

- Manfaat Program Dokter Layanan Primer Yang Dirasakan Dokter Umum

SERBA-SERBI 64-71

- Menggali Potensi Kerja Sama Kesehatan Bilateral
- Peristiwa Kesehatan di Bulan Januari
- Evernote, STAY ORGANIZED
- Mengenal Keracunan Histamin

LENTERA 72-73

RESENSI 74-75

KOMIKITA 76



SURAT PEMBACA



Dear redaksi, saya ingin bertanya bagaimana caranya jika ingin melakukan perubahan data regalkes?

Endi

Jawab:

Terima kasih atas pertanyaannya. Terkait dengan perubahan data, anda bisa datang langsung ke loket Unit layanan Terpadu. Demikian informasi yang dapat kami sampaikan, semoga bermanfaat. Salam sehat!

Dear redaksi, saya melakukan pengajuan STR, tetapi mengalami kendala pada *request kode billing*. Mohon dapat dibantu solusinya. Terima kasih.

NN

Jawab:

Terima kasih atas pertanyaannya. Terkait dengan *request kode billing*, mohon maaf atas ketidaknyamanan, dikarenakan sedang adanya perbaikan sistem pada server MTKI, maka jika memang belum mendapatkan kode billing, disarankan untuk melanjutkan pendaftaran STR secara manual yaitu di MTKP dengan membawa berkas pendaftaran STR online anda. Demikian kami sampaikan semoga berkenan. Salam Sehat!

Salam, redaksi, saya ingin bertanya terkait vaksin difteri dilakukan pada anak usia berapa?

Mutiara

Jawab:

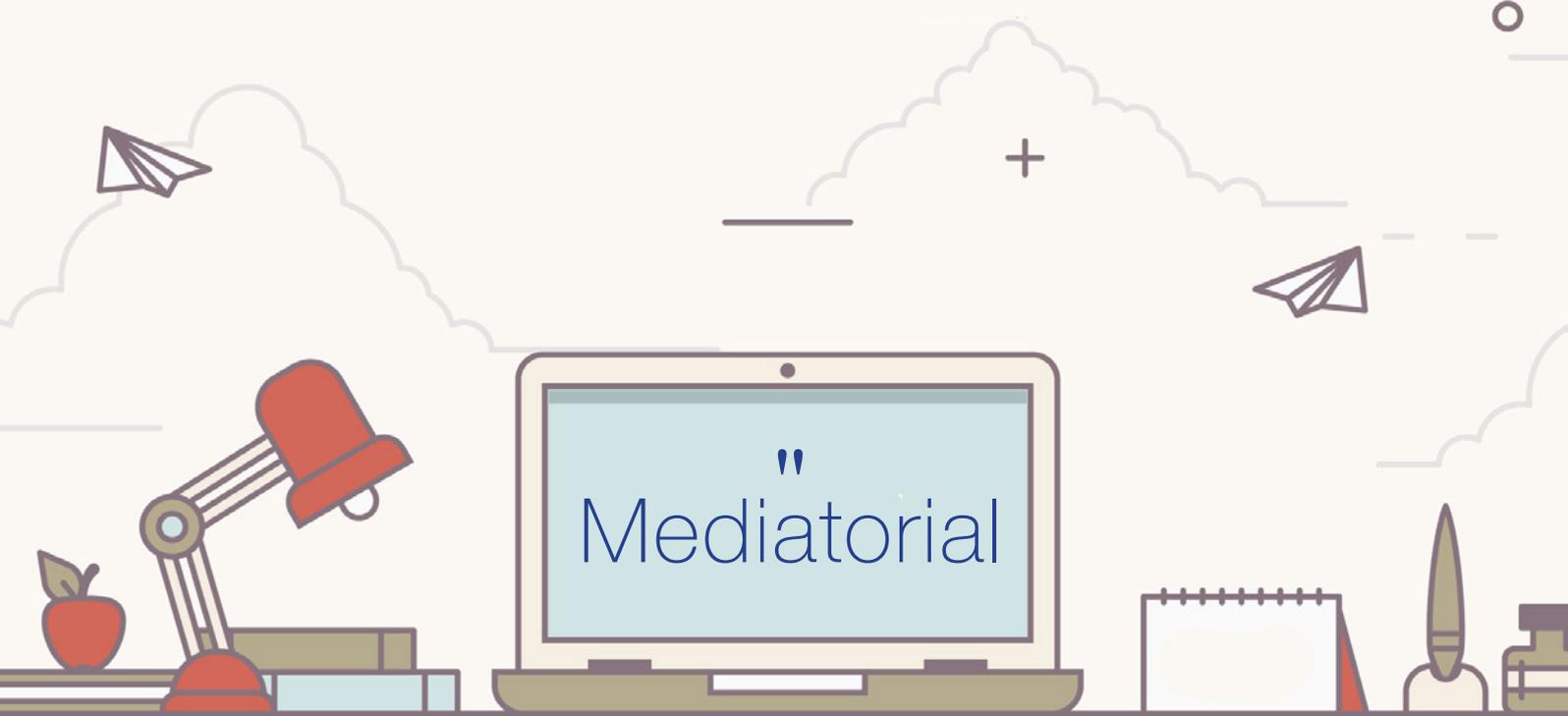
Terima kasih atas pertanyaannya, Ibu Mutiara. Vaksin difteri diberikan untuk anak usia 0-19 tahun dan dapat dilakukan secara gratis di pusat pelayanan kesehatan setempat. Demikian kami sampaikan, semoga bermanfaat. Salam sehat!

Dear redaksi, saya ingin menanyakan terkait vaksin difteri untuk anak/ dewasa usia di atas 19 tahun bisa diperoleh dimana?

Arif

Jawab:

Terima kasih atas pertanyaannya, Bapak Arif. Terkait dengan vaksin difteri untuk anak/ dewasa usia di atas 19 tahun dapat diperoleh di pelayanan kesehatan/ rumah sakit. Akan tetapi, dikenakan biaya sendiri. Untuk besarnya tergantung pada kebijakan pelayanan kesehatan/rumah sakit. Demikian kami sampaikan, semoga bermanfaat. Salam sehat!



MENCERMATI DATA DIFTERI

O Saat ini, Pemerintah masih gencar melakukan outbreak response immunization (ORI) untuk menanggulangi merebaknya kejadian luar biasa difteri. Sepanjang tahun 2017, Kementerian Kesehatan mencatat 939 kasus dan 44 orang meninggal dunia akibat penyakit difteri. KLB Difteri telah menyebar di 170 kabupaten dan kota pada 30 provinsi.

Ada yang menarik sekaligus memprihatinkan. Tahun 2017 merupakan kejadian terbesar jumlah kasus dan sebaran difteri sejak tahun 2013 di Indonesia. Mengapa ini bisa terjadi?

Sekurangnya ada dua hal yang menyebabkan difteri kembali merebak dan menjadi kejadian luar biasa di Indonesia. Pertama, cakupan imunisasi gagal mencapai target. Kedua, imunisasi gagal membentuk antibodi secara maksimal pada anak. Data menunjukkan hampir 80 persen dari jumlah total pasien yang dilaporkan mengalami difteri belum pernah diimunisasi ataupun imunisasinya tidak lengkap.

KLB difteri ini semestinya membuka mata bahwa pengendalian penyakit

difteri melalui imunisasi dasar belum optimal. Program imunisasi yang selama ini digalakkan Pemerintah, belum mampu memutus mata rantai penularan difteri. Bahkan difteri pun saat ini tidak hanya menulari pada anak-anak, tetapi juga menyerang pada usia dewasa. Jika pada tahun 2017, sekitar 77 persen penderita difteri pada anak-anak umur 1 – 18 tahun, maka tahun 2018 ini kasus difteri menyerang usia dewasa di atas 18 tahun sekitar 56 persen.

Data yang disebutkan di atas bukan semata angka. Data ini memberi informasi situasi darurat difteri. Harus ada upaya nyata, sungguh-sungguh dan berkesinambungan dari Pemerintah dan pemangku kepentingan. Kita mendukung penuh upaya Pemerintah melakukan ORI di seluruh negeri. Karena memang imunisasi cara efektif pencegahan difteri. Sasaran ORI memang anak-anak usia dibawah 18 tahun, tetapi usia dewasa di atas 18 tahun pun patut dikampanyekan.

Selain imunisasi, sangat penting segera melakukan secara masih edukasi publik dan penguatan sistem informasi kesehatan. Harus diakui sebagian besar masyarakat kita

masih enggan membawa anaknya ke posyandu dan puskesmas untuk imunisasi. Tidak dipungkiri, masih banyak orang yang tidak mengerti imunisasi lengkap difteri. Keawaman soal imunisasi inilah yang mudah dimanfaatkan oleh segelintir anti vaksin untuk memanipulasi persepsi.

Demikian juga sistem informasi harus diperkuat dari tingkat posyandu, puskesmas, Dinas Kesehatan hingga sampai tingkat pengambil keputusan di Kementerian Kesehatan. Sistem informasi imunisasi yang baik akan memudahkan pengambil keputusan melakukan intervensi yang tepat sehingga wabah difteri dapat ditangani sejak dini.

Kembali melihat fakta penyebarannya yang merata di seantero negeri, KLB difteri tidak bisa ditangani oleh sektor kesehatan, apalagi Kementerian Kesehatan sendiri. Suksesnya penanganan KLB Difteri tergantung bagaimana kita bergandeng tangan diantara pemangku kepentingan ORI. Demi investasi masa depan Indonesia, mari bekerja sama sukseskan imunisasi untuk menangani KLB Difteri. ●

RADIO KESEHATAN

Dengarkan Siaran Radio Kesehatan melalui aplikasi mobile dimanapun anda berada.



Bagi Pengguna Android
Masuk **Google Play**



Kemudian search
Siaran Radio Kesehatan
& Download

Listen Us Everywhere
<http://radiokesehatan.kemkes.go.id/>

 @RadioKesehatan  @RadioKesehatan  siaranradiokesehatan@gmail.com
 SiaranRadioKesehatan  021 225 13560  0813 8838 7357

 SIAP
1500567
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

 @KemenkesRI

 kemenkes_ri

 Kementerian Kesehatan RI

 Kementerian Kesehatan RI

“Siaran Radio Kesehatan
Menyampaikan Berita Ke Pelosok Negeri
Hingga Dunia”

Info Sehat





Smoothies Bowl,

Menu Sehat Nan Sempel

Menu makanan sehat dari bahan-bahan alami seperti buah-buahan, sayur-sayuran atau kacang-kacangan sedang naik daun. Salah satu menu favorit kaum urban yang ingin hidup sehat adalah *smoothies bowl*.

Penampakan *smoothies bowl* mirip jus buah atau jus sayur yang kental, bercita rasa manis, dan segar. Sesuai dengan namanya, *smoothies bowl* disajikan dalam sebuah mangkuk dan di atasnya diberi *topping* seperti beberapa potongan buah, bubuk protein, biji-bijian, irisan *almond*, atau buah kelapa kering.

Selain sehat, *smoothies bowl* juga cocok dikonsumsi sebagai makanan diet karena sajian ini memiliki kalori rendah tetapi memiliki kandungan gizi yang lengkap. Dilansir dari *detikFood*, ahli gizi Rita Ramayulis, DCN, M.Kes mengatakan, sajian ini kaya protein dari susu, kacang-kacangan ataupun

biji-bijian. Kandungan lemak baiknya juga didapatkan dari biji-bijian dan buah-buahan seperti alpukat. Seratnya juga terpenuhi karena dicampur dengan buah-buahan lain.

"*Smoothies* ini dapat menguntungkan untuk orang-orang yang memiliki berat badan berlebih dan juga baik untuk orang yang jarang konsumsi sayur dan buah," kata Rita.

Masyarakat perkotaan yang sibuk dinilai cocok mengudap *smoothies* karena pembuatan makanan ini dinilai cukup praktis. Anda bisa membuatnya di rumah hanya dalam waktu 5 menit.

Yuk, coba beberapa kreasi resep *smoothies bowl* berikut ini!

Banana Strawberry Smoothies Bowl

Bahan-bahan

1 buah pisang beku
5 buah stroberi beku
1 cup yoghurt plain
50 ml susu segar/susu almond
1 sdm madu

Topping:

2 buah pisang, potong-potong
4 buah stroberi, potong-potong
2 sdm *chia seed*
1 sdm irisan almond
Buah kelapa kering
Daun mint

Cara membuat

Masukkan pisang beku, stroberi beku, susu segar/susu almond, *yoghurt* dan madu, lalu blender hingga halus (kalau tidak suka asam bisa ditambahkan madunya)

Masukkan *smoothies* ke dalam mangkuk, tambahkan potongan pisang, potongan stroberi, buah kelapa kering, irisan almond, *chia seed* dan daun mint sebagai *topping*, tata sesuai dengan kreasi Anda. Kini Banana Strawberry Smoothies Bowl siap dinikmati.

Untuk 1 porsi

(FR/dari berbagai sumber)

Chocolate Smoothies Bowl

Bahan-bahan

1 buah pisang barangan, bekukan
2 sdm selai kacang
2 sdm coklat bubuk
75 ml susu segar/susu almond

Topping:

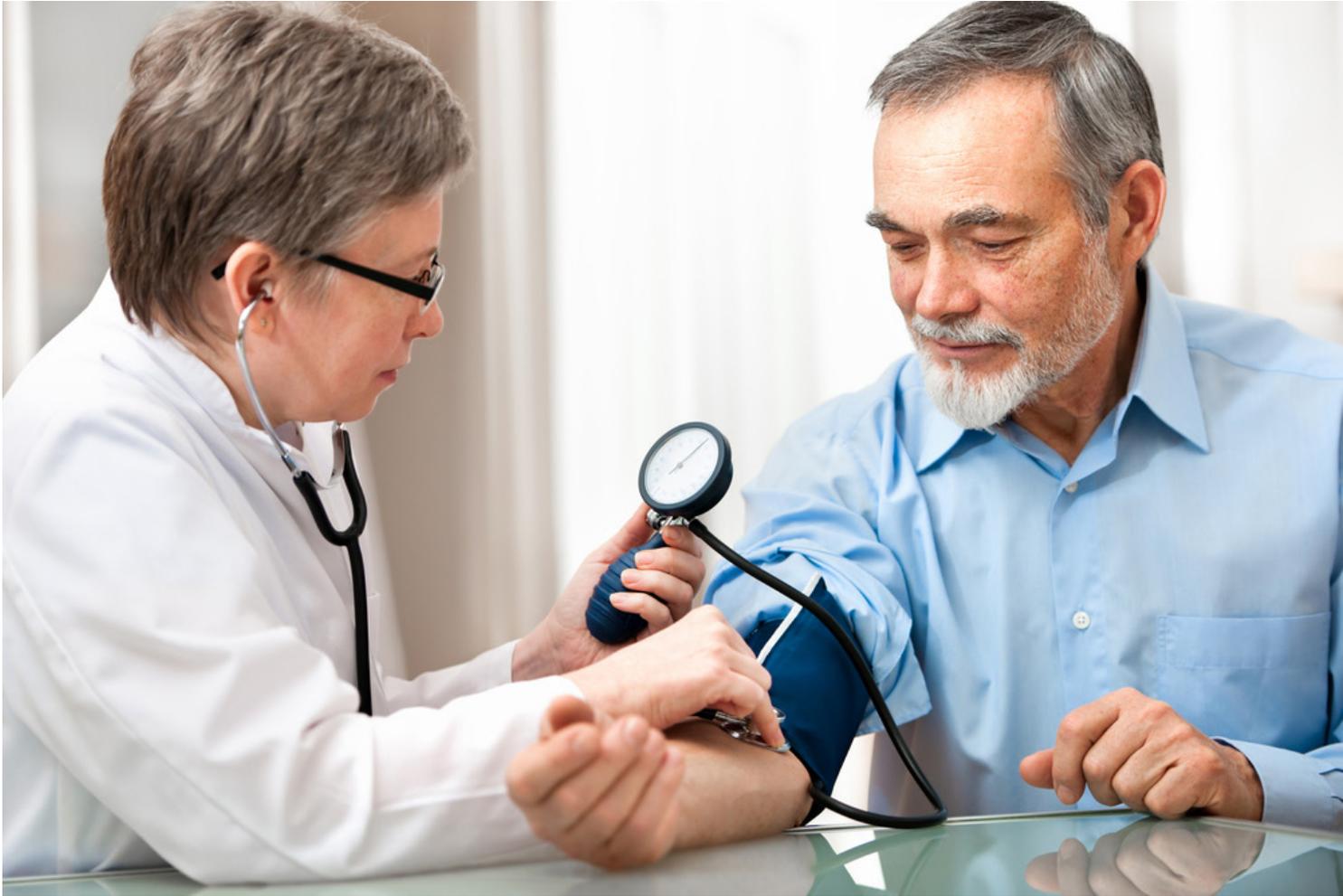
Potongan pisang
Chia Seed
Almond, cincang kasar
Granola

Cara membuat

Blender pisang barangan beku, susu segar/susu almond, selai kacang dan coklat bubuk hingga halus.

Masukkan *smoothies* ke dalam mangkuk. Tambahkan potongan pisang, almond yang telah dicincang kasar, *chia seed* dan granola, tata di atasnya sesuai dengan kreasi Anda. Chocolate Smoothies Bowl siap disajikan.

Untuk 1 porsi



Seluk Beluk Hipertensi di Usia Lanjut

Oleh : dr. Hj. Ratih Tedjasukmana Dadang

Menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013, penderita hipertensi di Indonesia mencapai 25,8%, artinya dari setiap 4 orang Indonesia 1 orang diantaranya menderita hipertensi. Hipertensi sering disebut pembunuh dalam diam atau *silent killer* karena sering tidak menunjukkan gejala. Kebanyakan orang tidak merasa sakit ketika tekanan darah mereka meningkat. Dan seringkali Hipertensi berjalan tidak diobati sampai kondisi medis lain muncul. Hal ini terungkap dalam seminar sehari lansia dengan tema “Mengelola Hipertensi Pada Lanjut Usia” dalam rangka Hari Kesehatan Nasional (HKN) ke-53 dengan pembicara dr H Dani Farid Abdullah Sp.PD, Dokter Spesialis Penyakit Dalam Rumah Sakit Medika Citra Utama, Kabupaten Tasikmalaya.



Penyebab Hipertensi Pada Usia Lanjut

Beberapa hal bisa menyebabkan munculnya hipertensi di usia lanjut. 4 hal berikut bisa Anda kenali untuk mengatispasinya.

Adanya kekakuan pada dinding arteri besar

Arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Karena itu darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit daripada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan.

Peningkatan konsentrasi Renin

Kenaikan tekanan darah secara kumulatif dipengaruhi oleh Renin Angiotensin Aldosteron System (RAAS), yang akhirnya berpengaruh terhadap tekanan darah arteri.

Asupan sodium atau garam yang berlebihan.

Karena organ pencecap lansia sudah berkurang tingkat sensitifitasnya maka agar makanan tidak hambar diberi garam sebanyak banyaknya. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh. Volume darah dalam tubuh meningkat sehingga tekanan darah juga meningkat.

Harus diwaspadai bahwa yang namanya garam itu bukan hanya garam dapur saja tapi garam dapur dalam bentuk pengawet mencakup natrium benzoate sebagai pengawet buah buahan dalam kemasan kaleng, MSG atau mono sodium glutamat, nitrit atau sendawa untuk pengempuk daging dan soda kue untuk mengembangkan kue. Sehingga meskipun lansia tidak makan garam dapur tapi kalau mengosumsi hal-hal tersebut, tetap saja tekanan darah lansia susah turun.



White coat hypertension atau pseudohypertension.

White coat hypertension ini sering dialami lansia, terjadi karena pasien mengalami stres sewaktu datang memenuhi janji untuk kontrol ke dokter dan bisa jadi merupakan alarm bagi pasien tersebut bahwa ia memiliki risiko penyakit tekanan darah tinggi di masa mendatang. Hal ini juga sama terjadi pada pasien dimana tekanan darahnya normal, namun kadang kala mengalami peningkatan pada saat-saat tertentu.

Jenis Hipertensi Pada Usia Lanjut

Di usia lanjut dikenal ada 2 jenis hipertensi yang dialami oleh individu. Berikut penjelasan dari masing-masing jenisnya:

Hipertensi Sistolik Terisolasi

Tekanan sistolik mencapai 140 mmHg atau lebih, tetapi tekanan diastolik kurang dari 90 mmHg dan tekanan diastolik masih dalam kisaran normal. Sejalan dengan bertambahnya usia, hampir setiap orang mengalami kenaikan tekanan darah. Tekanan sistolik terus meningkat sampai usia 80 tahun dan tekanan diastolik terus meningkat sampai usia 55-60 tahun, kemudian berkurang secara perlahan atau bahkan menurun drastis. Jenis hipertensi ini disebabkan oleh umur, mengkonsumsi tembakau, diabetes, dan diet yang salah.

Hipertensi Sistolik Diastolik

Tekanan **sistolik** mencapai 140 mmHg atau lebih, tetapi tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg.

Cara Mendiagnosis Hipertensi Lansia

Diagnosis hipertensi pada usia lanjut dapat dikenali melalui beberapa hal berikut.

- **Anamnesis yang baik**
Kebanyakan penderita hipertensi pada usia lanjut tidak memiliki gejala (asimtomatik). Riwayat penyakit dan perjalanan penyakit pasien harus diarahkan, keluhan pasien, penyakit komorbid, status nutrisi, gangguan psikologik maupun kognitik.
- **Pemeriksaan fisik menyeluruh.**
Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengkonfirmasi hipertensi dan untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab dari hipertensi. Hasil pemeriksaan fisik diarahkan kepada adanya penurunan fisiologik akibat proses menua baik secara fisik maupun psikologik.
- **Pemeriksaan laboratorium dan penunjang rutin**
Pemeriksaan laboratorium dimaksudkan untuk menentukan ada tidaknya faktor risiko tambahan, mencari kemungkinan hipertensi sekunder dan kerusakan target organ. Pemeriksaan darah rutin lengkap, pemeriksaan fungsi ginjal, asam urat, elektrolit, panel metabolik, profil lipid, kadar gula darah puasa, tes fungsi tiroid (*thyroid stimulating hormone*; TSH), urinalisia, EKG dan foto thoraks PA.
- **Sosial ekonomi**
Kondisi sosial ekonomi berpengaruh pada kepatuhan pasien dalam berobat.

Diet Rendah Garam Penderita hipertensi

Rata-rata orang Asia mengonsumsi garam 2 kali lipat lebih banyak dari batas rekomendasi, yaitu 12gr/hari. Anjuran normalnya adalah 6gr/hari atau 1 sendok teh garam yang mengandung kurang lebih 2000 mg natrium. Konsumsi garam berlebihan menyebabkan kadar garam di dalam tubuh terlalu tinggi. Kondisi ini menyebabkan keseimbangan cairan tubuh terganggu. Akibatnya, terjadi retensi garam dan air dalam jaringan tubuh (endema) dan meningkatkan tekanan darah (hipertensi).

Nah, dengan diet rendah garam ini diharapkan jumlah garam yang dikeluarkan tubuh sama dengan jumlah garam yang dikonsumsi. Perlu diingat, bahwa garam yang dikonsumsi tubuh tidak hanya berasal dari garam dapur yang digunakan untuk memasak, namun juga berasal dari setiap bahan makanan yang kita makan.

Diet rendah garam dibagi menjadi beberapa tingkatan, sesuai dengan kondisi penderitanya, yaitu;

- Diet rendah garam tingkat tinggi (200-400 mg Na)
Diet ini diberikan kepada penderita hipertensi berat. Garam dapur sama sekali tidak boleh ditambahkan ke dalam makanan yang disajikan.
- Diet rendah garam tingkat II (600-800 mg Na)
Pada diet ini penambahan garam hanya 1/2 sdt atau 2gr.
- Diet rendah garam tingkat III (1000-1200 mg Na)
Diet ini diberikan pada penderita hipertensi ringan. Dalam diet ini, 1 sdt atau 4gr garam dapur boleh ditambahkan dalam pengolahan makanan.



Hipertensi Sekunder Pada Usia Lanjut

Hanya sepuluh persen kasus hipertensi yang masuk ke dalam kategori hipertensi sekunder, selebihnya adalah hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Umumnya penyebab hipertensi sekunder berkaitan dengan peningkatan produksi hormon, misalnya:

Penyakit Ginjal

- Stenosis Arteri Renalis adalah penyempitan salah satu pembuluh atau lebih yang membawa darah ke ginjal (ginjal arteri).
- Glomerular Nephritis Obstruktif
- Ginjal Polikistik adalah kelainan ginjal yang ditandai dengan pembentukan kista non kanker yang merusak fungsi ginjal dan akhirnya menyebabkan gagal ginjal total, biasa disingkat PKD (Polycystic Kidney Disease).

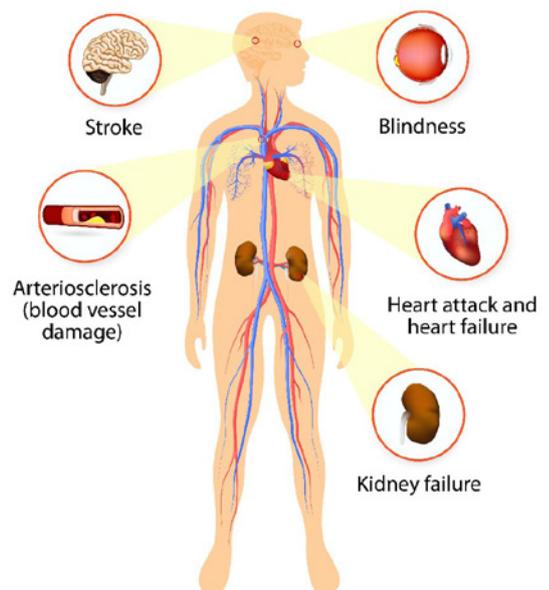
Endokrin

- Pheochromocytoma. Tumor pada kelenjar adrenal yang memproduksi hormone epinefrin (adrenalin) dan non epinefrin (non adrenalin) berlebih.
- Hiperaldosteronisme (sindrom Conn). Berlebihnya produksi hormonal dosteron oleh kelenjar adrenal, yang dapat menghambat pengeluaran garam dari dalam tubuh.
- Hiperkortisolisme (sindrom Cushing). Kelenjar adrenal memproduksi hormone kortisol secara berlebih. Keadaan ini bisa juga terjadi pada tumor kelenjar adrenal, baik ganas maupun jinak.
- Hiperparatiroidisme. Meningkatnya produksi hormone paratiroid (parathormon) yang menyebabkan kadar kalsium meningkat. Pada penderita hiperparatiroidisme, hamper selalu ada hipertensi. Namun apa yang menyebabkan hipertensi tersebut masih belum jelas.

Obat-obatan

Penggunaan obat-obatan anti inflamasi seperti NSAIDs dapat memicu terjadinya hipertensi. Selain itu obat-obatan seperti cyclooxygenase-2 inhibitor, gluco corticoid, erythropoietin analog, Disease Modifying

Anti Rheumatic Drug (DMARD) misalnya leflunomide, immunesuppressan seperti cyclosporin dan tacrolimus, dan obat anti depresan seperti venlaxapine dosis tinggi bisa meningkatkan tekanan darah. Narkoba jenis kokain, ekstasi, nikotin dan stimulasi seperti methyl phenidate penggunaan dan reaksi putus obatnya juga dapat dihubungkan dengan hipertensi.





KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



kami hadir
lebih dekat
dengan anda



Sekarang baca berita terbaru Kemenkes RI
tanpa buka browser lagi, cukup 1 Aplikasi
ayo download di Playstore, gratis!



Sehatnegeriku



INDONESIA AKAN ERADIKASI DEMAM KEONG

Menteri Kesehatan Nila Moeloek bersama Menteri PPN/Kepala Bappenas Bambang Brodjonegoro meluncurkan Roadmap Eradikasi Schistosomiasis 2018-2025 dan menyerahkan peta jalan tersebut secara simbolis kepada perwakilan Kementerian/Lembaga (K/L) dan pemerintah daerah (Pemda), di kantor Bappenas, Jakarta (17/1/2018).

Peluncuran Roadmap Eradikasi Schistosomiasis 2018 -2025 ini dilaksanakan untuk meningkatkan komitmen seluruh pemangku kepentingan di tingkat Pusat dan Daerah, guna mendukung upaya eradikasi Schistosomiasis di Indonesia. Pada kesempatan tersebut Menkes menegaskan bahwa pencegahan dan pengendalian Schistosomiasis ini adalah program dan kegiatan rutin

dilakukan di setiap sektor.

"Hanya saja lokasi program dan kegiatan tersebut agar diprioritaskan dan dialokasikan pada 28 desa lokasi endemis serta dukungan kebijakan penggunaan Dana Dekonsentrasi,

Tugas Pembantuan, DAK, Dana Desa juga agar sejalan dengan upaya eradikasi ini," ucap Menkes.

Untuk menyediakan data dan informasi kemajuan hasil upaya terpadu ini, Kementerian Kesehatan



bersama Pemerintah Provinsi Sulawesi Tengah akan memfasilitasi pengembangan sistem data dan informasi yang real-time dan mudah diakses bagi semua pelaksana dan bagi pihak-pihak yang peduli dan terlibat. Pada kesempatan tersebut Gubernur Sulawesi Tengah Longki Janggola juga menegaskan komitmen Pemda Sulawesi Tengah terhadap Eradikasi Schistosomiasis.

“Mari kita bersama-sama agar Roadmap yang telah disusun ini menjadi bahan tindak lanjut bersama, melalui implementasi lintas sektor, Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, mulai 2018 mendatang. Dan mari wujudkan masa depan yang lebih baik bagi anak-anak di Lembah Lindu, Napu, dan Bada di Sulawesi Tengah,” ujar Menkes.

Demam Keong

Schistosomiasis atau yang dikenal dengan demam keong adalah penyakit menular menahun yang menyerang manusia. Penyakit ini hanya ditemukan di provinsi Sulawesi Tengah yaitu di dataran tinggi Lindu, Napu dan Bada yang khusus disebabkan oleh *Schistosoma japonicum*. Cacing ini hidup di pembuluh darah terutama kapiler darah dan vena kecil dekat selaput usus. Infeksi di daerah endemis ini sering terjadi anak usia sekolah, petani dan penangkap ikan. Pada anak yang terinfeksi penyakit ini dapat mengakibatkan kelainan pertumbuhan dan kelemahan kognitif. Sesungguhnya penyakit ini dapat dicegah melalui penemuan kasus, pengobatan massal, penggunaan jamban sehat serta ketersediaan air bersih.

Data tahun 2017 menunjukkan bahwa angka kejadian schistosomiasis pada manusia di tiga dataran tinggi, rata-rata berada pada kisaran 0,65-0,97%. Namun pada keong perantara masih cukup tinggi yaitu 1,22-10,53%, terlebih lagi angka kejadian schistosomiasis pada hewan ternak sangat tinggi dikisaran 5,56-40%.

Data-data ini menunjukkan bahwa yang jauh lebih banyak terinfeksi itu adalah hewan ternak dan keong perantara. Dengan kata lain, upaya eradikasi schistosomiasis harus focus pada upaya pengendalian agar hewan ternak dan keong perantara ini tidak terinfeksi, sehingga memutus rantai penularan schistosomiasis pada manusia.

Tingginya angka kejadian penyakit pada hewan ternak disebabkan pola penggembalaan bebas, yang kemudian terinfeksi serkaria melalui keong perantara yang tersebar di lahan-lahan yang tidak diurus akibat pola pertanian berpindah. Ketika hewan ternak ini terinfeksi, hampir tidak pernah dilakukan pengobatan, karena obatnya, yaitu praziquantel untuk hewan, sampai saat ini belum tersedia di Indonesia.

(Sehatnegeriku)

YUK! KENALI JENIS KEMASAN PANGAN



MELAMIN

- + keras, kuat, bebas rasa, bebas bau, tahan terhadap pelarut dan noda
- kurang tahan terhadap asam dan alkali



PLASTIK

- + ringan dan tidak mudah pecah, mudah dibentuk dan diproduksi massal, relatif murah, mudah dipasang label dan dibuat aneka warna
- tidak tahan panas (PE, PP, PVC), berpotensi melepaskan zat berbahaya kedalam pangan, menimbulkan masalah pencemaran lingkungan



KERTAS

- + ringan, murah, mudah ditata dalam penyimpanan, dan pengangkutan
- mudah sobek dan terbakar



KEMENKES SIAGA UNTUK CEGAH VIRUS INFLUENZA A(H3N2)

Sehubungan dengan terjadinya peningkatan kasus influenza A(H3N2) di Australia, Amerika, Inggris dan beberapa negara lain yang terletak di hemisfer utara, Kementerian Kesehatan mulai mengaktifkan alert system di Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) yang ada di Bandara dan pelabuhan sebagai pintu masuk negara.

Demikian pernyataan Dirjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kemenkes RI, dr. H.M. Subuh, MPPM, kepada Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat Kemenkes RI,

Minggu sore (14/1/2018).

Virus Influenza A(H3N2) merupakan salah satu flu musiman yang virusnya biasa bersirkulasi di belahan bumi utara dan selatan. Pernah menjadi pandemi pada tahun 1968 dengan perkiraan jumlah kematian sebesar 1 juta jiwa di seluruh dunia, dengan angka kematian tertinggi pada usia di atas 65 tahun.

Diketahui bahwa strain virus influenza A (H3N2) cenderung mengakibatkan angka kematian lebih tinggi dibandingkan virus influenza musiman lain yang bersirkulasi pada saat bersamaan di suatu tempat. Selama musim influenza, ketika virus

influenza A (H3N2) predominan, maka kematian secara keseluruhan akibat influenza musiman meningkat 2,7 kali lipat dibandingkan jenis virus influenza musiman lainnya.

Menurut informasi yang diperoleh dari FluNet, perangkat global surveilans influenza berbasis web, secara umum setiap tahun terdapat kecenderungan peningkatan kasus influenza A(H3N2) dunia pada 3 waktu, yaitu: awal triwulan I, akhir triwulan II s.d. awal triwulan III, dan pada akhir triwulan IV. Peningkatan kasus di Australia cenderung terjadi pada triwulan III (pola hemisfer selatan), sementara di Amerika, Inggris dan Irlandia utara terjadi pada triwulan I (pola hemisfer utara).

“Kejadian ini sesuai pola tahunan yang telah diketahui. Sementara di Indonesia, pola peningkatan influenza A(H3N2) tidak sama dengan negara-negara di tersebut, peningkatan kasus dapat terjadi pada rentang waktu semester pertama setiap tahunnya (gabungan pola hemisfer utara dan

selatan)”, ujar Subuh.

Laporan surveilans influenza Kementerian Kesehatan Australia tahun 2017 mencatat peningkatan kasus mulai terjadi pada minggu ke-17 dan berakhir pada minggu ke-41 dengan jumlah sebesar 2,5 kali lipat dibandingkan dengan jumlah kasus pada tahun 2016. Kasus influenza didominasi oleh influenza A(H3N2) sebesar 55%, diikuti influenza A(H1N1) pdm09 (8%) dan influenza B (37%).

Selain itu, diketahui pula bahwa telah terjadi pemanjangan periode musim influenza dibandingkan tahun sebelumnya dan jumlah pasien yang dirawat di rumah sakit juga meningkat sebesar 2,3 kali lipat dibandingkan 2016. Peningkatan jumlah pasien yang dirawat lebih diakibatkan karena peningkatan kasus secara umum, bukan karena perubahan tingkat keparahan penyakit.

“Hasil pemeriksaan virus pada kasus konfirmasi tidak menunjukkan adanya mutasi virus”, ungkapnya.

Influenza A(H3N2) Bisa Dicegah

Meski hingga saat ini WHO belum membuat pernyataan kewaspadaan secara resmi, Kementerian Kesehatan RI menilai bahwa masyarakat Indonesia, terutama para pelaku perjalanan baik yang hendak pergi ke Australia maupun yang akan kembali dari Australia ke Indonesia, hendaknya telah memiliki informasi yang cukup mengenai virus influenza A.

“Secara umum, influenza dapat dicegah dengan berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), membiasakan cuci tangan pakai sabun (CTPS), perhatikan etika batuk dan bersin, serta gunakan masker bila sedang sakit. Secara khusus bagi para pelaku perjalanan dari atau yang akan pergi ke negara terjangkit, disarankan untuk melakukan imunisasi influenza”, tuturnya.

Saat ini tersedia vaksin influenza dengan komponen vaksin mengikuti jenis virus influenza yang bersirkulasi di hemisfer utara dan selatan. Komponen virus pada vaksin dapat berubah sesuai



dengan sirkulasi virus, perubahan biasanya dilakukan sekali dalam setahun.

“Rekomendasi untuk komponen vaksin influenza hemisfer utara pada setiap bulan Februari/Maret, sementara untuk komponen vaksin influenza hemisfer selatan pada setiap bulan September. Tingkat seroproteksi vaksin influenza dapat berbeda menurut jenis virus influenza, waktu, dan tempat yang berbeda”, jelasnya. ([Sehatnegeriku](#))



MENKES SAMPAIKAN CAPAIAN DI 2017 PADA MEDIA

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI menyampaikan laporan kinerja yang dilakukan selama tahun 2017. Dalam paparannya kepada Media, Menteri Kesehatan, Nila F. Moeloek menerangkan sejumlah capaian program Kemenkes seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pemenuhan sumber daya manusia (SDM) kesehatan, pembangunan dan peningkatan mutu infrastruktur kesehatan, dan pelayanan kesehatan.

JKN

Untuk melakukan perlindungan finansial terutama masyarakat miskin dalam akses pelayanan kesehatan,

jumlah peserta penduduk miskin yang dibayarkan iurannya oleh pemerintah sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI) sebanyak 87,8 juta jiwa dengan total iuran Rp 19,8 triliun (2015), 91,1 juta jiwa dengan total iuran Rp 24,8 triliun (2016), 92,3 juta jiwa dengan total iuran yang Rp 25,4 T.

Jumlah fasilitas kesehatan (Faskes) yang menerima layanan JKN/KIS meningkat setiap tahunnya. Pada fasilitas tingkat pratama sebanyak 19.969 Faskes (2015), 20.708 Faskes (2016), dan 21.763 Faskes (2017). Pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sebanyak 1.847 Faskes (2015), 2.068 Faskes (2016), dan 2.292 Faskes (2017). Pada fasilitas apotik dan optikal sebanyak 2.813 Faskes (2015), 2.921

Faskes (2016) dan 3.380 Faskes (2017).

JKN telah memberikan banyak manfaat kepada masyarakat, dapat dilihat dari tren total pemanfaatan JKN/KIS yang terus meningkat dari waktu ke waktu Tahun 2014 sebesar 92,3 juta orang, tahun 2015 sebesar 146,7 juta orang, tahun 2016 sebesar 192,9 juta orang, dan pada Oktober 2017 sebesar 182,7 juta orang.

Pemanfaatan JKN/KIS ini meliputi pemanfaatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti Puskesmas, dokter, praktek perorangan atau klinik pratama, pemanfaatan di poliklinik rawat jalan rumah sakit dan pemanfaatan pada rawat inap rumah sakit.



SDM Kesehatan

Dalam upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) hingga akhir tahun 2017, Kemenkes telah menempatkan 6.316 tenaga kesehatan yang terdiri dari Nusantera Sehat (NS) secara *Team Based* sejumlah 2.486 orang, NS secara individu sejumlah 1.663 orang, Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) sejumlah 870 orang dan penugasan khusus calon dokter spesialis sejumlah 1.297 orang.

Pembangunan dan Mutu Infrastruktur Kesehatan

Kemenkes menetapkan 48 kabupaten/kota dan 124 Puskesmas sasaran program prioritas nasional pelayanan kesehatan di daerah perbatasan pada 2015-2019. Oleh karena itu pada 2016-2017 Kemenkes telah melakukan berbagai upaya terobosan guna mendukung pelayanan kesehatan di 124 Puskesmas perbatasan melalui Dana Alokasi Khusus (DAK) afirmasi.

Tahun 2017, pemerintah telah meningkatkan sarana dan prasarana pada faskes tingkat primer sebanyak 375 rehab Puskesmas, 35 pembangunan atau peningkatan gedung, 750 pembangunan baru

Puskesmas, 17 pembangunan *Public Safety Center (PSC)*, 34 Puskesmas keliling (Pusling) air, 537 Pusling ambulans roda empat, 1.650 ambulans kendaraan roda dua, 86 ambulans, 2.525 sarana prasarana Puskesmas, 10.437 Alkes di Puskesmas.

Pengendalian HIV/AIDS dan Malaria

Capaian pengendalian HIV/AIDS di Indonesia Prevalensi HIV sebesar 0,33% masih di bawah 0,5%. Tahun 2016 sebanyak 75.614 orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yang masih terus mendapatkan terapi anti retroviral (ARV) dan pada triwulan 3 tahun 2017 sebanyak 87.031 ODHA yang masih mendapatkan ARV. Upaya terobosan yang dilaksanakan yaitu TOP (Temukan ODHA secara dini, segera Obati dan Pertahankan pengobatan ARV).

Tahun 2016, Kemenkes telah berhasil menghentikan penularan malaria di 247 kabupaten/kota yang dengan 193 juta penduduk. Tahun 2017, sampai dengan Oktober 2017, jumlah kabupaten/kota yang telah bebas dari penularan malaria sebanyak 266 kabupaten/kota. Upaya terobosan, yakni pemberian kelambu di daerah endemis tinggi malaria. Jumlah kelambu yang dibagikan pada 2017 sebanyak 3.983.000 kelambu. ([Sehatnegeriku](#))

ANGGARAN

Total alokasi anggaran Kemenkes tahun 2017 sebanyak

Rp 58,3 triliun

dengan rincian

Rp 25,5 triliun

(43,80%)

untuk alokasi program JKN

Rp 17 triliun

(29,17%)

untuk program pembinaan pelayanan kesehatan

Rp. 4,6 triliun

(7,91%)

untuk program pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan

Rp. 3,4 triliun

(5,78%)

untuk program kefarmasian dan alat kesehatan

Rp. 2,8 triliun

(4,85%)

untuk program dukungan manajemen,

Rp. 2,4 triliun

(4,18%)

untuk program pencegahan dan pengendalian penyakit

Rp. 1,7 triliun

(2,88%)

untuk program pembinaan kesehatan masyarakat sebanyak

Rp.740 miliar

(1,27%)

untuk program penelitian dan pengembangan kesehatan dan

Rp. 96,4 miliar

(0,17%)

untuk program peningkatan pengawasan dan akuntabilitas aparatur





KUSTA BUKAN PENYAKIT KUTUKAN!

Penyakit kusta yang juga dikenal sebagai penyakit Morbus Hansen sudah diketahui sejak lama dan hingga kini masih ditemukan penderitanya yang tersebar di beberapa negara termasuk Indonesia. Salah satu yang menyebabkan penyakit ini masih berkembang adalah adanya mitos di masyarakat tentang penyakit yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* ini sebagai



penyakit kutukan yang tidak bisa sembuh dan akan menurun menjangkit keluarga yang telah terkena penyakit tersebut.

“Ingat, kusta bukan penyakit kutukan dan bukan penyakit keturunan. Kusta dapat disembuhkan dengan pengobatan teratur,” jelas dr. Sri Linuwih Susetyo Wardhani Menaldi, Sp.KK(K) dari persatuan dokter spesialis kulit dan kelamin Indonesia (PERDOSKI) saat temu media dalam

rangka Hari Kusta Sedunia 2018, di Jakarta, Selasa (30/1) lalu.

Menurut dokter yang akrab disapa Dini, stigma di masyarakat terkait penyakit kusta sangat menghambat proses eliminasi penyakit ini. Sehingga edukasi terus-menerus kepada masyarakat tentang penyakit kusta seperti daya tularnya lemah, kusta bias diobati, adalah salah satu upaya yang harus dilakukan guna menghilangkan stigma dan mitos terkait penyakit kusta yang masih terus ada di masyarakat.

Lebih lanjut Dini mengatakan, saat ini belum ditemukan vaksin yang cocok untuk mencegah penyakit kusta sehingga imunisasi untuk penyakit kusta ikut di dalam imunisasi BCG dengan tujuan untuk mengurangi beban penyakit kusta ketika seseorang terjangkit. Saat ini, kata Dini, upaya yang paling efektif mencegah penyakit kusta adalah dengan menemukan penderitanya.

“Kita dapatkan, kita temukan penderita. Kita obati sampai tuntas. Jadi sumbernya kita potong dari situ, memutuskan rantai penularan dari situ,” terangnya.

Langkah selanjutnya yang harus dilakukan setelah ditemukan penderita kusta adalah dengan memeriksa dan mengecek orang yang tinggal serumah dengan penderita. Hal ini untuk memastikan bahwa orang serumah tidak ada yang tertular. “Jika hasil pemeriksaan ternyata tidak ada, maka bisa diulangi lagi enam bulan atau setahun kemudian untuk memastikan tidak ada yang tertular,” jelas dokter yang berpraktek di RSCM ini.

Waspada Bercak Putih

Pada kesempatan tersebut, Dini juga menyampaikan bahwa pada awalnya para penderita kusta tidak mengenali penyakit tersebut dan sering dianggap panu. Sehingga langkah paling tepat ketika menemukan bercak di tubuh dan tidak sembuh setelah diobati adalah dengan segera memeriksakannya ke rumah sakit.

“Bila kita melihat sesuatu serupa dengan bercak putih atau bercak

merah atau bercak apa saja yang tidak baik dengan pengobatan yang dilakukan, sebaiknya segera periksakan ke puskesmas atau rumah sakit. Hingga bisa dipastikan ini kusta atau bukan,” saran perempuan berkacamata ini.

Penyakit kusta memiliki tanda dan gejala awal berupa bercak putih atau bercak merah di kulit yang tidak gatal, tidak nyeri, dan baal. Rambut alis rontok, kadang disertai kesemutan, nyeri sendi dan dapat timbul demam bila mengalami reaksi. Juga ada tanda berupa bintil-bintil kemerahan yang tersebar dan pasien tidak merasa terganggu.

“Penyakit kusta dapat diobati. Obat kusta bisa didapat di puskesmas atau rumah sakit pemerintah secara gratis,” tutur Dini.

Target Eliminasi Kusta di 2019

Sementara itu Direktur Pengendalian Penyakit Menular Langsung (PPML) Kemenkes, dr. Wiendra Waworuntu, M.Kes menyatakan, hingga saat ini masih ditemukan penyakit kusta di Indonesia. Untuk itu Kemenkes menargetkan dapat mengeliminasi penyakit kusta di tahun mendatang.

“Target nasional eliminasi kusta tercapai pada tahun 2019 dengan dilakukan eliminasi di 34 provinsi,” sebut Wiendra.

Guna mencapai target eliminasi kusta pada tahun 2019, maka pada hari kusta sedunia tahun ini diusung tema yang merangkul berbagai elemen untuk terlibat. “Tema hari kusta sedunia tahun 2018 ‘perkuat komitmen politik dalam penanggulangan kusta dan penghapusan stigma,’” tandas Wiendra. **(Didit)**



KEMENKES FOKUS 1.000 HARI PERTAMA KEHIDUPAN

Permasalahan gizi buruk mendapat perhatian serius dari Kementerian Kesehatan untuk dapat di atasi segera guna meningkatkan derajat hidup masyarakat Indonesia secara keseluruhan. Untuk itu, dalam rangka hari gizi nasional ke-58 pemerintah memfokuskan pada 1.000 hari pertama kehidupan guna mencegah terjadinya gizi buruk di masyarakat.

“Untuk Konsep pencegahan kita fokus pada 1.000 hari pertama kehidupan, yakni memastikan bahwa semua pelayanan kesehatan kepada ibu hamil, pada bayi dan balita baik dengan berbagai indikator kesehatan yang ada,” ujar Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI, dr. Anung Sugihantono, M.Kes pada puncak peringatan Hari Gizi Nasional (HGN) ke-58 di Auditorium

Siwabessy Kementerian Kesehatan RI, Jakarta, Kamis (25/1) lalu. HGN kali ini mengangkat tema ‘Mewujudkan Kemandirian Keluarga dalam 1.000 HPK untuk Pencegahan Stunting’, dengan slogannya adalah “Bersama Keluarga Kita Jaga 1.000 HPK”.

1.000 hari pertama kehidupan untuk mencegah bayi gizi buruk ini dihitung sejak masih dalam kandungan. Sehingga, kata Anung, semua harus dipersiapkan sejak seorang ibu mengetahui kehamilan hingga sang bayi berusia dua tahun harus terpenuhi semua kebutuhan gizi Ibu dan buah hatinya,

“Intervensi yang paling menentukan adalah mempersiapkan seorang calon ibu, memberikan pelayanan kepada ibu hamil secara maksimal dan memastikan persalinan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. ASI

Eksklusif diberikan, diawali dengan inisiasi menyusui dini dan pemantauan pertumbuhan perkembangan dilakukan secara terus menerus oleh tenaga kesehatan perlu dilakukan pada 1.000 hari pertama kehidupan (HPK)” terang mantan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah ini.

Anung menambahkan, selain upaya pencegahan gizi buruk, Kemenkes juga membuat sistem penanganan gizi buruk. Dengan demikian diharapkan, masalah gizi buruk dapat ditangani secara sistematis. “Saat ini kita punya sistem penanganan gizi buruk yang kita sebut sebagai *community feeding center* dan *teraphatic feeding center*, itu untuk penanganan,” tambah Anung.

Selain program-program tersebut, Anung juga menyatakan untuk mengatasi persoalan gizi buruk di Indonesia perlu melibatkan instansi lain di luar Kemenkes. Menurut Anung, setiap instansi dapat membantu mengatasi gizi buruk dengan melakukan aktivitas yang sejalan dengan upaya perbaikan gizi seperti penyediaan air minum, air bersih, sanitasi, menjamin ketersediaan dan kecukupan bahan pangan ditingkat lokal juga peningkatan ekonomi masyarakat disamping tingkat pengetahuan masyarakat tentang



perlu gizi yang baik.

“Sudah lebih dari setengah abad kita memperingati hari gizi, semoga peringatan tahun ini menjadi momentum penting untuk perbaikan gizi bangsa ke depannya. Harapannya, melalui interaksi dan sinergi (lintas sektor) mampu mewujudkan kemandirian keluarga Indonesia dalam menjaga 1000 hari pertama kehidupan generasi bangsa, sehingga stunting bisa kita cegah,” jelas Anung. (Dedit)



TIP HINDARI GIZI BURUK

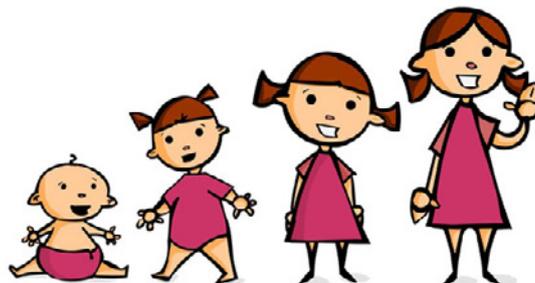
Dokter Nutrisi Anak, Damayanti Rusli Sjarif dalam diskusi memperingati Hari Gizi Nasional di Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan memberikan tips untuk masalah gizi buruk sejak 1000 HPK. Sebagaimana dilansir dari laman www.cnnindonesia.com, berikut saran dari Damayanti.

1. Para ibu hamil dan menyusui diminta agar memakan makanan bergizi, hal ini untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sang Ibu dan bayinya baik yang ada dalam kandungan maupun bayi yang sedang menyusui.
2. Disarankan agar para ibu mengutamakan pemberian asi bagi sang buah hati, menurut Damayanti susu formula tidak lebih baik dibandingkan ASI. “ASI itu penting, dibandingkan susu formula manapun, ASI pasti unggul,” sebut Damayanti.
ASI ini baru bisa ditambahkan dengan makanan lain setelah anak berusia lebih dari enam bulan dan siap menerima makanan pendamping ASI. Menurut Damayanti, MPASI haruslah makanan yang banyak mengandung zat besi dan protein seperti hati ayam atau bebek.
3. Sementara untuk Ibu hamil, diminta agar sering memeriksanya ke dokter atau bidan. Hal ini penting untuk mencegah gizi buruk yang disebabkan faktor lain. “Penyebab

anak lahirnya kecil bukan hanya makan ibu, tapi bias jadi karena plasenta, genetatif dan sebagainya. Hal ini mesti diperiksa supaya bias diambil tindakan sedini mungkin,” jelas dokter yang tergabung dalam Ikatan Dokter Anak Indonesia ini.

4. Jangan lupa untuk selalu mengukur tinggi badan dan berat badan anak, karena anak yang kekurangan gizi dapat terlihat pada usia tiga bulan. Apabila pada usia tiga bulan tidak ada penambahan tinggi badan dan berat badan pada anak, disarankan untuk segera konsultasikan kepada dokter di fasilitas pelayanan kesehatan.

“Konsultasikan dengan ahli untuk pengukuran yang tepat karena sudah ada grafiknya. Nantinya, petugas kesehatan akan memberikan rekomendasi penanganan yang sesuai dengan kondisi anak dan ibu,” tutup Damayanti. ●







Imunisasi Efektif Cegah Difteri

Indonesia telah melaksanakan program imunisasi, termasuk imunisasi Difteri sejak lebih lima dasawarsa yang lalu. Imunisasi menjadi langkah pencegahan difteri paling efektif.

Kejadian luar biasa (KLB) difteri muncul kembali ke tengah masyarakat akibat *immunity gap*, yaitu kesenjangan atau kekosongan kekebalan di kalangan penduduk di suatu daerah. Kondisi ini terjadi akibat adanya akumulasi kelompok yang rentan terhadap difteri. Penyebab eksternalnya akibat muncul penolakan terhadap imunisasi di beberapa daerah yang menyebabkan ketidakefektifan imunisasi. Boleh jadi ini salah satu penyebab munculnya KLB difteri.

Data Kementerian Kesehatan menunjukkan per November 2017, ada 95 Kabupaten/Kota dari 20 provinsi melaporkan temuan kasus difteri. Pada kurun waktu Oktober-November 2017 ada 11 provinsi yang melaporkan terjadinya KLB Difteri di wilayah kabupaten/kota-nya, yaitu 1) Sumatera Barat, 2) Jawa Tengah, 3) Aceh, 4) Sumatera Selatan, 5) Sulawesi Selatan, 6) Kalimantan Timur, 7) Riau, 8) Banten, 9) DKI Jakarta, 10) Jawa Barat, dan 11) Jawa Timur.

Menilik sebaran kasus yang masif, masyarakat pun dianjurkan untuk memeriksa status imunisasi anak-anaknya, apakah status imunisasinya sudah lengkap sesuai jadwal atau belum.

“Jika belum lengkap, agar dilengkapi,” kata Kepala Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat drg. Oscar Primadi, MPH di Jakarta, beberapa waktu lalu.

Masyarakat juga diimbau untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, menggunakan masker bila sedang batuk dan segera berobat

ke pelayanan kesehatan terdekat jika anggota keluarganya ada yang mengalami demam disertai nyeri menelan, terutama jika didapatkan selaput putih keabuan di tenggorokan.

“Masyarakat perlu mendukung dan bersikap kooperatif jika di tempat tinggalnya diadakan ORI (*Outbreak Response Immunization*) oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota setempat,” kata Oscar.

Gejala Difteri

Difteri merupakan penyakit yang sangat menular akibat kuman *Corynebacterium diphtheriae*. Gejala dan tanda-tanda yang menyertai berupa demam yang tidak begitu tinggi hingga 38°C, munculnya *pseudomembran* / selaput di tenggorokan yang berwarna putih keabu-abuan yang mudah berdarah jika dilepaskan, dan sakit waktu menelan. Penderitanya terkadang mengalami pembesaran kelenjar getah bening leher dan pembengkakan jaringan lunak leher (*bullneck*). Adakalanya disertai sesak napas ataupun suara mengorok.

Tiga Vaksin Difteri

Vaksin untuk imunisasi difteri ada tiga jenis, yaitu vaksin DPT-HB-Hib, vaksin DT, dan vaksin Td yang diberikan pada usia berbeda. Imunisasi difteri diberikan melalui imunisasi dasar pada bayi (di bawah 1 tahun) sebanyak tiga dosis vaksin DPT-HB-Hib dengan jarak satu bulan. Selanjutnya, diberikan Imunisasi Lanjutan (*booster*) pada anak umur 18 bulan sebanyak satu dosis vaksin DPT-HB-Hib; anak kelas 1 SD diberikan satu dosis vaksin DT, murid kelas 2 diberikan 1 dosis vaksin Td, kemudian pada murid kelas 5 diberikan 1 dosis vaksin Td.

Keberhasilan pencegahan difteri dengan imunisasi sangat ditentukan oleh cakupan imunisasi, yaitu minimal 95%. [P]





Jatim Gencar Perangi Difteri

Pemerintah Jawa Timur merespons kejadian luar biasa (KLB) difteri dengan *Outbreak Response Immunization (ORI)* hingga tuntas.

ORI di Jatim untuk putaran 1 dilaksanakan mulai Februari 2018 dengan menasar 10,7 juta anak usia 1 tahun hingga <19 tahun. Vaksin ORI dikirimkan ke Jatim pada pekan keempat Januari 2018. Adapun kebutuhan dana mencapai Rp 89 miliar yang ditanggung bersama oleh pemerintah provinsi dan kabupaten kota.

Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten/Kota dan Bappeda langsung melanjutkan rapat teknis pelaksanaan ORI dengan membuat rencana aksi, menghitung kebutuhan biaya, serta membuat *timeline* pelaksanaan yang selanjutnya dikirim ke Kementerian Kesehatan. Perhatian pemerintah daerah terhadap KLB difteri karena kasus difteri di Provinsi Jatim mencapai 48%.

Sekjen Kemenkes RI Untung Suseno Sutarjo mengapresiasi upaya Pemprov Jatim untuk memerangi difteri. ORI, kata Sekjen, penting dalam penanggulangan KLB difteri untuk memutus mata rantai

penularan dan memberikan kekebalan serta membentuk *herd immunity* di masyarakat.

“Daerah di pulau Jawa sangat berisiko untuk terjadinya KLB Difteri karena kepadatan penduduk dan tingginya mobilitas penduduk,” ungkap Sekjen ketika mengadakan rapat koordinasi ke Surabaya pada pertengahan bulan Januari 2018 lalu.

Rakor yang dihadiri seluruh Bupati dan Walikota, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Kepala Bappeda, Kepala Keuangan, BPKD dan Direktur Rumah Sakit se-Provinsi Jawa Timur ini menunjukkan optimisme Jatim untuk mengendalikan KLB Difteri.

Program jangka panjang Pemda dilaksanakan melalui sosialisasi ke seluruh masyarakat tentang pentingnya imunisasi rutin. “Tidak cukup hanya pada waktu bayi karena tingkat perlindungan turun saat anak usia balita, sehingga harus diberikan imunisasi ulang pada saat usia dua tahun dan saat sekolah,” jelas Sekjen.

Pada kesempatan tersebut, ia juga mengingatkan pentingnya rantai penyimpanan vaksin (*cold chain*) yang sesuai standar untuk menjaga kualitas vaksin. Selain itu petugas imunisasi

yang sudah dilatih di tingkat Puskesmas maupun Pustu agar jangan terlalu cepat dipindah.

Dalam kegiatan ORI, Kemenkes menyediakan logistik vaksin untuk Provinsi dan Kabupaten/Kota yang terdampak difteri. Untuk mendukungnya, PT Biofarma selaku penyedia vaksin telah mengutamakan kebutuhan dalam negeri untuk pelaksanaan ORI dan mengurangi ekspor ke negara lain.

Anomali Difteri

Gubernur Jawa Timur Sukarwo mengakui bahwa ada anomali di Provinsi Jawa Timur. Di satu sisi, Jawa Timur memiliki data demografi dan prestasi pembangunan yang bagus dan baik namun di sisi lain ada masalah kesehatan yang muncul, termasuk KLB difteri ini.

Pada pertemuan tersebut, Gubernur mengajak semua Bupati dan Wali Kota agar menyukseskan kegiatan ORI difteri pada tahun 2018. Gubernur mengimbau agar seluruh Bupati dan Walikota menyatakan KLB difteri di daerahnya sehingga dana darurat yang ada di Pemda dapat digunakan untuk membiayai kegiatan ORI. Selanjutnya, Gubernur membuat pernyataan KLB apabila seluruh Bupati dan Walikota juga menyatakan KLB sehingga dana darurat yang ada di provinsi juga dapat digunakan untuk kegiatan ORI.

“Provinsi akan membuat Posko, menyediakan tenaga yang dibutuhkan demikian juga kabupaten kota,” tegas Sukarwo. ●



Imunisasi Hak Anak untuk Sehat



"Kami ingin sehat, maka kami bersedia diimunisasi Difteri. Kami juga mengimbau kepada keluarga, teman, tetangga dan masyarakat untuk bersedia diimunisasi."

Demikian penggalan kalimat komitmen yang diucapkan oleh perwakilan murid SMA Negeri 33 Jakarta pada kegiatan Komitmen Bersama untuk Menyukseskan Pelaksanaan *Outbreak Respons Immunization* (ORI) Difteri di SMA Negeri 33 Jakarta, beberapa waktu lalu.

Pesan yang menyuarakan bahwa setiap generasi bangsa berhak untuk sehat, tumbuh, dan berkembang optimal, serta mencapai apa yang

dicita-citakan diucapkan dengan lantang di hadapan Menteri Kesehatan RI, Nila Farid Moeloek, Gubernur DKI Jakarta, Anies Baswedan, Walikota Jakarta Barat, Anas Effendi, dan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Kusmedi Priharto.

Menkes ikut mengingatkan, imunisasi yang tak lengkap dapat menurunkan derajat kesehatan anak. "Mari selamatkan anak Indonesia, dengan menjadikan mereka anak yang sehat, berprestasi dan bisa membawa kemajuan bangsa yang kuat. Ini hak kalian untuk sehat," ujarnya kepada para siswa.

Menanggapi adanya kelompok masyarakat yang menolak imunisasi,

Menkes menegaskan bahwa imunisasi memiliki kemaslahatan yang jauh lebih besar daripada mudaratnya.

DKI Jakarta Atasi Difteri

Sementara itu, Gubernur DKI Jakarta Anies Baswedan, membenarkan bahwa di Jakarta terjadi peningkatan kasus Difteri, yaitu 4 kasus (2014), 9 kasus (2015), 17 kasus (2016), dan 25 kasus (November 2017).

"Kegiatan kali ini diprioritaskan di dua lokasi, di Jakarta Barat dan Jakarta Utara dengan sasaran yaitu anak usia 1-19 tahun berjumlah 1.238.238 jiwa. ORI dilaksanakan dengan tiga interval pemberian, yaitu bulan ini, bulan depan, dan 7 bulan kemudian," terang Anies.

Anies menyatakan bahwa ke depan ORI Difteri diharapkan dapat menjangkau seluruh sasaran di wilayah DKI.

"Total keseluruhan yang akan kita jangkau sebanyak 2,9 juta penduduk di Jakarta yang nantinya menjadi target imunisasi ini," imbuh Anies.

ORI akan dilaksanakan di PAUD, TK, SD/ sederajat, SMP/ sederajat, SMK/ SMK/ sederajat, bahkan di tingkat perguruan tinggi. Selain itu, penyisiran imunisasi terhadap anak juga akan dilakukan di apartemen, rumah susun, termasuk mal oleh tim dari dinas kesehatan DKI Jakarta.

"Kami instruksikan seluruh aparat Pemprov DKI agar memastikan agar jangan sampai ada anak di Jakarta yang terlewat untuk mendapatkan perlindungan. Semoga ikhtiar kita dimudahkan untuk menjadikan Jakarta yang bebas difteri," tuturnya.

Di penghujung sambutannya, Anies berpesan berpesan kepada para orang tua dan penyelenggara pendidikan agar melihat imunisasi sebagai ikhtiar melindungi buah hati, melindungi masa depan generasi bangsa, agar mereka bisa tumbuh dengan baik dan meraih masa depan, karena tidak ada permasalahan kesehatan atau risiko yang membahayakan.

"Tanda kita menyayangi bukan dengan menjauhkan vaksinasi. Justru tanda kasih sayang adalah memberikan hak perlindungan (vaksin)," tegasnya. [P]



Menkes meninjau Pemberian
Vaksin Difteri pd Pelaksanaan
ORI di SMAN 33 Jakbar.



ORI Cara Jitu Cegah Difteri

Tingkat penularan Difteri sangat tinggi, mudah menular hanya dengan percikan air ludah atau kontak dengan benda-benda yang terkena kuman difteri. Untuk mencegahnya perlu tindakan *Outbreak Response Immunization* (ORI) sebagai respon cepat terhadap berkembangnya kasus Difteri di Indonesia.

Sebagai langkah awal, ORI dilakukan di Banten, DKI Jakarta, dan Jawa Barat mengingat potensi transmisi penyakit tersebut masih tinggi. Transmisi yang tinggi itu didorong oleh padatnya jumlah penduduk dan tingginya mobilisasi masyarakat.

Dirjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Mohamad Subuh mengatakan tingkat penularan difteri sangat tinggi karena penularan bakteri melalui percikan ludah saat bersin atau batuk, itu sangat mudah menular. Karena itu, dirinya menekankan untuk melakukan ORI, artinya pemberian imunisasi ulang secara massal kepada seluruh wilayah yang terdapat kasus difteri.

"ORI dilakukan tiga putaran. Jarak pemberian putaran pertama dan kedua adalah 1 bulan, sedangkan jarak antara putaran kedua dan ketiga adalah 6 bulan. Putaran pertama dilaksanakan pada Desember 2017, dilanjutkan pada Januari dan terakhir Juli 2018," kata Subuh, pada Senin (11/12/2017).

ORI akan dilakukan di 12 kabupaten/kota. ORI di DKI Jakarta akan dilakukan di Jakarta Utara dengan target 512.208 orang dan Jakarta Barat



dengan target 722.202 orang.

Sementara di Jawa Barat akan dilakukan di Purwakarta dengan target 310.150 orang, Karawang 713.087 orang, Kota Depok 668.835 orang, Kota Bekasi 836.660 orang, dan Kabupaten Bekasi 1.100.446 orang.

Selain itu, di Banten akan dilakukan di Kota Tangerang dengan target 618.509 orang, Kabupaten Tangerang 1.189.124 orang, Kabupaten Serang 526.270 orang, Kota Serang 238.491 orang, dan Kota Tangerang Selatan 478.594 orang. Imunisasi itu akan diberikan untuk usia 1 sampai kurang dari 19 tahun.

ORI dilaksanakan dengan mengimunisasi penduduk yang tinggal di sekitar penderita dimulai dari mereka yang tinggal serumah, tetangga, dan mereka yang pernah menengok pasien





difteri yang mungkin berada di luar desa, kecamatan, kabupaten/kota, atau propinsi.

Cakupan wilayah yang harus diimunisasi tergantung pada hasil penyelidikan epidemiologi yang dilakukan oleh tim khusus yang sudah terlatih di Puskesmas, kabupaten, propinsi dan pusat. Dengan demikian, KLB Difteri secara berangsur-angsur akan dapat diatasi.

ORI saat ini dibatasi sasarannya sampai dengan umur 19 tahun berdasarkan data sebaran penderita Difteri. Pemantauan ketat terus dilakukan untuk menentukan apakah di kemudian hari cakupan imunisasi perlu diperluas kepada orang dewasa atau tidak.

Kementerian Kesehatan menyadari bahwa ada orang dewasa yang khawatir tertular Difteri. Hal ini wajar terjadi dan telah diantisipasi.

Mengingat prioritas penanggulangan saat ini adalah pada kelompok usia di bawah 19 tahun, maka keinginan penduduk dewasa untuk memperoleh imunisasi Difteri belum sepenuhnya dapat ditampung dalam waktu dekat.

Namun, beberapa fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta telah siap untuk memberikan pelayanan imunisasi Difteri kepada orang dewasa dengan pembayaran yang bervariasi jumlahnya. **(Dede)**

1. Penekanan sirine bersama tanda Komitmen Pelaksanaan ORI Secara resmi dilaksanakan.
2. Pelaksanaan ORI di SMAN 33 Jakarta Barat.
3. Menkes Memberikan Penjelasan kepada siswa mengenai Difteri



ORI Outbreak Response Immunization

D I F T E R I

Dimulai 11 Desember 2017
untuk anak usia 1 - <19 tahun

Banten

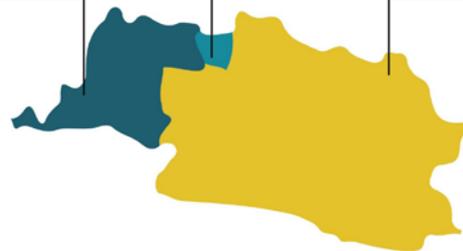
Kota Tangerang
Kabupaten Tangerang
Kabupaten Serang
Kota Serang
Kota Tangerang Selatan

DKI Jakarta

Jakarta Utara
Jakarta Barat

Jawa Barat

Purwakarta
Karawang
Kota Depok
Kota Bekasi
Kabupaten Bekasi



Tempat pelaksanaan di sekolah, Posyandu, Puskesmas, RS, dan faskes lainnya

GRATIS



sehatnegeriku.kemkes.go.id



Kementerian Kesehatan RI



@KemenkesRI



@kemenkes_ri





Waspada Difteri

Menyebarnya penyakit Difteri di penghujung tahun 2017 mendapat perhatian dari pemerintah dan masyarakat. Bahkan, setiap kabupaten/kota yang melaporkan satu kasus saja sudah dinyatakan Kejadian Luar Biasa (KLB).

Menteri Kesehatan RI, Nila Moeloek mengatakan penyakit Difteri utamanya ditularkan melalui percikan ludah/air liur (*droplet infection*) penderita kepada orang lain yang berada dekat dengannya. Cara penularan lain adalah melalui kontaminasi benda-benda yang pernah disentuh penderita.

“Penularan penyakit Difteri melalui percikan air ludah yang keluar saat batuk dan bersin, bukan melalui udara di sekitar kita. Sehingga saya mengimbau untuk menggunakan masker agar tidak menularkan kepada orang lain,” kata Nila, pada Senin (18/12/2017) di Jakarta.

Difteri merupakan penyakit

yang sangat menular. Penyakit ini disebabkan oleh kuman *Corynebacterium Diphtheriae*. Difteri menimbulkan gejala dan tanda berupa demam sekitar 38°C, munculnya pseudomembran/selaput di tenggorokan yang berwarna putih keabu-abuan yang mudah berdarah

jika dilepaskan, sakit waktu menelan, kadang-kadang disertai pembesaran kelenjar getah bening pada leher dan pembengkakan jaringan lunak leher yang disebut *bullneck*.

Adakalanya disertai sesak napas dan suara mengorok. Difteri dapat menyerang semua kelompok usia terutama anak-anak yang belum mendapatkan imunisasi lengkap. Akibat yang terjadi adalah tersumbatnya saluran pernapasan, peradangan dan kelumpuhan otot jantung, dan yang paling parah adalah





kematian.

Data dari Kementerian Kesehatan, KLB Difteri pada saat ini memiliki gambaran yang berbeda daripada KLB sebelumnya yang pada umumnya menyerang anak balita. KLB kali ini, 19% di antaranya terjadi pada kelompok umur 1-4 th, 47% menyerang anak usia sekolah (5 – 14 th) dan 34% menyerang umur di atas 14 Th. Data tersebut menunjukkan proporsi usia sekolah dan dewasa yang rentan terhadap Difteri cukup tinggi.

Dari data epidemiologis KLB Difteri yang telah dikumpulkan sampai tgl 25 Desember 2017 oleh Kementerian Kesehatan, telah terdeteksi sebanyak 907 kasus (kumulatif) dan 44 kematian di 164 kabupaten/kota di 29 propinsi.

Kabupaten Tangerang misalnya, sejak 14 Desember sampai 21 Desember 2017, penderita Difteri telah meluas dari 13 Puskesmas ke 24 Puskesmas. Data tersebut menunjukkan kecenderungan yang sama dengan data nasional. Dari 51 kasus yang dilaporkan, 26 kasus diantaranya (50%) berumur di atas 14 thn dan 19 kasus lainnya berusia di atas 19 tahun.

Masyarakat diimbau waspada terhadap penyebaran Difteri dengan melakukan imunisasi difteri. Terutama bagi anak-anak usia 1 sampai kurang dari 19 tahun yang masuk dalam program Outbreak Response Immunization (ORI) secara gratis.

Bagi orang di atas 19 tahun bisa mendapatkan imunisasi di beberapa fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta dengan biaya yang bervariasi.

Selain itu, masyarakat dianjurkan memakai masker saat berpergian, terutama ke tempat-tempat ramai seperti di kendaraan umum, pusat perbelanjaan, dan stasiun.

Namun demikian, perlu diketahui bahwa ditetapkannya KLB bukan berarti mewabah secara masif, tetapi sebagai peringatan bagi daerah yang melapor adanya kasus Difteri untuk dilakukan ORI. (Dede)



Kemenkes Jamin Ketersediaan Vaksin Difteri di Daerah

Kementerian Kesehatan menjamin ketersediaan vaksin difteri yang digunakan untuk mengendalikan KLB Difteri melalui program outbreak response immunization (ORI) dan kegiatan imunisasi rutin. Distribusi vaksin dilakukan secara berjenjang dari pusat ke Dinas Kesehatan hingga di tingkat pelayanan.

“Pemerintah meminta PT Biofarma untuk menunda ekspor vaksin untuk memprioritaskan kebutuhan vaksin di dalam negeri,” kata Menteri Kesehatan RI Nila Moeloek dalam Diskusi Media Forum Merdeka Barat 9, Jakarta (12/01/2018).

Menkes RI menyampaikan bahwa vaksin yang diproduksi sudah diperiksa kualitas, efektivitas dan kemanjurannya sebelum didistribusikan kepada masyarakat. Setiap daerah yang termasuk dalam kategori KLB Difteri bisa meminta stok vaksin ke Dinas Kesehatan setempat.

Menkes yakin dengan terjaminnya ketersediaan vaksin maka pelaksanaan ORI di daerah yang termasuk KLB Difteri dapat dilaksanakan dengan baik.

“Cukup. Untuk upaya penanggulangan KLB Difteri sebanyak 19,5 juta vial tahun 2018 akan tersedia untuk Indonesia”, sebut Menkes.

Direktur Utama PT Biofarma, Juliman mengatakan, untuk memenuhi kebutuhan vaksin di dalam negeri PT Biofarma meningkatkan produksi Vaksin kelompok Difteri di tahun 2018 dari semula 15 juta vial menjadi 19.5 juta. Bahkan untuk mencapai target tersebut, kata Juliman, pihaknya menambah hari kerja yang semula hanya 5 hari kerja menjadi 7 hari kerja.

Juliman menambahkan, vaksin yang diproduksi PT Biofarma diuji terlebih dahulu oleh Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM). Jika belum mendapatkan sertifikat dari BPOM maka vaksin tersebut tidak bisa dijual.

“Seluruh vaksin yang diproduksi Bio Farma, telah melewati seragkaian pengujian yang ketat, untuk mendapatkan release (ijin edar) dari Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik Indonesia (BPOM). Bahkan untuk dapat mengekspor vaksin, produk Bio Farma harus diaudit oleh WHO”, terang Juliman. (Tha/SN)

Kompetisi Pelayanan Publik Diharapkan Memberikan Pembaharuan

Kompetisi Inovasi Pelayanan Publik kembali digelar tahun ini. Diharapkan lomba ini dapat menghasilkan inovasi baru dalam pelayanan publik sehingga perubahan ke arah yang lebih baik dapat dirasakan oleh masyarakat.

“Kompetisi Inovasi Pelayanan Publik ini jangan sampai menjadi rutinitas belaka, tetapi perlu ada pembaharuan,” ujar Sekretaris Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (PANRB) Dwi Wahyu Atmaji, di Jakarta.

Menurut Dwi, kompetisi inovasi nasional ini merupakan salah satu upaya untuk mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau Sustainable Development Goals (SDGs). Oleh karena itu, pada kompetisi kali ini inovasi harus dikaitkan dengan salah satu atau lebih tujuan dari pembangunan berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*).

“Melalui program *one agency one innovation*, seluruh instansi pemerintah didorong untuk mempunyai setidaknya satu inovasi,” jelas Dwi.

17 Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs)

1. **Tanpa Kemiskinan**, Tidak ada kemiskinan dalam bentuk apapun di seluruh penjuru dunia.
2. **Tanpa Kelaparan**, Tidak ada lagi kelaparan, mencapai ketahanan pangan, perbaikan nutrisi, serta mendorong budidaya pertanian yang berkelanjutan.
3. **Kesehatan yang Baik dan Kesejahteraan**, Menjamin kehidupan yang sehat serta mendorong kesejahteraan hidup

untuk seluruh masyarakat di segala umur.

4. **Pendidikan Berkualitas**, Menjamin pemerataan pendidikan yang berkualitas dan meningkatkan kesempatan belajar untuk semua orang.
5. **Kesetaraan Gender**, Mencapai kesetaraan gender dan memberdayakan kaum ibu dan perempuan.
6. **Air Bersih dan Sanitasi**, Menjamin ketersediaan air bersih dan sanitasi yang berkelanjutan untuk semua orang.
7. **Energi Bersih dan Terjangkau**, Menjamin akses terhadap sumber energi yang terjangkau, terpercaya, berkelanjutan dan modern untuk semua orang.
8. **Pertumbuhan Ekonomi dan Pekerjaan yang Layak**, Mendukung perkembangan ekonomi yang berkelanjutan, lapangan kerja yang produktif serta pekerjaan yang layak untuk semua orang.
9. **Industri, Inovasi dan Infrastruktur**, Membangun infrastruktur yang berkualitas, mendorong peningkatan industri yang berkelanjutan serta mendorong inovasi.
10. **Mengurangi Kesenjangan**, Mengurangi ketidaksetaraan baik di dalam sebuah negara maupun di antara negara-negara di dunia.
11. **Keberlanjutan Kota dan Komunitas**, Membangun kota-kota serta pemukiman yang berkualitas, aman dan berkelanjutan.
12. **Konsumsi dan Produksi Bertanggung Jawab**, Menjamin

keberlangsungan konsumsi dan pola produksi.

13. **Aksi Terhadap Iklim**, Bertindak cepat untuk memerangi perubahan iklim dan dampaknya.
14. **Kehidupan Bawah Laut**, Melestarikan dan menjaga keberlangsungan laut dan kehidupan sumber daya laut untuk perkembangan yang berkelanjutan.
15. **Kehidupan di Darat**, Melindungi, mengembalikan, dan meningkatkan keberlangsungan pemakaian ekosistem darat, mengelola hutan secara berkelanjutan, mengurangi tanah tandus serta tukar guling tanah.
16. **Institusi Peradilan yang Kuat dan Kedamaian**, Meningkatkan perdamaian termasuk masyarakat untuk pembangunan berkelanjutan, menyediakan akses untuk keadilan bagi semua orang termasuk lembaga dan bertanggung jawab untuk seluruh kalangan.
17. **Kemitraan untuk Mencapai Tujuan**, Memperkuat implementasi dan menghidupkan kembali kemitraan global untuk pembangunan yang berkelanjutan.

Kompetisi Inovasi Pelayanan Publik 2018 ini diselenggarakan berdasarkan Peraturan Menteri PANRB No. 3/2018 tentang Kompetisi Inovasi Pelayanan Publik di Lingkungan K/L, Pemerintah Daerah, BUMN dan BUMD Tahun 2018.

Menurut Asisten Deputi Bidang Pelayanan Publik KemenPAN dan RB, Dr. Muhammad Imanuddin, SH, MSi, pelayanan publik Indonesia menurut survey masih punya daya saing rendah dan baru mulai bergerak ke arah

perbaikan.

Adapun hasil dari inovasi pelayanan publik ini berupa percepatan peningkatan kualitas pelayanan publik dalam rangka mencapai pelayanan publik kelas dunia.

Selain itu, juga untuk meningkatkan tingkat kepercayaan diri bagi pelayanan publik. Sebagai contoh beberapa pelayanan publik telah melakukan inovasi serba elektronik, mulai dari pendaftaran, pembayaran dan pengambilan dokumen perizinan, termasuk bentuk tanda tangan elektronik.

Tata Cara penilaian dan Penyusunan Proposal:

Penilaian dalam kompetisi inovasi pelayanan publik sinovik ini, melalui beberapa tahapan, mulai dari tahap administrasi hingga penilaian proposal yang telah diajukan. Mulai dari analisis masalah (5%), pendekatan strategi (20%), pelaksanaan dan penerapan (35%), dampak (25%) serta keberlanjutan (15%).

Analisa Masalah:

Apakah masalah yang dihadapi sebelum dilaksanakannya inovasi, uraikan fakta dan situasi sebelum inovasi dimulai dengan didukung oleh data. Kelompok sosial mana saja yang terpengaruh, misalnya kelompok miskin, buta huruf, penyandang cacat, lansia, imigran, perempuan, pemuda, minoritas etnis; dan dalam hal apa?. Sebutkan masalah utama yang perlu diselesaikan, paling banyak 500 kata.

Pendekatan strategis:

Siapa saja yang telah mengusulkan pemecahannya dan bagaimana inovasi ini telah memecahkan masalah tersebut? Ringkas tentang apa dan bagaimana inovasi telah memecahkan masalah yang dihadapi. Uraikan strategi yang telah dilakukan, termasuk tujuan utama dan kelompok sasarannya. Paling banyak 600 kata. Selanjutnya, jelaskan bahwa inovasi yang diajukan ini bersifat unik dan mampu menyelesaikan masalah dengan cara-cara baru dan berbeda dari metode sebelumnya serta

berhasil diimplementasikan. Paling banyak 200 kata.

Pelaksanaan dan Penerapan:

Bagaimana pelaksanaan inovasi?, uraikan unsur-unsur rencana aksi yang telah dikembangkan untuk melaksanakan inovasi, termasuk perkembangan dan langkah-langkah kunci, kegiatan-kegiatan utama serta kronologinya. Unggah rencana aksi tersebut (ukuran berkas maksimal 2 MB atau kurang dari 5 halaman). Paling banyak 600 kata. Sebutkan siapa saja yang telah berkontribusi dalam

kendala utama yang dihadapi selama pelaksanaan inovasi beserta cara penanggulangan dan penyelesaiannya. Paling banyak 300 kata.

Dampak sebelum dan sesudah:

Uraikan dampak/manfaat dari inovasi disertai pembuktian berupa data yang relevan. Paling banyak 700 kata. Uraikan perbedaan sebelum dan sesudah inovasi dilakukan dalam bentuk matriks. Unggah dokumen pendukung yang berupa gambar dan dokumen lainnya sebagai bukti perbedaan tersebut. Paling banyak 700



perancangan dan/atau pelaksanaan inovasi, termasuk pegawai negeri sipil yang relevan, instansi pemerintah, organisasi masyarakat, LSM, sektor swasta, dan lain-lain. Jelaskan peran dari masing-masing pemangku kepentingan. Paling banyak 300 kata.

Uraikan juga sumber daya keuangan, teknis, manusia, dan lain-lain yang berkaitan dengan inovasi. Jika ada, uraikan mekanisme pengelolaan sumber daya yang lain seperti pola kemitraan, swadaya masyarakat, CSR, dan lain-lain. Paling banyak 500 kata. Sebutkan paling banyak lima keluaran konkret yang mendukung keberhasilan inovasi. Paling banyak 400 kata. Sistem apa yang diterapkan untuk memantau kemajuan dan mengevaluasi inovasi?. Uraikan bagaimana pelaksanaan inovasi dipantau dan dievaluasi. Paling banyak 400 kata. Uraikan pula

kata. Jelaskan kegiatan inovasi tersebut selaras dengan pencapaian salah satu atau lebih dari 17 Tujuan Pembangunan Berkelanjutan. Paling banyak 300 kata.

Keberlanjutan:

Uraikan pengalaman umum dan rekomendasi untuk masa depan yang diperoleh dalam pelaksanaan inovasi. Paling banyak 200 kata. Uraikan bagaimana inovasi pelayanan publik ini berkelanjutan serta mendapat jaminan dan dukungan secara keuangan, sosial dan ekonomi, budaya, lingkungan, kelembagaan dan peraturan. Jelaskan apakah inovasi ini sedang direplikasi oleh unit pelayanan publik lain di instansi daerah, nasional dan/atau internasional. Jelaskan hal-hal apa saja yang dapat direplikasi dari inovasi pelayanan publik ini. Paling banyak 500 kata. [P]



Kemenkes Raih 2 Penghargaan Dari KPK

Kementerian Kesehatan menerima penghargaan dari Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) dalam acara puncak peringatan Hari Anti Korupsi Sedunia (HAKORDIA) 2017 yang di gelar di Jakarta (12/12). Acara yang sudah diselenggarakan sebanyak 12 kali di Indonesia ini kembali memberi penghargaan kepada instansi pemerintah, BUMN, maupun swasta yang turut mendukung gerakan pemberantasan korupsi.

HAKORDIA tahun 2017 mengangkat tema Bergerak Bersama Memberantas Korupsi untuk Mewujudkan Masyarakat yang Sejahtera. Pada acara penutupan hadir Wakil Presiden Jusuf Kalla yang turut berpesan agar kita semua mengakhiri perilaku koruptif yang dapat dimulai melalui good governance.

Kementerian Kesehatan tahun ini mendapatkan dua penghargaan bergengsi yaitu sebagai Lembaga dengan Impelementasi e-LHKPN

terbaik tahun 2017 dengan kategori Pilot Project terbaik tahun 2017 dan sebagai Kementerian dengan Sistem Pengendalian Gratifikasi Terbaik. Penghargaan ini diberikan langsung kepada Menteri Kesehatan Nila Moeloek oleh Ketua Umum Komisi Pemberantasan Korupsi Agus Raharjo.

Kemenkes dianggap telah memenuhi kriteria yang ditentukan oleh KPK yaitu memenuhi 90% tingkat kepatuhan LHKPN sehingga dapat menerima penghargaan tersebut. LHKPN merupakan salah satu alat yang digunakan untuk pencegahan korupsi sehingga tujuan pemberian penghargaan ini adalah sebagai bentuk apresiasi dari KPK kepada instansi yang telah melakukan pengelolaan LHKPN di lingkungan instansinya secara baik.

Sebagai bentuk kepatuhan terhadap negara dan mendukung terlaksananya pemerintahan yang bersih, Kemenkes juga telah bekerjasama dengan KPK

dan BPJS Kesehatan untuk membentuk tim penanganan kecurangan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Hal tersebut sebagai upaya pencegahan adanya kecurangan dalam program JKN dan Kartu Indonesia Sehat (KIS).

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 terdapat berbagai pihak yang berpotensi melakukan kecurangan dalam program JKN dan Kartu Indonesia Sehat (KIS). Mulai dari peserta, fasilitas kesehatan, hingga penyedia obat dan alat kesehatan.

Dalam kategori yang sama beberapa Kementerian juga turut mendapatkan penghargaan yang sama dengan Kementerian Kesehatan antara lain Kementerian ESDM, Kementerian Keuangan, Otoritas Jasa Keuangan, Badan Pengawas Keuangan, Pemkab Bantul, Pemkab Bone, Pemkab Pinrang, Pemkab Wonogiri, BPD, PLN, Pupuk Indonesia dan Telkom Indonesia.

(Sehat Negeriku)



KEMENKES RAIH PENGHARGAAN KEARSIPAN

Mementerian Kesehatan (Kemenkes) RI meraih penghargaan dalam pengelolaan arsip dari Arsip Nasional Republik Indonesia (ANRI). Penghargaan diperoleh karena Kemenkes termasuk lembaga negara yang tertib dalam pengelolaan arsip.

“Kementerian Kesehatan telah mendapatkan satu apresiasi dari ANRI dengan nilai A. Kearsipan ini menjadi salah satu yang sangat penting. Saya tentu bangga dan

berterima kasih kepada Kemenkes yang sudah membuat *record center* ini dengan nama Soejoto, seingat saya dia tentara dan orangnya aktif,” kata Menteri Kesehatan Prof. dr. Nila F Moeloek, di Jakarta, pertengahan Januari lalu.

Pada kesempatan tersebut, Menkes juga meresmikan gedung *record center* Kemenkes yang terletak di Jl. Percetakan Negara II No. 23. Gedung dengan luas 900 M² tersebut dilengkapi dengan ruang audio visual, ruang penitipan dokumen, ruang *drop*

dokumen (transit), ruang pengolahan, ruang arsip inaktif, dan ruang arsip vital.

Sementara itu, Kepala Arsip Nasional Republik Indonesia (ANRI) Mustari Irawan mengatakan pengelolaan kearsipan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) bisa dijadikan contoh oleh kementerian atau lembaga lain karena dikelola dengan baik.

“Dari sekian kementerian dan lembaga, Kemenkeslah salah satu yang memberi perhatian sangat besar terhadap masalah kearsipan,” kata Mustari.

Tak lupa Mustari juga menyampaikan selamat kepada Kemenkes yang telah memperoleh penghargaan dari ANRI. “Selamat Kemenkes sudah memperoleh akreditasi A, sangat baik, tapi nilainya belum paling tinggi (belum istimewa). Kemenkes ada kesempatan mendapatkan nilai istimewa,” tutup Mustari. **(Didit)**

KLB DIFTERI, BUKTI PENTINGNYA IMUNISASI

Akhir tahun 2017 lalu, masyarakat dikejutkan dengan Kejadian Luar Biasa (KLB) Difteri di berbagai daerah di Indonesia. Berdasarkan catatan Kementerian Kesehatan, KLB tersebut terjadi di 170 kabupaten/kota di 30 provinsi. Sampai dengan Desember 2017, tercatat ada 952 orang terkena difteri, 44 diantaranya meninggal dunia. Kejadian difteri terbanyak terjadi di provinsi Jawa Timur, diikuti Jawa Barat, Banten dan Aceh.

Mengejutkan memang. Di saat kampanye imunisasi MR untuk mencegah penyebaran campak dan rubella di pulau Jawa belum lama berakhir di September 2017, kini tiba-tiba difteri muncul menyerang ratusan orang, dari usia balita hingga dewasa, bahkan mengakibatkan kematian. Walaupun angka kasus tersebut adalah akumulasi dari bulan Januari, akan tetapi terjadi lonjakan drastis pada Desember 2017. Kita juga masih ingat di tahun 2016 ada kegiatan PIN Polio. Sekarang malah timbul penyakit lain.

Tren kasus difteri berdasarkan hasil surveilans mingguan yang dilakukan, terlihat laporan kejadian kasus berfluktuasi dan terjadi peningkatan yang signifikan mulai minggu ke-49 tahun 2017. Semenjak itu pemerintah segera memutuskan untuk melakukan *Outbreak Response Immunization (ORI)* pada bulan Desember 2017 di 12 kabupaten/kota di 3 provinsi terdampak yaitu Jawa Barat, Banten dan DKI Jakarta. Daerah lainnya juga menyusul akan melaksanakan ORI pada tahun 2018 ini.

Sesungguhnya difteri adalah penyakit endemis. Dapat diartikan sebagai jenis penyakit yang sudah lama



AJI MUHAWARMAN

laring, tonsil, hidung dan juga pada kulit. Gejala klinis yang ditunjukkan antara lain Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), nyeri di tenggorokan, nyeri saat menelan, demam tidak terlalu tinggi ($< 38,5^{\circ} \text{C}$), dan terlihat adanya pseudomembrane putih keabu-abuan/kehitaman di tonsil, faring, atau laring penderita yang tidak mudah lepas, serta berdarah apabila diangkat. Pada kondisi lebih berat dapat ditandai dengan kesulitan menelan, sesak napas, dan pembengkakan leher (*bull neck*).



berjangkit di suatu daerah tertentu atau pada kelompok populasi tertentu. Tapi toh bisa terjadi KLB juga. Difteri juga termasuk golongan Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Difteri disebabkan oleh bakteri gram positif *Corynebacterium Diphtheriae* strain toksin. Penularannya terjadi melalui percikan ludah (*droplet*) dari batuk, bersin, muntah, melalui alat makan, atau kontak langsung lewat kulit.

Penyakit ini ditandai dengan adanya peradangan pada tempat infeksi, terutama pada selaput mukosa faring,

Yang ditakutkan dari penyakit ini dapat mengakibatkan kematian. Kematian biasanya terjadi karena sumbatan jalan napas, kerusakan otot jantung, serta kelainan susunan saraf pusat dan ginjal. Menurut CDC Atlanta, bila tidak diobati dan penderita tidak punya imunitas, angka kematiannya sekitar 50%, sedangkan jika berhasil ditolong lebih awal dan diterapi, angka kematiannya kisaran 10%. Persentase angka kematian difteri rata-rata 5–10% pada kelompok balita dan 20% pada dewasa (> 40 tahun).



Untuk mengurangi tingkat kematiannya, penanganan yang cepat dan tepat mutlak dilakukan. Pasien yang belum dipastikan positif namun sudah memiliki gejala klinis pun mesti segera dirawat di rumah sakit dan diisolasi. Yang perlu digarisbawahi, meskipun penemuan kasus bisa dimana pun (puskesmas, klinik, atau RS) tapi penanganannya wajib dirujuk ke rumah sakit, dan tidak bisa di fasilitas kesehatan lainnya. Selama 10 hari perawatan, pasien yang suspek difteri akan diberikan Anti Difteri Serum (ADS) dan antibiotika dengan dosis tertentu. Sambil dilakukan perawatan, akan diambil spesimen (sampel difteri) untuk diperiksa di laboratorium guna memastikan ada tidaknya bakteri dan bisa dinyatakan kasus tersebut *confirmed*/tidak.

Yang patut diwaspadai juga adalah kasus *carrier*. Seorang *carrier* pembawa bakteri ini tidak menyadari dirinya terkena difteri karena tidak

dengan pola interval waktu '0-1-6' bulan tanpa memandang status imunisasi. Artinya jika dilakukan di bulan Januari, maka ORI berikutnya dilakukan pada bulan Februari dan Juli. Jenis vaksin yang digunakan berbeda-beda, tergantung kelompok usianya. Untuk anak usia 1 - < 5 tahun menggunakan vaksin kombinasi DPT-HB-Hib, anak usia 5 - < 7 tahun menggunakan vaksin DT, sedangkan yang berusia ≥ 7 tahun menggunakan vaksin Td. Cakupan ORI minimal 90% pada lokasi yang telah ditetapkan, dengan harapan dapat terbentuk kekebalan komunitas.

Selepas ORI, disarankan juga untuk melakukan tindakan yang namanya *Rapid Convenience Assessment (RCA)* untuk mengetahui validitas cakupan dan tanggapan masyarakat yang masih menolak imunisasi. Apabila cakupan masih dibawah target dan ternyata diketahui masih ada yang menolak divaksinasi, perlu dilakukan pendekatan



menampakkan gejala klinis difteri. Namun, setelah dilakukan pemeriksaan laboratorium ternyata dalam tubuhnya positif terkandung bakteri difteri. Penanganan pasien jenis ini sama saja, harus diberikan serum, obat dan diisolasi.

Agar penularan difteri ini tidak meluas, di daerah-daerah yang dinyatakan terjadi KLB maka harus sesegera mungkin dilakukan ORI dengan jumlah sasaran sesuai hasil penyelidikan epidemiologi. ORI dilakukan sebanyak tiga putaran

khusus. Pendekatan bisa menggandeng tokoh masyarakat atau tokoh agama setempat untuk memberikan edukasi kepada sekelompok masyarakat tersebut.

Penanganan dampak KLB difteri dengan pengobatan dan ORI sesungguhnya hanyalah upaya di sektor hilir. Upaya yang jauh lebih penting adalah di sektor hulu, yakni melengkapi status imunisasi. Mayoritas kasus positif difteri disebabkan karena adanya *immunity gap*, yakni banyak penderita yang tidak pernah divaksinasi

atau belum lengkap status imunisasinya sehingga tidak terbentuk imunitasnya.

Seorang anak dikatakan telah lengkap imunisasinya jika telah mendapatkan tujuh kali imunisasi rutin dasar dan lanjutan, sejak bayi hingga usia sekolah. Jadwal imunisasinya adalah bayi usia 2, 3 dan 4 bulan diberikan vaksin DPT-HB-Hib sebanyak 1 kali dengan interval 1 bulan. Vaksin DPT-HB-Hib merupakan kombinasi vaksin untuk mencegah Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B dan infeksi *Haemophilus influenzae* tipe b (meningitis). Jenis vaksin yang sama diberikan kembali saat bayi berusia 18 bulan. Sampai dengan tahap ini, balita harus sudah lengkap diberikan vaksin difteri sebanyak empat kali.

Imunisasi lanjutannya diberikan saat usia Sekolah Dasar (SD). Untuk yang satu ini, pemerintah telah menggelar program rutin yaitu Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS). Pada BIAS tersebut, seluruh anak SD diwajibkan untuk divaksinasi. Bagi anak kelas 1 SD diberikan vaksin DT (kombinasi Difteri Tetanus). Dilanjutkan pada kelas 2 dan 5 SD diberikan vaksin Td (kombinasi Tetanus Difteri). Perbedaan keduanya ada pada kandungan dosis vaksin difteri yang lebih sedikit, karena Td sifatnya sebagai *booster*. Apabila telah mendapatkan ketujuh suntikan vaksin ini barulah dapat dikatakan lengkap dan dapat sepenuhnya terlindungi dari ancaman difteri. Sekurangnya, walaupun masih tertular, tidak seberat jika belum lengkap atau tidak diimunisasi sama sekali.

Lalu bagaimana dengan orang dewasa? Imunisasi wajib dan rutin hanya menasar kelompok rentan seperti anak-anak atau wanita usia subur. Begitu juga dengan ORI difteri yang memang difokuskan pada rentang usia 1 s/d 19 tahun. Untuk usia dewasa, yang tidak masuk ke dalam sasaran tersebut bisa melakukan imunisasi secara mandiri di fasilitas kesehatan terdekat. Imunisasi difteri dianjurkan untuk diulang setiap 10 tahun sekali agar tetap terlindungi dari bakteri difteri. Jadi, ingin terhindar dari difteri? Lakukan imunisasi! ●



Puskesmas Janti yang Senang Melayani

Menjadi pelayanan masyarakat adalah sudah menjadi kewajiban bagi setiap pegawai yang bertugas di sarana pelayanan kesehatan masyarakat. Hal ini juga yang dirasakan oleh Kepala Puskesmas Janti, Endang Listyowati, S.Kep.Ners, M.Mkes sejak mengemban amanah sebagai Kepala Puskesmas Janti, Kota Malang, Jawa Timur sejak Januari 2017 lalu.

"Sebagai pelayan masyarakat maka ingin memberikan pelayanan yang terbaik. Moto Puskesmas kami, 'Kepuasan Masyarakat adalah Semangat Kerja Kami,'" ujar Endang kepada Mediakom.

Beberapa terobosan pun dilakukan

untuk mengubah wajah Puskesmas yang terletak di Jl. Janti Barat No 88, Malang, Jawa Timur, ini agar menjadi tempat yang disenangi oleh anak-anak dan keluarga. Tidak hanya itu saja, Puskesmas ini juga melakukan inovasi berupa pembuatan e-tiket braille yang memudahkan pasien tunanetra meminum obat.

"Kita membuat inovasi E tiket huruf braille terkait pelayanan kefarmasian kepada pasien tunanetra," sebut Endang.

Tidak hanya itu, di Puskesmas ini juga dikenal sebagai Puskesmas yang ramah bagi pasien disabilitas dan pasien lanjut usia, jalur khusus penyandang disabilitas pun tersedia disini. Ruang tindakan atau ruang





2

pelayanan bagi pasien lansia terletak di dekat pintu masuk persis di depan tempat pendaftaran, bahkan ada slogan Puskesmas yang memberitahukan bahwa mendahulukan pelayanan bagi pasien lansia.

Pojok bermain anak yang dilengkapi perosotan, ayunan, rumah-rumahan menjadikan Puskesmas ini sebagai tempat favorit para anak. “Anak-anak senang bermain di pojok bermain anak bahkan kalau diajak pulang sama orangtuanya tidak mau,” terang Endang sambil tersenyum.

Berdekatan dengan pojok bermain anak juga terdapat ruang khusus bagi ibu menyusui dimana dalam ruangan tersebut disediakan sofa duduk yang nyaman sehingga membuat ibu dapat menyusui dengan rileks. Masih di ruangan tersebut juga disediakan tempat untuk mengganti popok bagi bayi serta lemari es untuk menyimpan asi.

Fasilitas di luar gedung juga dimanfaatkan Puskesmas Janti untuk dijadikan sarana penghijauan dan juga edukasi bagi pasien yang datang. Tanaman Obat Keluarga (Toga) ditanam di halaman depan Puskesmas Janti

sementara untuk tanaman Hidroponik di letakkan di halaman belakang yang masih bisa diakses oleh para pengunjung. Tidak hanya memberikan kesejukan kehadiran tanaman-tanaman ini juga membuat suasana Puskesmas lebih sejuk dan nyaman. Selain itu juga disediakan tempat meminum air langsung yang letaknya persis di depan pintu masuk Puskesmas.

Mengingat Puskesmas ini berdekatan dengan pabrik rokok yang sudah ada sejak lama, maka salah satu pelayanannya adalah poli khusus bagi para penderita penyakit akibat rokok.

Disamping fasilitas dan sarana Puskesmas Janti juga

1. Contoh E-Tiket Braille Yang Memudahkan Pasien Tunanetra Meminum Obat
2. Moto Puskesmas Terpampang Jelas Di Ruang Tunggu Pasien
3. Kepala Puskesmas Janti Endang Listyowati, S.Kep.Nes, M.Mkes



Potret

memberikan bekal pengetahuan bagi warga sekitar. Salah satunya terkait kesehatan anak, dimana setiap bulannya dihadirkan dokter spesialis anak untuk berbagi pengetahuan seputar tumbuh kembang anak.

“Ada dokter spesialis anak yang memberikan penyuluhan terkait perkembangan anak, motorik anak dan lainnya,” kata perempuan berhijab ini.

Selain itu, Puskesmas Janti juga memberikan pelayanan ambulance gratis 24 jam bagi warga yang tidak mampu. Ambulance tersebut juga bisa dimanfaatkan untuk mengantar pasien yang tidak mampu ke rumah sakit dan juga menjemput pasien tidak mampu dari rumah sakit untuk kembali ke rumah.

“Warga tidak mampu bisa mengakses ambulance gratis untuk ke rumah sakit atau pulang dari rumah sakit. Ambulance ini disiapkan 24 jam dan sudah saya infokan kepada warga bahkan saya bagikan nomor kontak saya yang bisa dihubungi jika ada warga yang membutuhkan,” demikian Endang. ●

4. Ruang Pelayanan Khusus Bagi Lansia Terletak dekat pintu masuk
5. Bermain Anak, Menjadikan Puskesmas Janti Sebagai Puskemas Ramah Anak
6. Tanaman Hidroponik Di Halaman Belakang Puskesmas Janti
7. Tanaman Obat Keluarga Diletakkan di Depan Puskesmas Janti Menjadi Salah Satu Sarana Edukasi Bagi Warga Yang Datang





MENKES LANTIK 11 PEJABAT ESELON II

Menteri Kesehatan RI, Prof. Dr. dr. Nila Farid Moeloek, Sp.M(K) melantik 11 orang pimpinan tinggi pratama (Eselon II) di lingkungan Kementerian Kesehatan. Pelantikan dilakukan di Auditorium Siwabessy, Kementerian Kesehatan pada hari Jumat 12 Januari 2018 lalu.

11 pejabat eselon 2 yang dilantik pada awal tahun ini yaitu pejabat yang berada di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Ditjen Yankes), Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Ditjen P2P), Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes).

Nama-nama pejabat yang dilantik di lingkungan Ditjen Yankes yaitu dr. R. Nina Susana Dewi, Sp.PK(K), M.Kes, MMRS, sebagai Direktur RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung, dr. Dicky Fakhri, Sp.B, Sp.BTKVe, sebagai Direktur Medik dan Keperawatan RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Jakarta, dr. Agus Oerip Poerwoko, Sp.OG(K), MARS, sebagai Direktur Medik dan Keperawatan RSUP

Kariadi Semarang, dr. Yudhaputra Tristanto, M.Kes, sebagai Kepala Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta dan dr. Azhar Jaya, SKM, MARS, sebagai Direktur Utama RS Ketergantungan Obat Jakarta.

Di lingkungan Ditjen P2P, yaitu dr. Achmad Farkhani Tri Adranti, MKM sebagai Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Batam, Priagung Adhi Bawono, SKM, sebagai Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I Medan dan dr. Jefri Hasurungan Sitorus, M.Kes sebagai Kepala Kesehatan Pelabuhan

Kelas I Tanjung Priok.

Sementara itu pejabat eselon II yang dilantik di lingkungan Balitbangkes yaitu Dr. Drs. Nana Mulyana, M.Kes sebagai Sekretaris Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes, dr. Irmansyah, SpKJ(K) sebagai Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Akhmad Saikhu, SKM, MSc.PH sebagai Kepala Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional, Tawangmangu. **(Sehat Negeriku)**





Anggota Dewan Prihatin Kasus Difteri di Jawa Timur

Wabah difteri yang melanda banyak wilayah di Indonesia, membuat gundah banyak pihak, tak terkecuali para anggota dewan. Kejadian tersebut membuat pihak legislator memutuskan untuk melakukan kunjungan kerja spesifik pada medio Januari 2018 ke tiga daerah sekaligus: Sumatera Barat, Kalimantan Barat, dan Jawa Timur. Yang terakhir mendapat perhatian lebih, mengingat hampir separuh jumlah kasus difteri nasional terjadi di provinsi ini.

Rombongan anggota Komisi IX dipimpin oleh Wakil Ketua Komisi, Dra. Hj. Ermalena, MHS, diikuti oleh sekurangnya 14 koleganya di legislatif. Dirjen Pelayanan Kesehatan dan beberapa orang direktur terkait di Kementerian Kesehatan juga ikut mendampingi kunjungan kerja tersebut. Biasanya kunjungan kerja pada masa reses bertujuan mengawasi pelaksanaan pembangunan secara umum oleh para mitra strategisnya di

bidang kesehatan dan ketenagakerjaan. Namun, kali ini khusus menyoroti perihal kasus difteri.

Tiba di kantor Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, rombongan segera menggelar pertemuan koordinasi dengan jajaran beberapa instansi terkait seperti Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, RSUD dr. Soetomo, dan beberapa Puskesmas di sekitar Surabaya. Tidak menunggu lama, setelah acara dibuka oleh ketua rombongan DPR, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, dr Kohar Hari Santoso, langsung memberikan penjelasan lengkap mengenai situasi difteri di Jawa Timur.

Sepanjang 2017 terdapat total 460 kasus difteri. Dari jumlah 460 kasus tersebut, 37 kasus konfirmasi positif, 16 diantaranya meninggal dunia, sisanya kasus *suspect* yang memiliki gejala klinis difteri. Kasus difteri terjadi di seluruh kabupaten/kota di Jawa Timur dan per Desember 2017, 14 kabupaten/kota telah dinyatakan KLB Difteri. Tiga daerah dengan kasus terbanyak adalah

Kabupaten Pasuruan, Kabupaten Sampang dan Kota Surabaya.

KLB Difteri di Provinsi Jawa Timur tahun 2017 bukan pertamanya terjadi. Pada tahun 2011, tepatnya sejak triwulan III pernah mengalami kegentingan yang sama. Status KLB-nya bahkan baru dihentikan pada September 2014.

Selama 3 tahun KLB, ada sekitar 2700-an kasus yang mengakibatkan kematian sebanyak 93 orang. Jauh sebelum itu, difteri di Jawa Timur pernah ditemukan pada tahun 1990. Sejak saat itu, nyaris setiap tahun selalu muncul kasus difteri. Hanya di tahun 1995 tidak ditemukan kasus sama sekali. Puncaknya terjadi di tahun 2012 dengan jumlah 955 kasus.

Tak tinggal diam, pemerintah daerah telah menyiapkan sejumlah upaya penanggulangan yakni: pengobatan pasien dan *carrier*, perlindungan petugas, isolasi, penyelidikan epidemiologi dan *Outbreak Response Immunization* (ORI). Pengobatan pasien menjadi prioritas pertama.

Bagi pasien yang sudah menampakkan gejala klinis, tidak perlu menunggu hasil pemeriksaan laboratorium positif, seluruhnya diperlakukan sama. Pasien akan diberikan Anti Difteri Serum (ADS) dan antibiotika. Penanganan yang sama berlaku juga bagi pasien *carrier*.

Sayangnya menurut Dirjen Yankes Kemenkes, saat ini ketersediaan stok ADS di dunia sedang terbatas. Maka dari itu penggunaannya harus selektif, benar-benar kepada pasien yang positif difteri saja. Pihak Kemenkes tengah berupaya mendatangkan dari sumber lain seperti WHO SEARO.

Selain penanganan pasien terdampak langsung dan perlindungan terhadap yang sehat, dinas kesehatan juga melakukan surveilans untuk mengamati perkembangan penyakit dan dapat menentukan tindakan penanganan yang tepat. Semua tindakan yang dijalankan oleh dinas kesehatan tersebut dilakukan secara paralel, agar efektif memutus mata rantai penyebaran bakteri difteri.

Penjelasan panjang lebar oleh

Kadinkes tak lantas memuaskan para anggota dewan. Saat dibuka sesi diskusi, pertanyaan dan kritikan tajam langsung terlontar. Dewi Asmara, asal fraksi partai Golkar, mempertanyakan ketiadaan *early warning system* yang dapat mendeteksi kejadian sebelum menjadi besar seperti sekarang ini.

Anggota lainnya, Anshory Siregar, anggota dari daerah pemilihan Sumatera Utara mengungkit kasus lama yang pernah terjadi pada tahun 2011-2014. Ia meminta penjelasan mengenai siapa pihak yang mencabut kasus KLB dan mengapa status tersebut dihentikan. Politisi PKS ini juga berasumsi penyetopan ini menjadi penyebab berulangnya kembali KLB Difteri di Jawa Timur. Sementara beberapa anggota lainnya ingin menggali hal yang sama mengenai proses pendistribusian dan penyimpanan vaksin.

Dijelaskan Kadinkes, sistem rantai dingin (*coldchain*) vaksin sudah berjalan baik, ada protapnya. Pengiriman dari pusat ke daerah sampai dengan puskesmas dengan mobil box yang suhunya tetap terjaga. Distribusi vaksin di setiap level ada tanggung jawabnya masing-masing. Kemenkes bertanggung jawab dalam pengadaan vaksin dan pengirimannya sampai ke setiap provinsi

sesuai kebutuhan. Kemudian pemerintah provinsi bertanggung jawab untuk menyalurkannya hingga ke kabupaten/kota, dan begitu seterusnya sampai ke puskesmas atau lokasi pelayanan tertentu.

Kapasitas puskesmas dalam penyimpanan vaksin juga terus ditingkatkan. Kemenkes menyebutkan, 92% puskesmas di seluruh Indonesia sudah sesuai standar penyimpanan. Di setiap lemari penyimpanan ada termometer suhu yang pengukurannya dilakukan petugas secara teratur minimal 2 kali sehari. Kualitas vaksin juga dijamin karena dapat dipantau pada labelnya dengan melihat indikator warna VVM (*vaccine vial monitor*).

Kendala klasik yang masih muncul di Jawa Timur adalah masih adanya penolakan dari sekelompok masyarakat. Penolakan lebih karena ketidakpahaman masyarakat. Dinkes sudah turun gunung untuk melakukan pendekatan bersama tokoh masyarakat dan tokoh agama. Cara ini nampaknya cukup berhasil. Terbukti pada kampanye MR bulan Agustus-September 2017 lalu cakupannya mencapai 105%.

Sebagaimana dijelaskan dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota selama ini selalu melakukan surveilans epidemiologi, ini bentuk dari 'early

warning system' yang dimaksud. Jika ternyata hasilnya ditemukan banyak kasus, maka segera direspons dengan ORI.

KLB terdahulu tidak terjadi merata di seluruh Jatim tapi sporadis di beberapa *spot*. Dulu status KLB dicabut dan sekarang meningkat lagi karena masih ada beberapa lokasi yang cakupan imunisasinya belum baik. Yang lebih memahami situasi dan menetapkan KLB adalah Dinkes Kabupaten/Kota.

Pemerintah pusat menjamin ketersediaan vaksin difteri (DPT-HB-Hib, DT dan Td) yang digunakan untuk kegiatan ORI dan kegiatan imunisasi rutin. Menghadapi KLB Difteri, Biofarma menambah kapasitas produksi vaksin difteri dengan memaksimalkan produksi, dan memprioritaskan pemenuhan kebutuhan dalam negeri terlebih dulu. Permintaan ekspor telah dinegosiasi untuk dijadwalkan ulang setelah kebutuhan dalam negeri terpenuhi.

Agar kejadian tak berulang tentu perlu kewaspadaan dan kerjasama banyak pihak. Masyarakat pun perlu terus dibangun kesadarannya akan pentingnya imunisasi. KLB penyakit seakan mengingatkan kembali akan semboyan lama 'mencegah lebih baik daripada mengobati' yang sampai sekarang masih berlaku. (AM)





Komisi IX Tinjau Situasi di Kalbar Terkait KLB Difteri

Komisi IX DPR RI melakukan kunjungan kerja spesifik ke provinsi Kalimantan Barat (Kalbar) untuk mengetahui penanganan kasus difteri di wilayah tersebut.

“Kami memang mengagendakan kunjungan ini ke Kalbar untuk mendapat masukan tentang penanganan kasus difteri,” ujar Wakil Ketua Komisi IX DPR RI Syamsul Bahri yang juga menjadi Ketua Tim rombongan pada kunker spesifik kali ini, di Kantor Dinas Kesehatan Provinsi Kalbar, Rabu (17/1/2018).

Menurut Syamsul Komisi IX DPR melakukan kunker spesifik dalam rangka menjalankan fungsi pengawasan

DPR dalam hal ini terkait kejadian luar biasa (KLB) Difteri yang sudah terjadi sejak awal Desember 2017. Informasi yang diperoleh pada kunker kali ini, kata Syamsul, nantinya akan disampaikan saat dewan mengadakan rapat dengan Kementerian Kesehatan.

“Kita ingin mendengar secara langsung dari bapak-ibu di daerah bagaimana menangani kasus difteri di daerah, lalu bagaimana komunikasinya, kita perlu mengetahui dari sisi mana yang perlu diperbaiki, antisipasi apa yang harus dilakukan dan regulasi apa yang harus dibuat,” terang Syamsul.

Setelah ditetapkannya KLB difteri, Komisi IX DPR RI memilih Provinsi Kalimantan Barat, Sumatera Barat

dan Jawa Timur sebagai daerah tujuan pengawasan. Adapun pertimbangan pemilihan Provinsi Kalimantan Barat didasari pada informasi bahwa di Kalbar satu orang meninggal dunia setelah positif terkena difteri.

Sekretaris Dinas Kesehatan Provinsi Kalbar, dr. Harry Agung, M.Kes., mengatakan di wilayah Kalbar setidaknya ada empat Kabupaten/Kota yang cakupan imunisasi masih rendah. Di daerah yang cakupan imunisasinya rendah tersebut, kata Harry, juga merupakan populasi yang tidak punya imunitas sehingga memiliki resiko tertularnya difteri dari daerah infeksi.

“Sepanjang tahun 2017 ada 22 kasus suspek difteri. Kasus terbanyak



di Kubu Raya dan Pontianak. Masing-masing di dua wilayah ini tujuh suspek,” sebut Harry.

Penanganan Difteri di Kalbar

Sementara terkait penanganan KLB Difteri di Kalbar dilakukan di bawah koordinasi Dinas Kesehatan Provinsi. Dimana setiap ada laporan suspek difteri dari Kab/Kota, Dinkes Provinsi memfasilitasi dan membantu menyiapkan media *AISH* (untuk pengambilan sampel) baik pada suspek maupun pada kontak erat.

Selain itu Dinkes Provinsi Kalbar juga memfasilitasi dalam pengiriman sampel sampai ke laboratorium, termasuk biaya pemeriksaan di laboratorium. Kemudian mempersiapkan logistik keperluan vaksin dan spuit untuk pelaksanaan ORI (Outbreak Respon Immunization), dan juga memfasilitasi pengadaan profilaksis serta *sharing* pengadaan antibiotik erithromisin .

Sedangkan untuk penanganan KLB Difteri di Kubu Raya telah dilakukan kegiatan penanggulangan KLB Difteri sesuai dengan Pedoman Penanggulangan KLB Difteri untuk memutus rantai penularan Difteri dan menghentikan KLB.

Pembiayaan untuk penanggulangan KLB Difteri di Kabupaten Kubu Raya menggunakan dana APBD



Dinkes dan Puskesmas, serta BOK untuk Puskesmas untuk operasional petugas Puskesmas turun ke desa/ lokasi KLB. Sedangkan logistik untuk penanggulangan KLB tersedia Anti Difteri Serum (ADS) dananya bersumber dari APBD Kabupaten Kubu Raya, media *AISH* untuk pengambilan sampel bersumber dari dana APBD Kabupaten Kubu Raya dan Kemenkes, obat untuk Profilaksis bersumber dari APBD Kabupaten Kubu Raya dan Kemenkes, Vaksin DPT/HB/Hib, DT dan Td untuk pelaksanaan ORI dari Kemenkes, biaya perawatan kasus Difteri di Kab Kubu Raya dari 7 Kasus, 4 pasien BPJS dan 3 pasien umum.

(Eko)



Dari Daerah





Pemerintah Terus Dorong Pemberian ASI Eksklusif



Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif menjadi salah satu program prioritas di tiap daerah. Varian program ASI Eksklusif ini menjadi cara mengakselerasi pemenuhan kebutuhan nutrisi lengkap bagi perkembangan bayi.

Kali ini, Mediakom secara khusus menampilkan program pemberian ASI Eksklusif yang terangkum selama peliputan ke beberapa daerah. Tulisan-tulisan tersebut sekaligus sebagai bentuk apresiasi bagi pemerintah daerah yang kian giat mensosialisasikan pemberian ASI Eksklusif. Terutama kepada bayi sejak dilahirkan minimal selama enam bulan terkait peraturan dalam Pasal 128 UU Nomor 36 Tahun 2009.

Dalam regulasi tersebut, poinnya bahwa selama pemberian ASI, pihak keluarga, pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat harus mendukung ibu bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus. Penyediaan fasilitas khusus tersebut berada di tempat kerja dan tempat sarana umum.

Aturan Pemberian ASI Eksklusif di Tempat Kerja

Pemberian ASI Eksklusif diatur pula dalam Peraturan Bersama Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan, Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi, dan Menteri Kesehatan Nomor 48/MEN.PP/XII/2008, PER.27/MEN/XII/2008, dan 1177/MENKES/PB/XII/2008 Tahun 2008 tentang Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu Selama Waktu Kerja di Tempat Kerja.

Dalam Peraturan Bersama disebutkan bahwa Peningkatan Pemberian ASI selama waktu kerja di tempat kerja adalah program nasional untuk tercapainya pemberian ASI eksklusif. Waktu pemberiannya bagi bayi berumur hingga enam bulan dan dilanjutkan pemberian ASI sampai anak berumur dua tahun.

Peningkatan cakupan Pemberian ASI Eksklusif bayi usia kurang dari enam bulan, menurut Menkes RI Nila Moeloek, merupakan salah satu intervensi gizi spesifik yang secara ilmiah sudah terbukti berkorelasi dengan penurunan angka stunting.

“Anak-anak yang mendapatkan ASI Eksklusif cenderung memiliki intelegensia yang lebih tinggi dan memiliki daya tahan tubuh yang lebih kuat. Begitu juga dengan ibu yang memberikan ASI memiliki risiko yang lebih rendah untuk terkena kanker payudara dan kanker rahim,” terang Menkes dilansir dari Sehat Negeriku.

Pentingnya asupan ASI eksklusif, menurut Data *Global Nutrition Report* 2016 berkorelasi dengan kondisi gizi yang baik, sekaligus sebagai indikator sentral dari Pembangunan Berkelanjutan. Definisi Pembangunan Berkelanjutan terkait pemenuhan kebutuhan masa kini tanpa mengorbankan kemampuan generasi mendatang untuk memenuhi kebutuhan mereka sendiri.

Menkes menegaskan, pemerintah bertanggung jawab dalam meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya ASI terhadap kesehatan dan peningkatan status gizi.

Beberapa tantangan dalam pemberian ASI Eksklusif memang masih seputar lingkungan keluarga dan factor eksternal yang memengaruhi kesempatan ibu menyusui untuk memberikan asupan optimal. “Oleh karena itu kita harus memberikan lingkungan kondusif agar anak bisa tumbuh dan berkembang optimal,” jelas Menkes menegaskan. (Indah)



Melepas Jeratan Susu Formula Lewat Gemalapas

Gaya hidup serba instan dibarengi paparan iklan produk susu formula yang memikat membuat para ibu di Kelurahan Sawojajar, Kecamatan Kedungkandang, Kota Malang mulai enggan memberikan ASI bagi sang buah hati.

“Kurangnya pemberian ASI di kalangan bayi Kelurahan Sawojajar membuat analisa kegiatan program gizi pada tahun 2016 masih di bawah target, yaitu 22 persen. Jauh di bawah target 72 persen,” ungkap Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang, Dr. dr. Asih Tri Rachmi Nuswantari, MM kepada Mediakom.

Secara khusus, Dinkes Kota Malang menganalisa capaian pemberian ASI eksklusif di Puskesmas Gribig yang menjadi penanggung jawab di wilayah tersebut. Masyarakat di Sawojajar,

imbuah Asih, terpengaruh gaya hidup serba instan, termasuk dalam memilih asupan susu bagi bayi. Bahkan beberapa ibu muda beranggapan susu formula dipandang sangat modern karena harganya mahal.

Sementara itu pemikiran agak kolot di kalangan ibu menyusui ikut memengaruhi pola hidupnya. Misalnya, ketika seorang bayi menangis, para ibu meredakannya dengan cepat-cepat membuat susu formula dengan alasan jumlah ASI-nya kurang mencukupi. Dan kesibukan ibu yang memilih bekerja dengan edukasi rendah turut berkontribusi atas rendahnya cakupan pemberian ASI.

Laporan bulanan pelayanan gizi tahun 2015 menyebutkan capaian ASI Eksklusif paripurna sebesar 63,85%. Artinya, jelas Asih, belum memenuhi target yang ditetapkan hingga 74%.

Target capaian bayi yang minum ASI hanya sekitar 21,1% dengan tingkat kesenjangan mencapai 50,9%.

Gerakan Lansia Peduli ASI

Menilik capaian tadi, kader ASI di Sawojajar tergelitik. Mereka segera merapat dan bergerak dengan mengukuhkan inovasi gizi Gerakan Lansia Peduli ASI (Gemalapas) pada Februari 2017 lalu. Kegiatan yang dilakukan dimulai oleh kader posyandu melalui berbagai sosialisasi, pendataan, penjangkaran, pendampingan sampai tahap evaluasi.

Cakupan pelayanannya bukan hanya di Sawojajar saja, tetapi hingga ketiga kelurahan binaan Puskesmas Gribig, yakni Madyopuro, Lesanpuro, dan Cemorokandang. Target sarannya mencakup 402 bayi.



Setelah jelas sasarannya, kader posyandu meminta bantuan ibu lansia untuk mendampingi ibu menyusui dan bayinya. Para lansia ini sebelumnya dibekali pengetahuan deteksi dini tumbuh kembang bayi agar mereka dapat memantau serta memotivasi ibu ketika menyusui.

Selama setahun terakhir, capaian pendampingan dan pemberian ASI Eksklusif di empat kelurahan tersebut mencapai 53,3%. Pada bulan pertama tercapai 25 bayi yang telah mengonsumsi ASI. Pelan tapi pasti, per Oktober 2017 jumlahnya mencapai 230 bayi.

“Dari grafik diketahui adanya peningkatan capaian pemberian ASI Eksklusif setiap bulannya. Hasil tersebut menunjukkan inovasi Gemalapas masih akan dilanjutkan,” kata Asih menegaskan. **(Indah)**





Ketika Nenek Jadi 'Agen' ASI Eksklusif

Karakter kaum lanjut usia (lansia) yang “*Tuwek* (tua)”, cenderung bijak serta mudah memengaruhi menjadi inspirasi bagi pelaksanaan Program Pemberian ASI Eksklusif di Kota Malang.

“Kewut Arema ini diadakan karena banyak ibu menyusui yang bekerja dan menitipkan bayinya untuk diasuh nenek-neneknya, jadi lansia harus diedukasi (dididik-red) tentang ASI,” urai Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang Dr. dr. Asih Tri Rachmi Nuswantari, MM kepada *Mediakom* beberapa waktu lalu.

Istilah Kewut diadaptasi dari bahasa *walikan* Malang yang kerap membalik kalimat, misalnya dari *Tuwek* menjadi Kewut. Sedangkan Arema adalah sebutan kebanggaan warga Kota Malang dari kata Arek Malang. Khusus Kewut Arema, ternyata merupakan akronim dari Kelompok Warga Usia Tua, Aktif REsponsif Mendukung ASI.

Ide Kewut Arema

Pelaksanaan Kewut Arema menjadi inovasi di wilayah Puskesmas Arjowinangun. Idenya, sebut Asih, muncul dari temuan capaian pemberian ASI eksklusif yang hanya sebesar 42%. Penyebabnya diindikasikan akibat kurangnya pengetahuan bagi ibu menyusui, kondisi ibu menyusui yang bekerja, dan kaum lansia terutama nenek si bayi yang memberikan makanan selain ASI kepada bayi.

Untuk itu secara bertahap, staf dan kader ASI di Puskesmas Arjowinangun melakukan pendekatan kepada lansia yang dimotivasi tentang pemberian ASI eksklusif.



Cakupan wilayah Kewut Arema ini berada di empat kelurahan wilayah Kecamatan Kedungkandang. Meliputi Kelurahan Arjowinangun, Kelurahan Bumiayu, Kelurahan Mergosono, dan Kelurahan Tlogowaru.

Edukasi Lewat Beragam Jalur

Asih menyebutkan, para lansia didoktrin ikut berperan penting dalam menentukan masa depan bayi sebagai generasi penerus bangsa. Kemudian megedukasi mereka lewat perkumpulan di posyandu lansia, Prolanis, Karangwerda, PKK hingga pengajian.

“Di luar lingkungan itu, mereka juga dimotivasi agar aktif mengajak ibu menyusui supaya memberikan ASI secara eksklusif dan langsung merespon bila menjumpai ibu yang memberikan makanan selain ASI kepada bayi 0-6 bulan,” terang Asih.

Cara tersebut dinilai efektif karena karakter ibu-ibu muda tidak gampang tersinggung ketika yang mengingatkan mereka adalah para lansia. Sikap lansia yang megedukasi pun dianggap sudah sesuai dengan pakemnya karena asumsinya mereka lebih berpengalaman dalam pola asuh bayi.

Solusi yang ditawarkan oleh anggota Kewut Arema dengan memperkenalkan cara pemerah ASI. Sebelum ibu berangkat bekerja, mereka menyediakan waktu untuk pemerah ASI yang akan disimpan di lemari pendingin. Si bayi pun diharapkan tidak pernah mencicipi susu formula jika asupan ASI tersedia dengan baik selama ibu berada di luar rumah.

Selain meningkatkan capaian pemberian ASI eksklusif, Kewut Arema diyakini meningkatkan pengetahuan lansia tentang ASI eksklusif. Rasa kebanggaan terhadap peran lansia pun ikut ditumbuhkan karena mereka masih dapat berkontribusi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. (Indah)





FLYING HEALTH CARE FOR ASMAT

H Kementerian Kesehatan menerjunkan Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak Terpadu (Flying Health Care) Untuk Memberikan Pelayanan Kesehatan Bagi Warga di Kabupaten Asmat, Papua yang terserang penyakit Campak dan menderita gizi buruk

Tim terdiri dari dokter, dokter spesialis, dan tenaga kesehatan

lainnya untuk memberikan pengobatan kepada warga Asmat yang sakit serta mengedukasi warga yang ada di 23 distrik guna mencegah terkena penyakit. Tim ini mulai menjalankan tugasnya pada 15 Januari hingga 5 Februari 2018.

Pada tanggal 25 Januari 2018, Menkes RI Nila F Moeloek didampingi sejumlah pejabat Eselon I Kemenkes datang ke tanah Papua. Kehadiran

Menkes beserta jajarannya untuk melihat langsung proses penanganan para warga Kabupaten Asmat oleh tenaga kesehatan. Dalam kunjungannya, Menkes berdialog langsung dengan warga yang sakit dan juga dengan para pejabat daerah, guna mencari solusi atas permasalahan gizi buruk yang terjadi. ●







Program Indonesia Sehat Jangkau Papua

Sejak Nawa Cita digulirkan oleh Presiden Joko Widodo-Wapres Jusuf Kalla, seiring itu pula Program Indonesia Sehat mulai direalisasikan. Program ini yang menjadi panduan utama bagi Kementerian Kesehatan RI dalam membangun kesehatan rakyat dari Sabang hingga Papua.

Laporan terkait kejadian luar biasa gizi buruk dan campak di Kabupaten Asmat, Papua yang mencuat sejak pertengahan Januari 2018 di berbagai media massa menjadi sebuah refleksi awal tahun. Bagi Kemenkes, realisasi Program Indonesia Sehat telah berjalan cukup baik.

“Persoalan makronya ketersediaan pangan, sementara persoalan mikronya karena aksesibilitas,”

ujar Dirjen Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI dr. Anung Sugihantono, M.Kes. dalam peringatan Hari Gizi Nasional ke-58, dilansir dari laman *sehatnegeriku.com*, Kamis (25/1/2018).

Keseriusan untuk membuka akses transportasi, komunikasi, dan mencerahkan pemikiran para ibu demi menjaga kesehatan keluarga pun menjadi sebuah proses yang terus dirintis oleh kementerian dan lembaga terkait.

Bagi Kemenkes sendiri, kesulitan-kesulitan seperti rujukan bagi pasien, distribusi obat, alat kesehatan, vaksin, dan sebagainya menjadi tantangan untuk membuat strategi jangka panjang berkesinambungan. Mulai dari penguatan sistem kesehatan, seperti peningkatan kapasitas tenaga manajemen dan teknis di tingkat

kabupaten dan juga tingkat puskesmas dan pengembangan sistem informasi kesehatan sampai puskesmas.

Dimulai dari penguatan infrastruktur dengan membangun serta menambah jumlah Puskesmas sebanyak 124 unit di perbatasan secara bertahap sejak tahun 2016 hingga 2017. Dikembangkan pula 362 Puskesmas di daerah tertinggal. Dikembangkan pula 104 RS Rujukan Regional, pembangunan 23 RS Pratama, serta penguatan empat RS Umum Daerah Rujukan Nasional, yaitu RS Sutomo, Sudarso Pontianak, RSUD Wahab Syahrani Samarinda, dan RSUD Dok II Jayapura.

Pemenuhan tenaga kesehatan dilakukan melalui program Nusantara Sehat untuk akselerasi mengurangi angka kematian ibu dan bayi serta



program preventif dan promotif. Penempatan tim Nusantara Sehat di 124 Puskesmas (tahun 2015), 131 Puskesmas (2016), dan 188 Puskesmas (2017).

Peningkatan akses dan mutu layanan kesehatan tersebut dilakukan semata-mata untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat dan pemanfaatan JKN-KIS lebih maksimal. Dasar pemikiran inilah yang melandasi alokasi anggaran pembangunan kesehatan Papua, baik secara fisik maupun non fisik.

Berkat kolaborasi seluruh tenaga kesehatan dan *stakeholders* di pusat serta daerah, perlahan tapi pasti kemajuan pembangunan bidang kesehatan di Provinsi Papua terlihat dalam dua tahun terakhir. Sejak tahun 2016, indikator Imunisasi Dasar Lengkap menunjukkan 11 kabupaten menerima penghargaan, yakni Kota Jayapura, Kabupaten Jayapura, Keerom, Sarmi, Biak Numfor, Kepulauan Yapen, Nabire, Boven Digoel, Mimika, dan Yalimo.

Indikator lainnya dalam penanggulangan penyakit kaki gajah (Filariasis), Kabupaten Jayapura mendapat penghargaan karena lolos survei penularan tahap satu telah menyelesaikan pemberian obat pencegahan massal. Dari sektor indikator malaria, Papua mendapat penghargaan sebagai pengelola logistik malaria terbaik di kawasan

Indonesia Timur dan pengelola program malaria terbaik di kawasan Indonesia Timur.

Sarana pendukung kesehatan, Balai Latihan Kesehatan Provinsi Papua juga mendapat sertifikat akreditasi penuh dari Kementerian Kesehatan RI. Yang tidak kalah, Balai Laboratorium Kesehatan Papua adalah satu-satunya Laboratorium Kesehatan di Kawasan Indonesia Timur yang mendapat tujuh sertifikat internasional, yaitu pemantauan mutu eksternal pemeriksaan tes cepat HIV dari Australia, pemantauan mutu eksternal CD 4 untuk pemeriksaan HIV dari Kanada dan Thailand serta pemeriksaan viral load HIV dari CDC Atlanta, Amerika Serikat.

Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Papua menunjukkan tren perbaikan kualitas kesehatan yang signifikan. Pada tahun 2013 Angka Kematian Ibu (AKI) menurun dari 575 per 100.000 Kelahiran Hidup menjadi 380 per 100.000 Kelahiran Hidup pada tahun 2016. Sedangkan, Angka Kematian Balita (AKB) menurun dari 54 per 1.000 Kelahiran Hidup pada tahun 2013 menjadi 13 per 1.000 Kelahiran Hidup pada tahun 2016.

Banyak keberhasilan yang telah dicapai dalam pembangunan kesehatan di Papua. Namun, upaya untuk membenahi kekurangan karena faktor eksternal terus dilakukan melalui penguatan manajemen,

pendekatan sosiokultural, dan semakin membumikan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) ke dalam setiap sendi kehidupan masyarakat Papua.

Penyediaan SDM kesehatan seperti penempatan dokter umum maupun dokter spesialis melalui program residen dan internsip disesuaikan berdasarkan formasi dan penyiapan jenjang karier. Selain itu, diadakan percepatan penyediaan tenaga bidan maupun reguler seperti pendidikan tenaga bidan. Program Nusantara Sehat di wilayah Papua juga akan ditingkatkan jangkauannya seiring dengan penempatan dokter spesialis dalam program Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS).

Kolaborasi dengan pemerintah daerah Papua juga berhasil mewujudkan Program “*Flying Health Care*” atau Dokter Terbang dengan menyediakan tenaga pelayanan di kampung sambil menunggu tersedianya tenaga kesehatan. Upaya lainnya, penyediaan tenaga bidan dan perawat secara periodik selama tiga bulan di kampung dan pemberdayaan dukun bersalin dan kader kesehatan.

Sepanjang tahun 2017 hingga 2018, Kementerian Kesehatan berupaya mencapai target imunisasi dasar lengkap sebagai langkah pelayanan kesehatan dasar. Standar cakupan pelayanan imunisasi nasional mencapai 85 persen, sedangkan cakupan angka pelayanan imunisasi di Papua mencapai 73 persen. Capaian ini akan diselaraskan menjadi sebuah strategi jangka panjang penanggulangan penyakit di Papua.

(INDAH)



1. Petugas kesehatan di Pustu Syuru memberikan imunisasi campak kepada bayi.
2. Dokter spesialis penyakit dalam melakukan visitasi ke bangsal dewasa RSUD Agats.



Kisah Menkes Jenguk Asmat

Bukan pertama kali Papua dan Papua Barat menjadi titik peninjauan jajaran pejabat Kemenkes RI. Kasus campak dan gizi buruk di Kabupaten Asmat menandai perlunya kinerja kolaboratif untuk mempercepat target pembangunan wilayah Timur Indonesia.

“Saya setuju perlu pembangunan infrastruktur fisik dan non fisik. Bagi Kemkes, yang perlu menjadi perhatian dan utama ketika turun langsung ke Papua adalah kasus kesehatan disana dianggap biasa. Artinya, kita sering melupakan kesehatan,” kata Menkes Prof. dr. Nila Djoewita Moeloek, Sp.M(K) dalam Forum Merdeka Barat 9,

Senin (29/1/2018) lalu.

Sektor kesehatan, urai Menkes, perlu dukungan fisik mulai dari puskesmas sampai RS dengan proses berjenjang. Kedua, warga Papua memerlukan obat-obatan, pemenuhan alat kesehatan, sumber daya manusia atau tenaga kesehatan yang lengkap kompetensinya.

Secara teori, hal-hal tersebut sepertinya telah terpenuhi. Namun, ketika Menkes ke lapangan barulah terasa betapa kondisi riil di Papua, khususnya Kabupaten Asmat sangat memperlambat laju distribusi berbagai sarana serta prasarana fisik tadi.

Menkes sendiri menempuh perjalanan dari Jakarta via pesawat

terbang menuju Bandara Mozes Kilangin, Timika selama enam jam 20 menit dengan transit terlebih dahulu. Tepat Kamis (25/1/2018) pukul 06.05 WIT, Menkes disambut Kadinkes Provinsi Papua Aloisius Giyai dan Sekda Mimika Ausilius You. Rombongan Menkes pun terbang ke Agats, Kabupaten Asmat menggunakan pesawat kecil jenis Twin Otter untuk meringkas waktu perjalanan darat yang hampir mencapai 12 jam.

“Kursi bandara (Timika) seperti warteg. Kita beruntung masih bisa pakai speedboat,” jelas Menkes menceritakan kembali kisah perjalanannya.

Secara lugas, Menkes menceritakan betapa kebijakan dari pusat harus menyesuaikan kondisi di daerah. Seperti di Asmat, ia melihat tata ruang kota yang perlu diperbaiki karena kontur lanskap tanahnya di atas rawa. Sehingga ketika terjadi pasang surut air, seluruh kotoran masuk ke dalam rumah-rumah penduduk.

Infrastruktur yang terlihat berupa beton hanya dibuat di jalan utama.



Jalan masuk ke distrik masih berupa papan-papan kayu. Menkes menilai, konsep pembangunan sedemikian rupa bakal membuat perencanaan pembangunan RS di wilayah tersebut tidak sistematis.

“Kemenkes perlu sediakan faskes. Apa bisa pelayanan kesehatan merata? Kami berupaya dan mengubahnya dilihat dari pembiayaan untuk 92,4 juta jiwa PBI JKN-KIS sehingga bisa ke faskes,” lanjut Menkes.

Upaya tersebut untuk menjadikan upaya promotif dan preventif kesehatan terwujud melalui JKN-KIS. Sehingga keberadaan RS tidak menjadi semacam puskesmas raksasa. Kemenkes pun makin menguatkan peran Puskesmas sebagai tempat rujukan pertama melaluko Dana Alokasi Khusus (DAK) bagi pembangunan 124 puskesmas yang diklaim telah 80 persen terealisasi.

Dikembangkan pula 362 Puskesmas di daerah tertinggal. Berikut 104 RS Rujukan Regional, pembangunan 23 RS Pratama, serta penguatan empat RS Umum Daerah Rujukan Nasional, yaitu RS Sutomo, Sudarso Pontianak, RSUD Wahab Syahrani Samarinda, dan RSUD Dok II Jayapura.

“Seperti yang telah dilakukan di Timor Leste melalui pembangunan kesehatan melalui pendekatan masyarakat. Yang penting kita jaga kesehatan masyarakat,” jelas Menkes.

Perhatian Kemenkes bagi Papua pun terlihat dari penempatan 177 orang nakes di Kabupaten Asmat. Pemenuhan tenaga kesehatan pun dilakukan melalui program Nusantara Sehat untuk akselerasi mengurangi angka kematian ibu dan bayi serta program preventif dan promotif. Penempatan tim Nusantara Sehat di 124 Puskesmas (tahun 2015), 131 Puskesmas (2016), dan 188 Puskesmas (2017).

Penyediaan SDM kesehatan seperti penempatan dokter umum maupun dokter spesialis melalui program residen dan internsip disesuaikan berdasarkan formasi dan penyiapan jenjang karier. Selain itu, diadakan percepatan penyediaan tenaga bidan maupun reguler seperti pendidikan tenaga bidan. Program Nusantara

Sehat di wilayah Papua juga akan ditingkatkan jangkauannya seiring dengan penempatan dokter spesialis dalam program Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS).

Kolaborasi dengan pemerintah daerah Papua juga berhasil mewujudkan Program “Flying Health Care” atau Dokter Terbang dengan menyediakan tenaga pelayanan di kampung sambil menunggu tersedianya tenaga kesehatan. Upaya lainnya, penyediaan tenaga bidan dan perawat secara periodik selama tiga bulan di kampung dan pemberdayaan dukun bersalin dan kader kesehatan.

“Perjalanan ke Papua memang tidak mudah. Terima kasih untuk nakes yang mengabdikan disana,” urai Menkes mengapresiasi.

Berkat kolaborasi seluruh tenaga kesehatan dan stakeholders di pusat serta daerah, perlahan tapi pasti kemajuan pembangunan bidang kesehatan di Provinsi Papua terlihat dalam dua tahun terakhir. Sejak tahun 2016, indikator Imunisasi Dasar Lengkap menunjukkan 11 kabupaten menerima penghargaan, yakni Kota Jayapura, Kabupaten Jayapura, Keerom, Sarmi, Biak Numfor, Kepulauan Yapen, Nabire, Boven Digoel, Mimika, dan Yalimo.

Indikator lainnya dalam penanggulangan penyakit kaki gajah (Filariasis), Kabupaten Jayapura mendapat penghargaan karena lolos survei penularan tahap satu telah menyelesaikan pemberian obat pencegahan massal. Dari sektor indikator malaria, Papua mendapat penghargaan sebagai pengelola logistik malaria terbaik di kawasan Indonesia Timur dan pengelola program malaria terbaik di kawasan Indonesia Timur.

Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Papua menunjukkan tren perbaikan kualitas kesehatan yang signifikan. Pada tahun 2013 Angka Kematian Ibu (AKI) menurun dari 575 per 100.000 Kelahiran Hidup menjadi 380 per 100.000 Kelahiran Hidup pada tahun 2016. Sedangkan, Angka Kematian Balita (AKB) menurun dari 54 per 1.000 Kelahiran Hidup pada tahun 2013

menjadi 13 per 1.000 Kelahiran Hidup pada tahun 2016.

Banyak keberhasilan yang telah dicapai dalam pembangunan kesehatan di Papua. Namun, upaya untuk membenahi kekurangan karena faktor eksternal terus dilakukan melalui penguatan manajemen, pendekatan sosiokultural, dan semakin membumikan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) ke dalam setiap sendi kehidupan masyarakat Papua.

Dari sisi penanganan kasus campak Asmat, Menkes menyarankan agar anak-anak dengan gizi buruk tidak diberikan obat secara langsung, namun diberantas terlebih dahulu cacung-cacing dalam perutnya. Sedangkan untuk pasien campak dan suspek telah ditangani dengan imunisasi.

“Tidak mungkin kesehatan mengobati sendiri. Kita perlu ketahanan pangan dan infrastruktur,” cetus Menkes. **(INDAH)**

“Seperti yang telah dilakukan di Timor Leste melalui pembangunan kesehatan melalui pendekatan masyarakat. Yang penting kita jaga kesehatan masyarakat,”
Prof. dr. Nila Djoewita Moeloek, Sp.M(K)
Menteri Kesehatan RI

Bersama Bantu Asmat

Penanganan kasus campak dan gizi buruk di Kabupaten Asmat, Papua dilakukan secara bertahap dan berkesinambungan bersama kementerian/lembaga terkait. Menteri Kesehatan RI Prof. dr. Nila Moeloek, Sp.M(K) pun memastikan berjalan sesuai kebutuhan dan bersifat kolaboratif.

“Kami kerja sama dengan TNI, polisi, Kementerian Sosial secara terpadu. Kami membuat program dengan durasi setiap sepuluh hari. Sepuluh hari pertama ini sudah (selesai dilakukan), dilakukan beberapa kegiatan sampai tiga kali, sampai satu bulan,” ujar Menkes dalam Forum Merdeka Barat 9 di Aula Serba Guna Kominfo, Senin (29/1) lalu.

Menkes sendiri telah meninjau langsung kondisi pasien anak-anak di Kabupaten Asmat, Kamis (25/1) lalu. Ia berkunjung ke RSUD Agats dalam rangka penguatan manajemen rumah sakit didampingi beberapa pejabat eselon I Kemenkes RI, antara lain Dirjen Pelayanan Kesehatan, dr. Bambang Wibowo, Sp.OG(K), MARS; Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan, dr. Usman Sumantri, M.Sc; Dirjen Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit, dr. H.M. Subuh, MPPM; Dirjen Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Dra. Maura Linda Sitanggang, Ph.D;

Sistem kewaspadaan dini dan respons yang harus diambil oleh tim di daerah turut menjadi perhatian. Dua hal tersebut memperkuat berbagai sarana yang disiapkan oleh pemerintah

1. Dokter spesialis penyakit dalam melakukan edukasi makanan sehat kepada anak-anak warga Kampung Kaye



PEMERINTAH KABUPATEN ASMAT
DISTRIK AGATS



KAMPIUN KAYU



Liputan Khusus

pusat sebagai bentuk kolaborasi penanganan permasalahan kesehatan.

Sejak bulan September 2017 hingga 28 Januari 2018 kemarin, tim kesehatan terpadu telah memeriksa 12.841 anak di 23 distrik di Kabupaten Asmat. Seluruhnya mendapat pelayanan kesehatan optimal.

Pemeriksaan kesehatan tersebut menemukan 646 anak terkena Campak, 218 anak berstatus gizi buruk, dan 11 anak mengalami campak dan gizi buruk. Selain itu, ditemukan 25 anak yang dirawat karena diduga memiliki gejala (suspek) Campak. Evakuasi pasien dari distrik dilakukan oleh tim kesehatan terpadu agar untuk perawatan intensif di RSUD Agats maupun di Aula GPI Agats.

Data di Posko Induk Penanggulangan KLB Asmat di Agats secara rinci mencatat 37 anak meninggal akibat campak di

distrik Pulau Tiga; 8 kematian akibat campak di distrik Aswi; 4 kematian akibat campak di distrik Akat; 15 anak meninggal (1 gizi buruk dan 14 campak) di Distrik Fayit; dan 7 kematian (4 gizi buruk dan 3 campak) dilaporkan oleh RSUD Agats.

Masalah gizi buruk dan campak yang merebak sejak September hingga 28 Januari 2018 mengakibatkan 71 korban meninggal (66 kematian akibat campak dan 5 kematian akibat gizi buruk).

Pada 16 Januari 2018, Kemenkes telah mengirimkan tim *Flying Health Care* (FHC) gelombang pertama sebanyak 39 tenaga kesehatan, yang terdiri dari 11 orang dokter spesialis, 4 orang dokter umum, 3 perawat, 2 penata anastesi dan 19 tenaga kesehatan yang terdiri dari ahli gizi, kesehatan lingkungan dan surveilans.



Berlanjut pada 26 Januari lalu, Kemenkes sudah menerjunkan FHC gelombang kedua, yakni 36 tenaga kesehatan yang akan bertugas hingga Februari 2018 mendatang, terdiri dari 11 dokter spesialis, 4 dokter umum, dan 21 tenaga kesehatan lainnya.

Secara keseluruhan akan dipersiapkan sebanyak sembilan gelombang FHC yang akan berlangsung lebih kurang tiga bulan. Timnya berganti secara berkala untuk menjaga stamina tenaga kesehatan.

Hingga saat ini sudah 1,2 ton obat didistribusikan untuk pengendalian KLB gizi buruk dan campak di Kabupaten Asmat. Kemenkes RI sendiri telah mengirimkan 142,2 kg obat pada Selasa (16/1). Pengiriman dilakukan bersamaan dengan keberangkatan FHC gelombang pertama untuk memenuhi pelayanan dan kebutuhan obat bagi penderita gizi buruk dan campak.

Obat dikirim melalui Bandara



Soekarno Hatta, Tangerang, menuju Agats, Kabupaten Asmat, kemudian didistribusikan ke Distrik Sawa Erma, Kolof Brasa, dan Pulau Tiga pada Kamis (18/1) menggunakan speed boat. Obat-obat tersebut di antaranya berupa amoksilin, salep anti bakteri, parasetamol, infusian, vitamin, dan obat-obat lainnya yang dikemas dalam bentuk tablet, kapsul, botol, dan boks.

(INDAH)

2. Dokter spesialis anak dan dokter obsgyn menjenguk pasien gizi buruk di ruang Aula RSUD Agats
3. Dokter umum dari Tim FHC Kemenkes gelombang 3 membantu pelayanan di poli umum RSUD Agats.
4. Satgas kesehatan dari unsur Kemenkes, TNI, Polri dan LSM diberangkatkan ke distrik-distrik untuk memberikan layanan kesehatan kepada warga kampung yang sulit mengakses fasilitas kesehatan.
5. Dokter spesialis anak dan dokter spesialis gizi klinik melakukan visitasi kepada pasien gizi buruk di High Care Unit RSUD Agats



MANFAAT PROGRAM DOKTER LAYANAN PRIMER YANG DIRASAKAN DOKTER UMUM

Keberlanjutan pelayanan kesehatan menjadi agenda penting dalam kerangka Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Upaya preventif dan kuratif dalam pelayanan kesehatan primer kembali menjadi prioritas dilaksanakan saat ini.

Untuk itu dibutuhkan dokter yang memiliki kompetensi memimpin dan mengkoordinasikan implementasi upaya-upaya kesehatan di wilayah kerjanya sehingga masalah kesehatan dapat diselesaikan secara terintegrasi bersama para *stakeholder* kesehatan di wilayah tersebut. Kompetensi ini dapat diimbangi oleh dokter umum dengan penguatan melalui Program Pendidikan Dokter Layanan Primer.

Dalam aspek profesionalisme, Program Dokter Layanan Primer ditujukan untuk meningkatkan kompetensi dokter. Program ini menjadi alternatif jenjang karir profesi dokter sesuai Undang Undang Pendidikan Kedokteran.

Sejak tahun 2014, Kemristekdikti bersama Kementerian Kesehatan menerbitkan Surat Keputusan Bersama menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI dan Menteri Kesehatan RI No. 1/X/SKB/2014 dan No. HK.02.05/MENKES/418/2014 guna mempercepat implementasi program DLP melalui pembentukan Kelompok Kerja Cepat Pengembangan Kebijakan Dokter layanan Primer.

Pada tahun 2017 Pelaksanaan Program DLP masih tersendat oleh penyelesaian regulasi yang terkait program ini. Walaupun pembahasan norma DLP pada rancangan peraturan pemerintah (RPP) telah berupaya melibatkan seluruh *stakeholder* terkait. Hasil pembahasan ini telah masuk

NURBAITI
(ASN Badan Litbangkes)

pada RPP tentang Pelaksanaan UU No.20/2013.

Pada tahun 2016 lalu ditengah proses penyelesaian RPP, Kemristekdikti melalui Ditjen Kelembagaan IPTEK dan DIKTI melakukan percepatan pembukaan program studi DLP (Dokter Layanan Primer). Prodi DLP yang sudah berjalan adalah di Universitas Padjajaran Bandung. Prodi ini telah meluluskan 1 angkatan sebanyak 42 lulusan.

Dalam proses yang masih terus berlangsung melahirkan Dokter layanan primer ini, ada baiknya kita simak pengalaman beberapa orang yang telah mengikuti Program Pendidikan DLP tahun 2016 lalu. Kisah dan penuturan mereka berikut ini:

Dr Hendro, Puskesmas Cimahi

Dokter Hendro ikut serta dalam DLP berangkat dari motivasi yang kuat untuk menjadi dokter yang profesional. Selain sebagai dokter kepala puskesmas Cimahi, Hendro bertugas sebagai konselor/tutor di Rumah Cemara. Rumah Cemara adalah rumah singgah bagi para ODHA di Kota Cimahi.

Di Rumah Cemara Hendro bertugas memberikan konseling dan pengobatan bagi para ODHA. Kegiatan di Komunitas Cemara berjalan seperti biasa, tidak menampakkan perkembangan yang berarti. Anggota komunitas silih berganti. Mereka hadir di komunitas dengan kebutuhannya masing-masing.

Setelah studi di Program Pendidikan Dokter Layanan Primer (DLP), Ia menyadari pentingnya memahami masalah kesehatan secara komprehensif dan kemampuan memformulasikan strategi penanganan masalah secara integratif. Semua upaya diarahkan pada penyelesaian masalah secara tuntas dengan melibatkan semua *stakeholder* untuk berperan aktif.

Intervensi masalah kesehatan yang ada di komunitas cemara mengalami perubahan. Selepas pendidikan DLP, Hendro menyusun pendekatan baru dengan melihat masalah kesehatan para anggota di Komunitas Cemara dengan lebih menyeluruh, melibatkan *stakeholder* yang dapat dilibatkan dan berperan dalam proses penyelesaian masalah kesehatan ini.

Para ODHA dan para terapis/dokter di komunitas saling menguatkan dan menyelesaikan masalah kesehatan di Komunitas Cemara secara bersama. Masalah kesehatan pada banyak kasus, termasuk dalam penanganan ODHA tidak berdiri sendiri. Kegairahan baru muncul, upaya penanganan kasus-kasus lebih baik dan tingkat partisipasi anggota komunitas semakin meningkat. Mudah-mudahan semua perubahan ini akan meningkatkan kualitas hidup para ODHA di komunitas ini.

Selain di Komunitas Cemara, Hendro bertugas sebagai Kepala Puskesmas Cimahi dalam kurun waktu yang cukup lama. Pengalamannya cukup menjadi bekal untuk memahami banyak persoalan kesehatan di lapangan. Hendro merasakan betapa sistem jaminan kesehatan memberikan keuntungan yang banyak bagi pelayanan kesehatan di tingkat primer.

Upaya kesehatan yang bersifat kuratif semakin meningkat



cakupannya, akses masyarakat meningkat. Aspek promotif dan preventif tetap mendapat perhatian lebih baik. Namun kedua aspek ini menurut beliau perlu tetap dikembangkan di masyarakat. Untuk menjamin pelayanan kesehatan dengan sistem JKN yang terus berjalan secara sehat.

Disadarinya bahwa pendidikan DLP sangat bermanfaat bagi peningkatan kemampuannya sebagai dokter layanan primer. Pendidikan DLP yang telah diterimanya mampu menguatkan pemahaman dan pengalamannya sebagai dokter di tingkat pelayanan primer. Ia memiliki pola pikir tentang pelayanan kesehatan yang secara lebih luas dan komprehensif.

Penanganan pasien dengan masalah kesehatannya dapat dilihat dengan konteks masalah lain baik di lingkungan sosial, kultur maupun wilayah. Strategi intervensi yang dapat ia lakukan menjadi lebih proaktif dengan mengembangkan berbagai model intervensi untuk masalah kesehatan yang ada. Aspek-aspek lain di luar kesehatan tercakup dalam upaya intervensi yang dilakukannya, termasuk kegiatan preventif dan promotif yang lebih intensif dengan melibatkan stakeholder dan masyarakat.

Dr Emi, Dokter Klinik Pratama mitra BPJS Kota Tasikmalaya

Dokter Emi memiliki kliniik pelayanan primer yang dikenal sebagai klinik pratama yang bekerjasama dengan BPJS. Klinik yang didirikan sejak tahun 2010 ini telah memiliki melayani sekitar 5.500 peserta BPJS. Diawali dengan 500 peserta jaminan kesehatan saat memulai klinik ini.

Seiring bertambahnya jumlah peserta BPJS yang dilayani, maka Emi merasa membutuhkan peningkatan ilmu untuk mengelola kliniknya. Pengalaman yang cukup panjang sebagai dokter klinik menguatkan niatnya untuk mengikuti program Dokter Layanan Primer (DLP).

Menurut Emi, pelayanan klinik pratama perlu berkualitas, karena

pelayanan yang lebih baik akan memberikan kepuasan bagi pasien serta memberikan benefit pada kliniknya. Sebagai klinik yang bermitra dengan BPJS, kendali mutu dan kendali biaya menjadi penting dilakukan oleh Emi dan para sejawatnya di klinik tersebut.

Emi mengikuti Program DLP secara mandiri. Ia membayar sendiri biaya kuliah secara penuh dan telah berhasil mengikuti program DLP. Program yang diikuti berlangsung selama 1 semester. Pendidikan ini ditempuhnya dengan cara bulak balik Bandung dan Tasikmalaya sesuai dengan jadwal kegiatan program. Pada akhirnya program ini ia selesaikan dengan baik.

Setelah menyelesaikan pendidikan DLP, Emi merasakan manfaat yang banyak karena ilmu dan praktek yang diterimanya dalam Program DLP langsung dapat diimplementasikan dalam pengelolaan pelayanan klinik pratama. Pelayanan yang dapat diberikan pada pasien dikliniknya lebih baik dan mampu mengupayakan intervensi medis dan kesehatan yang lebih terintegrasi.

Emi yakin bahwa dokter lulusan DLP akan mampu meningkatkan kinerja layanan kesehatan primer. Pengetahuan dan pengalaman yang sudah ia dapat selama ini ditambah dengan pembekalan dalam program DLP sangat membantu dokter umum yang ingin bekerja lebih profesional. Sehingga Dokter lulusan program DLP akan mampu mengelola pelayanan

kesehatan primer jauh lebih baik.

Konsep pelayanan kesehatan dengan model intervensi terintegrasi sangat dibutuhkan bagi klinik pratama. Sehingga klinik memberikan pelayanan kuratif yang bermutu, sekaligus memperhatikan upaya preventif dan promotif dari berbagai stakeholder terkait, termasuk keluarga pasien dan masyarakat di sekitarnya.

Dokter Hendro dan Dokter Emi adalah dua contoh yang cukup gamblang bagi kita untuk sekilas menilai manfaat dari pengembangan program DLP bagi dokter umum yang sudah berpengalaman atau telah bekerja di pelayanan primer. Peningkatan kemampuan mereka dan penguatan pola pemikiran yang lebih luas dan komprehensif tentang pelayanan primer yang bermutu. Pelayanan yang berfokus pada upaya promotif dan preventif selain pelayanan kuratif yang bermutu. Ini menjadi jaminan pelayanan kesehatan primer yang unggul dan berkelanjutan.

Besar harapan Program DLP bis amenjadi pijakan baru dalam menata sistem pelayanan kesehatan tanah air yang lebih baik. Terlepas dari segala kemelut dan pertentangan yang masih ada, kita perlu melangkah kembali bersama. Sehatlah Indonesiaku!!! ●

Bahan : Hasil reportase dengan 2 dokter lulusan Program DLP yang telah diselenggarakan perdana di Prodi DLP Universitas Padjajaran, Bandung 21 Juli 2017 di Hotel GBHM, Jakarta





Menggali Potensi Kerja Sama Kesehatan Bilateral

Kerja sama luar negeri saat ini merupakan suatu keharusan dalam era globalisasi. Tidak terkecuali bagi Kementerian Kesehatan RI yang dihadapkan kepada tuntutan dan kebutuhan kerja sama dengan negara mitra sebagai katalisator bagi pembangunan kesehatan.

Staf Ahli Bidang Ekonomi Kesehatan, Kemenkes, dr. Donald Pardede, MPPM mengatakan, saat ini Indonesia telah menjalin kerja sama bilateral dengan 162 negara, namun konteks isu kesehatan masih sangat sedikit. Peran tersebut, menurutnya, harus ditingkatkan untuk memperkuat posisi Kemenkes dalam hubungan kerja sama kesehatan bilateral dengan negara mitra di sektor kesehatan.

“Hal tersebut bertujuan untuk meningkatkan daya saing Indonesia di dunia internasional serta menjawab tantangan globalisasi. Kerja sama kesehatan bilateral juga diharapkan

dapat menjadi katalisator pembangunan Indonesia Sehat,” kata Donald dalam *Workshop Peningkatan Kerja Sama Bilateral Kesehatan: Peluang dan Tantangan*, di Jakarta, Kamis (18/1/2018) lalu.

Sementara itu Direktur Afrika Kementerian Luar Negeri (Kemenlu), Tumpal S. Simanjuntak, berharap agar Kemenkes terus menggali kerja sama kesehatan bilateral khususnya dengan negara-negara di Kawasan Asia Pasifik dan Afrika. Sehingga, kata Tumpal, nanti akan terlihat peningkatan peran Kemenkes bukan hanya pada saat mengatasi wabah atau pandemik, tapi juga meningkatkan kerja sama ekonomi secara komprehensif.

Direktur Eropa II Kemenlu, Witjaksono Adji, menyampaikan mengenai kerangka kerja sama di kawasan Amerika dan Eropa, dimana saat ini beberapa peluang kerja sama bidang kesehatan sedang dijajaki. Salah satu kerja sama yang tengah dilakukan

proses pembahasan di antaranya rencana pendirian *National Council Licensure Examination (NCLEX) test center* di Indonesia. Saat ini, NCLEX *test center* yang paling dekat dengan Indonesia adalah di Filipina dan India.

Diharapkan ke depannya, apabila kerja sama NCLEX *test center* ada di Indonesia maka dapat memudahkan para perawat Indonesia yang ingin bekerja di luar negeri. Karena sampai saat ini, perawat-perawat Indonesia yang ingin bekerja di Amerika Serikat harus mengambil NCLEX di Filipina atau India.

Witjaksono menambahkan, Indonesia juga sudah melakukan ekspor farmasi dan alat kesehatan ke beberapa negara di kawasan Amerika (Mexico, Panama, Costa Rica), Eropa Timur (Rusia, Turki, Ukraina, Serbia, Rumania). Perusahaan BUMN, Kalbe Farma merupakan salah satu distributor untuk wilayah Eropa.

Sedangkan Direktur Perundingan Bilateral Kementerian Perdagangan,

Ni Made Ayu Marthini, mengatakan bahwa saat ini konsep kerja sama perdagangan ekonomi yang dilakukan tidak lagi dengan model *free trade area (FTA)* namun yang digunakan adalah skema *comprehensive economic partnership agreement (CEPA)*. Untuk itu, Kemenkes diharapkan dapat proaktif memanfaatkan *long term CEPA* dan perlu dibuat target untuk persaingan obat-obatan, alkes serta jasa kesehatan. Hal ini penting untuk melihat siapa pesaing Kemenkes, karena tujuan ekonomi bukan hanya sektoral tapi untuk Indonesia.

Kepala Biro Kerja Sama Luar Negeri Kemenkes, Acep Somantri menyampaikan bahwa saat ini terdapat potensi kerja sama dengan 10 negara mitra yang sudah memiliki *Memorandum of Understanding (MoU)* dengan Kemenkes RI, yaitu: Brunei Darussalam, Timor Leste, Arab Saudi, Qatar, Korea Selatan, RRT, Denmark, Kuba, Turki, dan Vietnam. Area-area kerja sama yang tercantum dalam MoU bilateral kesehatan dengan negara-negara sahabat perlu segera diimplementasikan agar dampaknya bisa langsung dirasakan oleh masyarakat, khususnya tenaga kesehatan Indonesia.

Dalam forum tersebut disimpulkan bahwa saat ini Kemenkes perlu



membuat *Roadmap* Potensi Kesehatan, termasuk kekuatan dan kelemahannya, yang bisa dikerjasamakan atau dipersaingkan di tingkat global. Utamanya sektor farmasi dan alat kesehatan, karena tenaga kesehatan maupun pelayanan kesehatan.

Selain itu, Kemenkes juga perlu membentuk Tim Globalisasi Kesehatan yang terdiri dari Kemenkes, Kemenlu, Kemendag, Kemenkumham, dan Badan Koordinasi Penanaman Modal (BKPM) yang mampu membangun sinergi dari berbagai kebijakan di internal Kemenkes maupun sinergi kebijakan

dengan Kementerian/Lembaga (K/L) terkait. Di sisi lain, perlu untuk mendidik generasi baru Kemenkes agar dapat meningkatkan kemampuan sebagai tim perunding dalam perundingan-perundingan bisnis di tingkat global sehingga dapat memperjuangkan isu-isu Kesehatan di perundingan Bilateral. [\(lip\)](#)

1. Diskusi panel: (dari kiri) Bapak Witjaksana Adji, Bapak Acep Somantri, Ibu Ni Made Ayu Marthini, Bapak Tumpal S. Simanjuntak
2. Staf Ahli Bidang Ekonomi Kesehatan, dr. Donald Pardede, MPPM





Peristiwa Kesehatan di Bulan Januari

Bulan Januari merupakan pertanda awal tahun, sehingga ketika tahun berganti maka akan selalu disambut dengan bulan yang dalam bahasa latin disebut *Januarius*. Lantas ada apa di Januari ini yang terkait dengan kesehatan?

Setidaknya ada dua peristiwa yang terkait dengan kesehatan di bulan Januari ini, *pertama* Hari Gizi Nasional yang tahun ini jatuh pada tanggal 25 Januari dan *kedua* Hari Kusta Sedunia yang diperingati setiap tanggal 27 Januari.

Pada peringatan Hari Gizi Nasional yang tahun ini merupakan yang ke-58, Kementerian Kesehatan menitikberatkan pada pentingnya 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) guna mengatasi gizi buruk di Indonesia. "Untuk Konsep pencegahan kita fokus pada 1000 hari pertama kehidupan, yakni memastikan bahwa semua pelayanan kesehatan



Hari
Gizi Nasional
2018

Bersama Keluarga Kita Jaga 1000 Hari Pertama Kehidupan

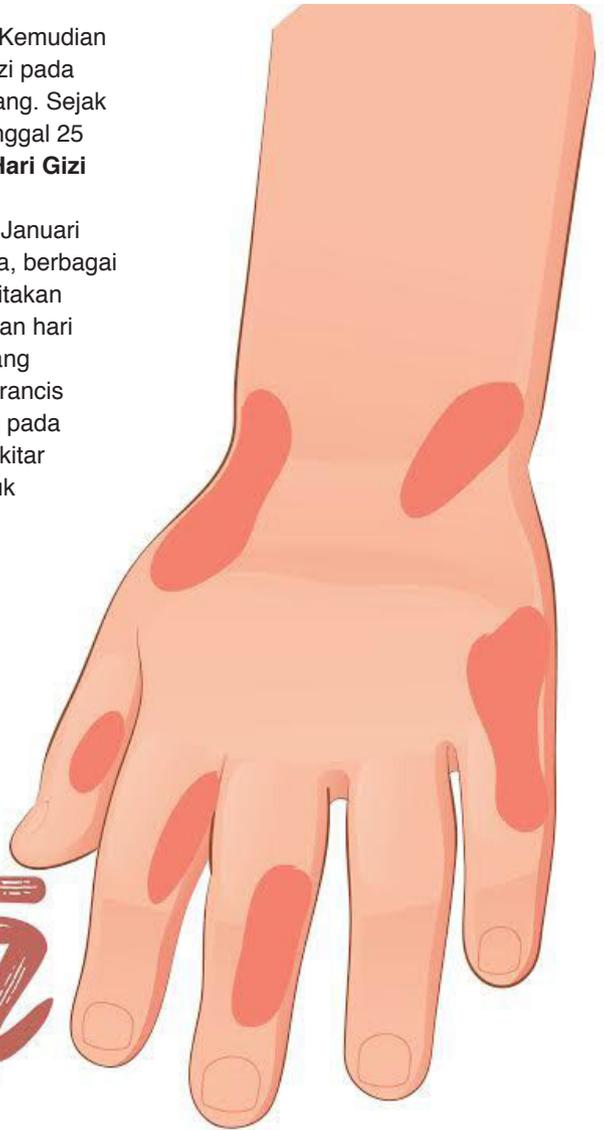


kepada ibu hamil, pada bayi dan balita baik, dengan bebrbagai indikator kesehatan yg ada,” ujar Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI, dr. Anung Sugihantono, M.Kes, pada acara puncak HGN ke-58, Kamis (25/1/2018) di Kementerian Kesehatan, Jakarta.

Nah, tahukah Anda kenapa tanggal 25 Januari setiap tahunnya diperingati sebagai Hari Gizi Nasional? Sejarah yang terjadi sekitar 58 tahun lalu ini dimulai ketika Menteri Kesehatan saat itu, Bapak Dr. J. Leimena menunjuk Bapak Gizi Indonesia, Prof. Poorwo

pertengahan tahun 1960-an. Kemudian dilanjutkan oleh Direktorat Gizi pada tahun 1970-an sampai sekarang. Sejak saat itu, disepakati bahwa tanggal 25 Januari di peringati sebagai **Hari Gizi Nasional Indonesia**.

Sementara itu tanggal 27 Januari merupakan hari kusta sedunia, berbagai sumber media online menceritakan tentang awal mula pelaksanaan hari Kusta sedunia. Dimana seorang wartawan berkebangsaan Perancis bernama Raol Fallereau (RF) pada tahun 1955 mengorganisir sekitar 150 radio dari 60 negara untuk



Hari Kusta Sedunia

diperingati setiap hari di minggu terakhir Januari

Soedarmo, untuk mengepalai Lembaga Makanan Rakyat (LMR). Kemudian Prof. Poorwo Soedarmo menyelenggarakan Hari Gizi Nasional untuk memperingati dimulainya pengkaderan Tenaga Gizi Indonesia dengan berdirinya Sekolah Juru Penerang Makanan tanggal 26 Januari 1951.

Hari Gizi Nasional pertama kali diselenggarakan oleh Lembaga Makanan Rakyat (LMR) pada

mengkampanyekan penyakit kusta.

Sejarah mencatat, dalam hidupnya selama 30 tahun RF mengabdikan dirinya untuk memperjuangkan nasib penderita Kusta dan untuk menghilangkan stigma sosial di masyarakat. Hari Kusta Sedunia diperingati setiap minggu terakhir di bulan Januari. Tujuan diperingatinya adalah untuk menghilangkan atau mengubah pandangan masyarakat umum terhadap penderita penyakit

kusta.

Kusta adalah salah satu penyakit tertua di dunia yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* yang disebut juga dengan Penyakit Lepra. Namun, karena konotasi negatif yang sering didapatkan oleh pasien kusta, maka kini penyakit kusta lebih sering disebut penyakit *morbus hansen*. Diambil dari nama penemu kumannya, yaitu, Dr. Gerhard Armauer Hansen.

(Didit)



EVERNOTE



Your workspace for writing and collecting everything that matters.

STAY ORGANIZED

Sebagai seorang tenaga kesehatan, pasti pembaca Madiakom bekerja tidak hanya bertemu dengan pasien. Kadang juga harus mengikuti rapat atau malah berada di lapangan.

Untuk mempermudah urusan catat mencatat kadang sedikit *ribet* dengan membawa buku atau *notes* beserta pulpenya, apalagi kalau harus membawa *voice recorder*, dan kamera juga.

Padahal di jaman *now*, hampir pasti kita membawa smartphone ke mana-mana. Nah, kenapa kita tidak menggunakan smartphone kita?

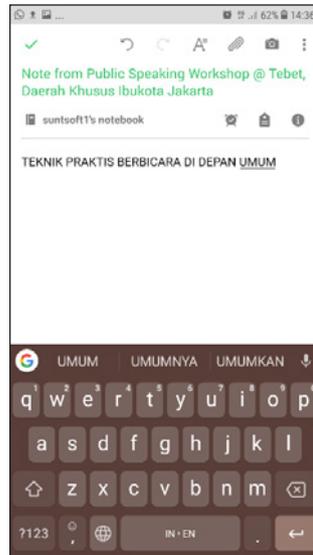
Ada beberapa aplikasi berbasis android yang gunanya untuk menggantikan buku catatan

kita. Banyak *sih*, seperti Google Keep, S-Note, Evernote, dan lain-lain. Tapi di edisi kali ini kita akan membahas Evernote keluaran dari Evernote Corporation.

Aplikasi dengan logo Gajah ini merupakan Editor's Choice loh. Artinya, aplikasi ini sudah dicoba langsung, mudah dipahami, fiturnya lengkap, dan berguna bagi pengguna.

Evernote – stay organized dapat diunduh dan di-*install* di playstore gratis alias tanpa membayar. Ada tambahan biaya jika kita mau mendapatkan fitur premium.

Yuks kita mulai bagaimana menggunakan evernote.



Penggunaan di PC

Jika anda ingin mencetak apa yang sudah anda tulis pada saat rapat atau di perjalanan anda. Atau anda ingin menyimpannya dalam format pdf, sehingga anda bisa bagikan ke rekan kerja Anda. Buka komputer atau laptop anda, cukup masuk ke <https://evernote.com/> atau install aplikasi evernote untuk PC, maka catatan yang anda lakukan tadi akan disinkronkan dengan yang ada di PC.

Nah kalau sudah ada di PC anda bisa mengubah catatan, dan otomatis akan sinkron juga ke smartphone anda. Dan dengan mudah juga bisa di print atau di save ke pdf.

Selain itu catatan anda bisa juga dibagi ke rekan kerja anda dengan mengirimkan link ke email yang bersangkutan. Rekan anda dapat membuka link tersebut di aplikasi evernote juga. Anda bisa membatasi apakah rekan anda bisa mengubah atau hanya bisa melihat catatan anda.

Registrasi Akun

Email akan ditanyakan pada saat kita baru menggunakan aplikasi ini. Akan lebih mudah jika kita menggunakan email google karena akan sinkron dengan google calendar. Kenapa? Nanti ya dijelaskan.

Setelah berhasil masuk ke aplikasi Evernote, di pojok kanan bawah ada lingkaran hijau dengan tanda plus, silahkan di klik saja, dan anda akan masuk ke catatan pertama anda.

Evernote akan memandu anda untuk menggunakan fitur-fitur yang ada satu persatu, seperti membuat text note, camera, handwriting, attachment, audio, dan reminder.

Text note

Seperti yang sudah disampaikan sebelumnya, apabila anda menggunakan Google Calendar untuk memasukkan kegiatan anda, maka kegiatan tersebut otomatis akan menjadi judul text note anda. Keren kan. Tapi kalau bukan itu title yang anda mau, bisa dirubah sesuai dengan keinginan.

Evernote juga memudahkan pengguna untuk mempercantik tulisan. Aktifkan gambar A dengan tiga garis disampingnya yang ada di atas layar. Maka anda bisa menebalkan, memiringkan, menggarisbawahi, dan mencoret tulisan. Anda juga bisa mempertegas tulisan yang penting seperti menggunakan stabilo.

Membuat penomoran dan *bullets* juga bisa. Selain itu checklist, subscript dan superscript juga ada. Lumayan lengkap.

Anda juga bisa menambahkan foto, file, audio, bahkan video. Jadi ketika anda di lapangan kemudian ada kejadian yang menarik, anda bisa ambil video, gambar, atau suara, yang bisa dilampirkan di catatan anda.

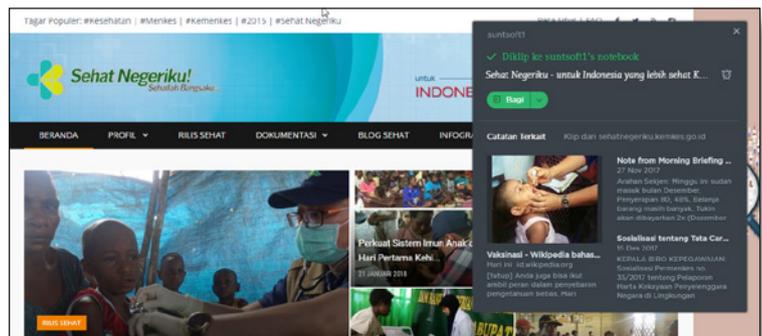
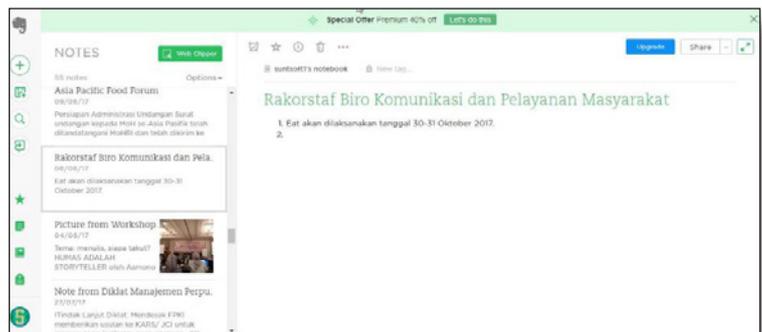
Penggunaan Tag

Untuk mempermudah dalam mencari catatan, ada fasilitas tag dari evernote. Anda bisa mengelompokkan catatan anda, misalnya travel, rapat, resep dan sebagainya.

Web Clipper

Selain catatan, kita bisa juga memasukkan isi web yang ingin kita jadikan referensi catatan kita. Namun ini hanya bisa digunakan di PC. Dengan menambahkan plug-in web clipper ke browser kita, maka dengan mudah isi web akan masuk ke catatan di evernote kita. Tapi tetap kita bisa melihatnya dari smartphone kita.

Nah, masih tetap pakai kertas untuk catatan kita? Yuks kita kurangi penggunaan kertas. **(Tchan)**





WWW.DR.HARTMAN.CA

Mengenal Keracunan Histamin

Pernahkan pembaca mengalami gejala serupa alergi beberapa saat setelah makan makanan tertentu, padahal biasanya aman-aman saja bila mengonsumsi makanan tersebut? Tidak sampai dua jam setelah makan, kulit jadi kemerahan dan gatal-gatal, padahal Anda tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan itu.

Bisa jadi yang Anda alami itu sebenarnya adalah keracunan histamin (*histamine poisoning*). Meski namanya agak asing di telinga, kasusnya sering terjadi. Yuk, kita belajar sedikit tentang keracunan histamin.

Apa Itu Histamin?

Histamin sendiri bukan zat yang asing bagi tubuh manusia. Pada orang yang memiliki alergi, bahan tertentu (umumnya berupa protein) peran histamin sebagai alergen. Paparannya akan memicu pelepasan histamin dari

sel-sel imun ke aliran darah dan hal ini memicu timbulnya reaksi alergi.

Alasan Terjadi Keracunan Histamin

Saat seseorang mengonsumsi makanan berhistamin dalam jumlah memadai, maka keracunan histamin akan terjadi. Namun, histaminnya tidak berasal dari dalam tubuh, melainkan didapat dari makanan yang dikonsumsi. Kondisi tersebut dapat dikenali awam sebagai *pseudoallergic food poisoning* atau keracunan makanan mirip alergi.

Histamin Terdapat dalam Makanan

Dalam makanan, histamin terbentuk sebagai hasil reaksi dekarboksilasi histidin, suatu asam amino esensial. Asam amino histidin dalam bentuk bebas banyak terdapat pada beberapa spesies ikan tertentu, seperti ikan tuna dan sarden. Selain itu, proses hidrolisis protein (proses terurainya protein menjadi asam-asam amino penyusunnya) juga dapat menghasilkan asam amino histidin. Sedangkan enzim yang mendekarboksilasi histidin dihasilkan oleh beberapa spesies bakteri yang juga dapat berperan dalam fermentasi atau pembusukan makanan. Selain ikan, histamin juga bisa terbentuk di daging, keju, ataupun

makanan fermentasi lainnya.

Keracunan histamin juga pernah dikenal sebagai *scromboid food poisoning* karena umumnya ditemukan dari ikan-ikan dengan famili Scromboidae. Sumbernya diawali dari penyimpanan ikan di suhu yang tidak terkontrol sehingga memicu pertumbuhan bakteri penghasil enzim dekarboksilase histidin, maka histamin pun terbentuk.

Bakteri memang dapat dihambat pertumbuhannya dengan suhu penyimpanan terkontrol dan sebagian akan mati dalam suhu tinggi. Akan tetapi, histamin bersifat tahan panas sehingga proses pemasakan tidak bisa menghilangkan histamin yang sudah terbentuk. Histamin juga tidak menimbulkan perubahan warna, bau, maupun rasa pada ikan sehingga ikan yang berhistamin sulit dibedakan dari ikan lainnya.

Efek Keracunan histamin

Gejala yang timbul dari keracunan histamin kurang lebih serupa dengan reaksi alergi. Prosesnya relatif cepat, kurang dari satu jam saja. Untuk penanganan keracunan histamin, obat yang diberikan umumnya berupa antihistamin, serupa dengan obat yang dipakai untuk menangani reaksi alergi. Walaupun relatif jarang, jika histamin yang dikonsumsi kadarnya terlalu tinggi



THEANCENTRALRDS.COM

atau tidak segera ditangani, keracunan histamin bisa membahayakan nyawa. Salah satu kasus fatal keracunan histamin yang pernah terdata di Indonesia adalah kematian dua turis asing setelah menyantap hidangan hasil laut di Bali pada tahun 2014.

Cara Menghindari

Cara pencegahan yang paling efektif tentunya dengan penyimpanan bahan makanan (khususnya ikan laut) secara terkontrol di suhu rendah demi menghambat proses pembentukan histamin. Jika Anda hendak memasak ikan, pastikan ikan disimpan dalam kondisi dingin saat dibeli dan segera disimpan dalam lemari pendingin sampai tiba waktunya ikan tersebut akan dimasak. Prinsip higienis dalam menangani bahan masakan juga harus dilakukan untuk meminimalisasi pertumbuhan mikroba.

(Ayunina Rizky Ferdina, Apt., M.Sc.)



COMMERCIALVANSOLUTIONS.COM



Menjemput Takdir

Oleh : **Prawito**

Hidup ini tak selalu lurus, tepat sesuai harapan, atau rencana, baik dalam skala jangka pendek, menengah maupun panjang. Bahkan ukuran rencana harian, pekanan atau bulan. Sekali lagi, tak selalu sesuai rencana. Sekalipun sudah melakukan perencanaan secara matang dengan mempertimbangkan berbagai kemungkinan.

Fulan datang ke rumah sakit pagi sekali sudah mengambil antrian pendaftaran. Selanjutnya baru 4,5 jam kemudian dipanggil untuk memperoleh informasi pelayanan dokter. Kemudian, Fulan bertanya kepada petugas: "Kapan akan dipanggil?" Petugas itu berkata,

silahkan duduk nanti akan dipanggil. Fulan kembali duduk dengan hati resah, padahal dirinya mendapat nomor urut pertama.

Rudi ketika bepergian menggunakan kereta, suasana hujan deras, penumpang harus menunggu datangnya kereta. Ia sudah lebih 30 menit menunggu. Setelah kereta tiba harus menunggu lagi 30 menit menuju tujuan. Sampai tujuan dipastikan terlambat. Ia pun tak mengambil alternatif kendaraan lain, karena diperkirakan lebih macet. Akhirnya, ia tiba terlambat untuk sebuah rapat yang sangat penting.

Fulan dan Rudi merupakan sekelumit kisah nyata yang mewakili

banyak kisah kehidupan. Lalu apa yang harus dilakukan menghadapi kenyataan hidup yang tak selalu sesuai harapan?

Pertama, menerima keadaan itu apa adanya. Tak perlu marah, protes keras, dendam, dan berkeluh kesah. Karena marah, protes keras, dendam dan keluh kesah belum tentu menyelesaikan masalah, boleh jadi akan menambah masalah. Apalagi sampai menyimpan dendam kesumat dalam dada kepada pihak lain, teruta kepada Sang Pencipta, pasti akan bertambah binasa. Sebab, dendam kesumat akan membara dan membakar pemiliknya.

Kadangkala di saat marah, kita ingin melukai orang lain. Setelah semua berlalu, kita baru menyadari bahwa



yang terluka sejatinya adalah diri kita sendiri. Banyaknya ucapan dan tindakan yang dilakukan saat marah menguasai hati, sebanyak itu pula kita melukai diri kita sendiri.

Ketahuiilah, dendam, amarah, iri dan dengki, apapun itu, ia sebenarnya bagaikan ular yang membelit gergaji. Segala pikiran negatif yang muncul dalam pikiran kita akan menusuk dan melukai batin kita sendiri. Mari melihat diri untuk selalu mampu memaafkan, belajar melepaskan dendam dan membuang jauh-jauh sampah batin dari hati dan pikiran.

Selanjutnya, tetaplah berusaha dan berusaha, jangan pernah berputus asa, selama masih mampu berusaha dan

bekerja dengan kekuatan yang ada. Sebagai orang beriman tugasnya hanya berusaha, bekerja seoptimal mungkin, terus berdoa dengan penuh harap dan cemas. Memenuhi alam pikiran dan hati dengan optimisme dan pikiran positif. Sebab, optimisme dan pikiran positif itu akan menjadi energi dan kekuatan yang luar biasa untuk berjuang menghadapi kerasnya medan perang kehidupan.

Setelah bekerja keras, bekerja cerdas, bekerja tuntas dan bekerja ikhlas, ternyata hasil tak sesuai dengan harapan, maka terimalah dengan lapang dada. Itulah hasil maksimal yang harus diterima. Karena sesungguhnya, bagi orang beriman, Allah akan membalas hamba-Nya dari apa yang

telah mereka kerjakan, bukan hasilnya. Seperti firman-Nya:

“Dan katakanlah, Bekerjalah kamu, maka Allah akan melihat pekerjaanmu, begitu juga Rasul-Nya dan orang-orang mukmin, dan kamu akan dikembalikan kepada (Allah) Yang Mengetahui yang gaib dan yang nyata, lalu diberitakan-Nya kepada kamu apa yang telah kamu kerjakan.”

(QS. At-Taubah 9: Ayat 105)

Jadi, manusia hanya mampu berusaha sebaik-baiknya dan berdoa dengan sekhushyuknya. Sementara, hasil hanyalah milik Allah, manusia hanya berlari, berikhtiar menjemput takdir, dari takdir menuju takdir. ●





ANTARA IMPIAN & KELUARGA

Coco merupakan film animasi 3D yang berlatar belakang di Meksiko. Kabarnya, untuk menghidupkan cerita, Disney Pixar melakukan beberapa kunjungan penelitian ke Meksiko. Di samping itu, Pixar Animation Studio juga berkolaborasi dengan tim konsultan budaya, mempertimbangkan seluruh detail mulai dari pakaian para karakter, dekor, pemilihan warna hingga dialog. Para pembuat film juga mengunjungi museum, pasar, plaza, gereja, hingga kuburan di Meksiko yang menjadi inspirasi untuk menciptakan kota fiksi bernama Santa Cecilia secara akurat.

Film ini menampilkan 2 dunia berbeda, yaitu *Land of the Living* (tanah kehidupan) dan *Land of the Dead* (tanah kematian) yang juga dikenal oleh orang Meksiko sebagai *Día de los Muertos*. Di Meksiko, *Día de los Muertos* dikenal sebagai tradisi untuk menghormati dan mengenang kembali anggota keluarga yang telah meninggal.

Tokoh utama dalam film ini adalah seorang anak laki-laki berumur 12 tahun bernama Miguel yang hidup bersama keluarganya yang berasal dari Santa Cecilia, kota fiksi yang berada di *Land*

of Living. Miguel yang hidup bersama keluarga besarnya memiliki impian menjadi seorang musisi, hal ini ditentang oleh keluarga besarnya terutama sang Nenek yang sangat membenci musik. Bagaimana kisah perjuangan Miguel mengejar impiannya?

Cerita bermula dari seorang wanita bernama Imelda Rivera (Alanna Ubach) yang memiliki suami seorang musisi. Keluarga mereka dikaruniai seorang anak perempuan bernama Coco. Awalnya keluarga mereka sangat bahagia, akan tetapi, tiba-tiba kebahagiaan mereka berubah menjadi kekecewaan karena suami Imelda memutuskan untuk meninggalkan dirinya dan anak perempuan mereka, untuk mengejar kariernya sebagai seorang musisi hingga akhirnya Imelda harus berjuang sendiri membesarkan buah hatinya.

Sejak saat itu, Imelda sangat

membenci musik dan meminta seluruh anggota keluarganya untuk menjauhi musik. Kemudian untuk menyambung hidupnya ia menjadi pembuat sepatu hingga turun-temurun kepada anak, cucu dan cicitnya.

Cicit Imelda, Miguel (Anthony Gonzalez) berusia 12 tahun, tinggal bersama Mama Coco (Ana Ofelia Murguía) dan keluarga mereka di sebuah desa kecil di Meksiko. Dia diam-diam bermimpi menjadi musisi seperti Ernesto de la Cruz (Benjamin Bratt), seorang bintang film dan penyanyi populer di tanah kelahirannya. Akan tetapi, impian Miguel itu ditentang keras oleh keluarganya, terutama oleh neneknya, Abuelita (anak dari Coco yang suaranya diisi oleh Renne Victor).

Suatu ketika Miguel ingin sekali tampil pada sebuah pertunjukan bakat musik di desanya, namun ini diketahui oleh nenek Abuelita yang akhirnya menghancurkan





gitar Miguel. Karena kesal tanpa sengaja Miguel merusak foto Imelda di meja *ofrenda* (altar persembahan untuk parah arwah) dan menemukan bahwa pria yang wajahnya disobek di foto itu memegang gitar terkenal Ernesto, sehingga ia menyimpulkan bahwa pria yang juga merupakan kakek buyutnya di foto tersebut adalah Ernesto, musisi yang selama ini ia kagumi.



Merasa bahwa dirinya adalah cucu buyut Ernesto, Miguel memasuki makamnya dan mencuri gitar legendaris milik Ernesto untuk digunakan dalam pertunjukan bakat musik di desanya. Akan tetapi, tiba-tiba saat memetik, dia menjadi tidak terlihat, tapi bisa melihat orang disekitarnya. Saat itulah petualangan Miguel di *Land of the Dead* dimulai. Di sana ia bertemu dengan Imelda dan keluarganya yang telah meninggal.

Miguel harus kembali ke *Land of the Living* sebelum matahari terbit atau dia akan menjadi orang mati dan tinggal disana. Miguel pun mencari cara untuk kembali pulang ke *Land of the Living*, dan jalan keluarnya adalah ia harus minta restu dari keluarganya yang bisa mengurungkan kutukan yang ditimpakan kepadanya.

Imelda bersedia memberikan restunya akan tetapi ia memberi syarat kepada Miguel untuk menjauhi musik. Tentu saja Miguel keberatan kemudian mencari Ernesto yang ia anggap sebagai kakek buyutnya untuk meminta restu. Pada perjalanannya mencari Ernesto, ia bertemu dengan seorang laki-laki bernama Hector (Gael Garcia Bernal)



Judul : Coco
Jenis Film : Animasi, Petualangan, Komedi
Produser : Darla K. Anderson
Sutradara : Lee Unkrich
Penulis Naskah : Adrian Molina

Durasi Film : 126 menit
Perusahaan Film : Walt Disney Pictures Pixar Animation Studios
Rilis : di Indonesia pada 24 November 2017



WWW.PIXAR.COM

yang menawarkan bantuan kepada Miguel untuk mencari Ernesto.

Akankah Miguel berhasil menemui Ernesto untuk mendapatkan restunya menjadi musisi dan kembali pulang ke *Land of the Living* atau dia akan terjebak di *Land of the Dead* selamanya dan mengubur impiannya untuk menjadi musisi?

Alur cerita film *Coco* mudah dipahami dan sarat akan makna. Selain itu, di dalam film ini juga terdapat sentuhan musikal layaknya film animasi pada umumnya.

Melalui sosok Miguel, film ini ingin menyampaikan bahwa untuk mewujudkan mimpi kita harus memiliki usaha dan keyakinan namun tidak boleh melanggar norma-norma yang ada. Disini juga disampaikan pesan bahwa restu dari keluarga sangat penting bagi seseorang untuk meraih impiannya.

Film ini dapat disaksikan oleh segala

usia karena mudah dipahami dan di dalamnya terselip nilai-nilai kehidupan yang bisa diteladani. Ada cerita indah dan menyentuh yang bisa diapresiasi oleh anak-anak pada film ini.

Namun bagi anak di bawah usia 12 tahun masih harus didampingi orang tua mengingat tokoh utama dalam film ini dibuat dapat hidup pada dua alam yang berbeda sehingga butuh penjelasan bagi anak-anak untuk memahaminya.

Animasi 3D dalam film ini sangat detail sehingga menyerupai sosok yang nyata. Selain itu film ini kaya akan warna, pada saat latar menunjukkan keadaan sebuah desa, jalanan, kuburan di daerah Meksiko semuanya tampak begitu menarik dengan tampilan berbagai banyak warna dan detail. Alur dalam film ini sangat menarik dan penuh kejutan ditambah dengan permainan musik yang begitu apik, sehingga membuat film ini enak ditonton. (FR)

Jangan Asal Diet, Berat

By: ASRDWPTR



AKHIRNYA MEREKA PLIN MAKAN DI WARUNG BI E'EM

HAE GAES!
INGET YA DIET WALAUPUN DIET
KITA HARUS TETAP MAKAN,
JANGAN SAMPAI SAKIT!
APALAGI YG JOMBLO KALO
SAKIT GADA YG NINGETIN
MINUM OBAT....
#EHMAAP

MEDIAKOM kini bisa diakses
melalui website dan apps



silahkan akses

<http://mediakom.sehatnegeriku.com>

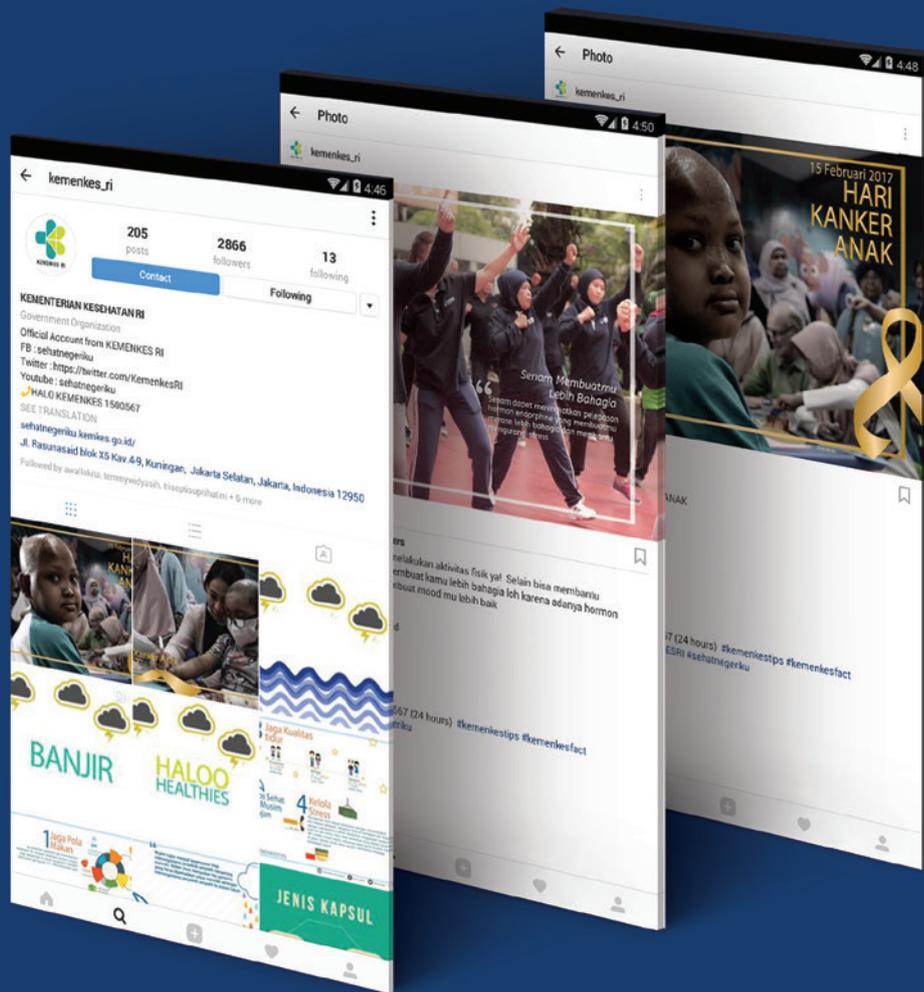
download juga apps-nya
di Google Playstore, gratis!



MEDIAKOM
Majalah Kemenkes RI



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



YUK! BERBAGI MOMEN
KESEHATAN BERSAMA KAMI



Follow IG kami di
kemenkes_ri

sehatnegeriku.kemkes.go.id