

ISSN 2086-1656



rsjserojo.co.id

ENTERA JIWA

ANAK LEBIH
SENANG CURHAT
DENGAN
TEMAN SEBAYA?

PISAH SAMBUT
DIREKTUR UTAMA
RSJS MAGELANG

LUES; IMS YANG BISA
MENGANCAM NYAWA

KENALI DEPRESI
PADA LANSIA



RSJS MAGELANG RESMIKAN LAYANAN BARU
**ONE DAY CARE REHABILITASI
PSIKOSOSIAL & NAPZA**

PRAKTIK CLP DI ST. VINCENT'S HOSPITAL MELBOURNE

PELINDUNG :
Direktur Utama

PENASEHAT :
Direktur SDM dan Pendidikan
Direktur Medik dan Keperawatan

PENANGGUNGJAWAB:
Direktur Keuangan dan Administrasi
Umum

PEMIMPIN REDAKSI
Kepala Sub Bagian Hukor dan Humas

REDAKTUR :
dr. Ratna Dewi Pangestuti, Sp.KJ.
Barkah Sutyono, SST
Triyana, S.Kep., Ns

PENYUNTING/ EDITOR:
Herman Sayogo, SH
Imron Fauzi, SH

DESAIN GRAFIS & FOTOGRAFER:
Yanuar Sapto Nugroho, AMK
Wahyu Setyawan, Amd
Hario Hendro Baskoro

SEKRETARIAT:
Galuh Novi Wulandari, S.Sos
Reni Indraswari, SH

PEMBUAT ARTIKEL:
dr. Kornelis Ibrawansyah, M.Sc., Sp.KJ.
Ni Made Ratna Paramita, M.Psi
Purwono, S.Kep.,Ns.
Agus Heri, AMK
Siska Yunita Lisnawati, AMK

ALAMAT REDAKSI :
Sub Bag Hukor & Humas RSJS
Jl. A. Yani No. 169 Magelang
Telp. (0293) 363602, Fax. (0293)
365183
Email : admin@rsjssoerojo.co.id

DICETAK OLEH:
Citra Mandiri Utama
Jl. S. Parman (Ngaglik Lama No.72)
Semarang 50231, Telp. (024) 8316727
email : citramandiri@yahoo.co.id

Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Secara Holistik

Pelayanan Consultation Liaison Psychiatry (CLP) diberikan untuk menangani pasien dengan kondisi komorbid yaitu kondisi psikiatri dan kondisi medis yang umum. Dengan kata lain, menjembatani atau menjadi penghubung antara kondisi psikiatri (skizofrenia, personality disorder, eating disorder, delirium, demensia, dll) dan kondisi medis yang umum (seperti bedah, penyakit dalam, syaraf, dll).

Itu mengapa masalah yang dihadapi seorang psikiater C-L seringkali berbeda dengan psikiater umum, karena kesulitan yang dihadapi pasien mereka tidak sesuai dengan kategori diagnostik SDGD XPXPQ\D 6HRUDQJ 3VLNLDWHU & / KDU LQWHUDNVL DQWDUD SVLNRORJLV VRVLDO keseimbangan ketiganya memberikan kontribusi pada permasalahan yang dihadapi pasien.

Saat ini RSJ Prof. Dr Soerojo Magelang sudah mempunyai tim CLP yang terdiri dari psikiater, psikolog, dan perawat. Diharapkan dengan melibatkan pendekatan multi disiplin ilmu, pelayanan pasien dengan kondisi komorbid dapat diberikan dengan baik dan lebih komprehensif sehingga hal tersebut dapat berdampak pada perbaikan pelayanan, dapat menurunkan angka long of stay dan meningkatkan kepuasan pelanggan rumah sakit.

Dengan telah disahkannya CLP sebagai subspesialisasi psikiatri, di waktu-waktu mendatang, kita berharap pengembangan CLP sekaligus pemberdayaan Sumber Daya Kesehatan Mental Masyarakat memiliki prioritas yang sama pentingnya, demi meningkatkan kualitas hidup pasien dengan cara holistic yang sebenarnya. ***

da ar isi

- 5 KEJIWAAN**
Kenali Depresi Pada Lansia
- 10 ANAK & REMAJA**
Anak Lebih Senang Curhat dengan Teman Sebaya
- 14 NON JIWA**
LUES; IMS yang Bisa Mengancam Nyawa
- 18 KEPERAWATAN**
Menunjang Kesembuhan Pasien dengan Mindfulness Caring
- 26 PROFIL**
Kepala Instalasi SIRS RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang
- 30 WARTA**
Consultation of Liaison Psychiatry Perpendek Hari Rawat
- 32**
RSJ Magelang Resmikan Layanan Baru Rehabilitasi Psikososial One Day Care dan Napza
- 34 INFO SEHAT**
Keracunan Makanan, Gejala dan Penanganannya



LAPORAN UTAMA

Salah satu program pengembangan SDM Rumah Sakit Jiwa Magelang adalah melakukan kerjasama dengan St.Vincent's Hospital Melbourne dalam program fellowship bagi perawat pada bulan Oktober 2017 untuk empat keseminatan yaitu CLP (Heri Setiawan dan Barkah Sutiono), NAPZA (Triyana), Akut Psikiatri (Asita Novitasari) dan Psikogeriatri (Ermawati). Penulis akan menceritakan mengenai pelayanan yang diberikan di St.Vincent's Hospital Melbourne, khususnya pelayanan Consultation Liaison Psychiatry (CLP).

LAPORAN KHUSUS

RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang melaksanakan acara "Lepas Sambut" Direktur Utama pada Senin (14/5) di Gedung Aula Diklat RSJS Magelang, pukul 10.00 WIB. Acara lepas sambut ini menandai dimulainya kepemimpinan dr. Eniarti, M.SC.,Sp.KJ.,MMR., sebagai Direktur Utama RSJS Magelang yang sebelumnya dijabat oleh dr. Endang Widayawati, M.Kes.



KENALI DEPRESI PADA LANSIA

Para lansia perlu mendapat perhatian dan dukungan dari lingkungan dan keluarga agar
 GDSDW PHQJDWDVL SHUXEDKDQ \DQJ WHUMDGL VHODLQ S
 mental yang makin rentan.

S seiring bertambahnya usia, penuaan tidak
 GDSDW GLKLQGDUNDQ 6HODLQ S
 lansia juga mengalami hal – hal yang
 terkait dengan psikologis dengan adanya
 perubahan lingkungan. Diantaranya kehilangan
 pekerjaan, kehilangan teman, risiko terkena
 penyakit, dan kesepian. Hal tersebut dapat memicu
 terjadinya gangguan mental, misalnya depresi.

Depresi menurut WHO (World Health
 Organization) merupakan suatu gangguan mental
 umum yang ditandai dengan mood tertekan,

kehilangan kesenangan atau minat, perasaan
 GDSDW PHQJDWDVL SHUXEDKDQ \DQJ WHUMDGL VHODLQ S
 kehilangan kesenangan atau minat, perasaan
 atau tidur, kurang energi, dan konsentrasi yang
 rendah. Masalah ini dapat akut atau kronik dan
 menyebabkan gangguan kemampuan individu
 untuk beraktivitas sehari-hari. Pada kasus parah,
 depresi dapat menyebabkan bunuh diri. Sekitar
 80% lansia depresi yang menjalani pengobatan
 dapat sembuh sempurna dan menikmati kehidupan
 mereka, akan tetapi 90% mereka yang depresi
 mengabaikan dan menolak pengobatan gangguan
 mental tersebut.

KEJIWAAN

Beberapa faktor penyebab depresi, adalah faktor genetik, biokimia, lingkungan, dan psikologis. Pada beberapa kasus, depresi murni berasal dari faktor genetik, orang yang memiliki keluarga depresi lebih cenderung menderita depresi; riwayat keluarga gangguan bipolar, pengguna alkohol, skizofrenia, atau gangguan mental lainnya juga meningkatkan risiko terjadinya depresi. Kasus trauma, kematian orang yang dicintai, keadaan yang sulit, atau kondisi stress juga memicu terjadinya episode depresi.

Saat ini penyebab depresi yang banyak diteliti dan dijadikan dasar pengobatan adalah abnormalitas monoamin yang merupakan neurotransmitter otak. Sekitar tiga puluh neurotransmitter telah diketahui dan tiga di antaranya mempengaruhi terjadinya depresi, yaitu serotonin, norepinefrin, dan dopamin.

Secara umum ketiga neurotransmitter berperan dalam mengatur emosi, reaksi terhadap stres, tidur, dan nafsu makan. Jumlah serotonin yang tinggi menyebabkan agresivitas dan gangguan tidur, sedangkan jumlah rendah menyebabkan iritabilitas, ansietas, letargi, dan tindakan atau pemikiran bunuh diri. Pada keadaan depresi, norepinefrin yang berperan dalam regulasi respons "fight or flight". Fungsi dopamin untuk mengatur emosi, pergerakan motor, pembelajaran, berpikir, memori, dan perhatian. Jumlah dopamin rendah akan mempengaruhi fungsi tersebut yang dapat menyebabkan depresi.

Pada umumnya lansia yang mengalami depresi ditandai oleh mood depresi menetap yang tidak naik, gangguan nyata fungsi atau aktivitas sehari-hari, dan dapat berpikiran atau melakukan percobaan bunuh diri.

Pada lansia, gejala depresi lebih banyak terjadi pada orang dengan penyakit kronik, gangguan kognitif, dan disabilitas. Gangguan depresi lansia dapat menyerupai gangguan kognitif seperti demensia, sehingga dua hal tersebut perlu dibedakan (Tabel 1). Para lansia depresi sering menunjukkan keluhan perlambatan berpikir.

Perubahan pada lansia depresi dapat dalam pemikiran, perubahan dalam perasaan, dan perubahan perilaku. (Tabel 2).

Tabel 1. Perbedaan depresi dan demensia.

DEPRESI
<ul style="list-style-type: none"> • Onset tiba-tiba • Kejadian berulang • Penurunan memori minimal • Mood sedih dan depresi • Kecerdasan tidak terganggu • Pemahaman baik • Abstraksi baik • Jarang bingung • Delusi konsisten dengan afek • Halusinasi jarang, dapat auditorik • Bicara lambat • Kemunduran psikomotor • Kemunduran personalitas sementara • Daya nilai sosial sedang-baik • Tilikan (insight) sedang-baik • Prognosis baik

Tabel 2 Perubahan pada lansia depresi.

<p>3 H U X E D K D Q ú V L N</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan nafsu makan sehingga berat badan turun (lebih dari 5% dari berat badan bulan terakhir) • Gangguan tidur berupa gangguan untuk memulai tidur, tetap tertidur, atau tidur terlalu lama • Jika tidur, merasa tidak segar dan lebih buruk di pagi hari • Penurunan energi dengan perasaan lemah dan • Beberapa orang mengalami agitasi dengan kegelisahan dan bergerak terus • Nyeri, nyeri kepala, dan nyeri otot dengan penyebab • Gangguan perut, konstipasi
<p>Perubahan pemikiran</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pikiran kacau, melambat dalam berpikir, berkonsentrasi, atau sulit mengingat informasi • Sulit dan sering menghindari mengambil keputusan • Pemikiran obsesif akan terjadi bencana atau malapetaka • Preokupasi atas kegagalan atau kekurangan diri menyebabkan kehilangan kepercayaan diri • Menjadi tidak adil dalam mengambil keputusan • Hilang kontak dengan realitas, dapat menjadi halusinasi (auditorik) atau delusi • Pikiran menetap tentang kematian, bunuh diri, atau mencoba melukai diri sendiri

DEMENSIA

- Onset bertahap
- Kejadian progresif
- Penurunan memori jelas
- Mood labil, kadang depresi
- Kecerdasan sangat terganggu
- Pemahaman buruk
- Abstraksi buruk
- Sering bingung, terutama malam hari
- Delusi paranoid (tersering) menetap
- Halusinasi sewaktu-waktu (auditorik)
- Bicara kacau, inkoheren, terlambat
- Psikomotor tremor dan rigiditas
- Kemunduran personalitas menetap
- Daya nilai sosial buruk
- Tilikan (insight) buruk
- Prognosis sangat buruk

Perubahan perasaan

- Kehilangan minat dalam kegiatan yang dulu merupakan sumber kesenangan
- Penurunan minat dan kesenangan seks
- Perasaan tidak berguna, putus asa, dan perasaan bersalah yang besar
- Tidak ada perasaan
- Perasaan akan terjadi malapetaka
- Kehilangan percaya diri
- Perasaan sedih dan murung yang lebih buruk di pagi hari
- Menangis tiba-tiba, tanpa alasan jelas
- Iritabel, tidak sabar, marah, dan perasaan agresif

Perubahan perilaku

- Menarik diri dari lingkungan sosial, kerja, atau kegiatan santai
- Menghindari mengambil keputusan
- Mengabaikan kewajiban seperti pekerjaan rumah, berkebun, atau membayar tagihan
- Pengurangan perawatan diri seperti perawatan diri dan makan
- Peningkatan penggunaan alkohol atau obat-obatan

KRITERIA DIAGNOSIS

Menurut PPDGJ-III (Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia), DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual), dan ICD-10 (International Classification of Diseases) individu depresi sering mengalami suasana perasaan (mood) depresif, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi, mudah lelah, dan berkurangnya aktivitas.

dan diagnosis gangguan depresi pada lansia berdasarkan diagnosis depresi pada populasi umum dan lebih difokuskan pada kriteria yang sesuai dengan populasi lansia (Tabel 3).

Gangguan depresi sering terdapat pada lansia dengan penyakit medis atau neurologis. Komorbiditas ini perlu mendapat perhatian karena depresi akan memperburuk morbiditas dan meningkatkan mortalitas.

Pada Tabel 4, tercantum beberapa kondisi medis yang berkaitan dengan mood depresi.

Gejala depresi sering bersamaan dengan penurunan kognitif dan demensia, selain itu depresi mayor dan gangguan kognitif pada lansia dapat berkembang menjadi demensia dalam beberapa tahun setelah onset depresi. Hal tersebut dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit Alzheimer (Tabel 5). Prevalensi depresi mayor pada penderita penyakit Alzheimer sekitar 17%.

PENGOBATAN

Tata laksana depresi pada lansia dipengaruhi tingkat keparahan dan kepribadian masing-masing. Pada depresi ringan dan sedang, psikoterapi merupakan tata laksana yang sering dilakukan dan berhasil. Akan tetapi, pada kasus tertentu atau pada depresi berat, psikoterapi saja tidak cukup, diperlukan farmakoterapi.

Banyak orang membutuhkan dukungan dari orang-orang terdekat terutama keluarga dan teman, keikutsertaan dalam kegiatan kelompok, atau berkonsultasi dengan tenaga profesional untuk mengatasi depresi. Selain itu, mengatasi masalah terisolasi ketika berada di rumah lanjut merupakan salah satu bagian penting dalam penyembuhan dan dapat mencegah episode kekambuhan penyakit.

Banyak penelitian menunjukkan bahwa aktif dalam kegiatan kelompok di lingkungan merupakan bagian penting dalam kesehatan dan dapat meningkatkan kualitas hidup.

Gangguan depresi mayor

- Harus terdapat lima dari gejala berikut, yaitu mood depresi, kehilangan minat, kehilangan kesenangan dalam semua atau sebagian besar kegiatan, berat badan berkurang atau bertambah (lebih dari 5%), insomnia atau hipersomnia, retardasi atau agitasi psikomotor, lelah, perasaan tidak berharga atau bersalah yang tidak jelas, penurunan kemampuan berkonsentrasi, pemikiran kematian atau bunuh diri yang berulang
- Harus terdapat satu dari gejala utama, yaitu mood depresi atau kehilangan minat atau kehilangan kesenangan
- Gejala tersebut setidaknya terjadi selama dua minggu, yang menyebabkan gangguan fungsi, dan tidak merupakan pengaruh penggunaan zat, kondisi medis, atau kehilangan (kematian)

Gangguan depresi minor

- Harus terdapat dua gejala, namun kurang dari lima gejala gangguan depresi mayor
- Gejala tersebut setidaknya terjadi selama dua minggu, yang menyebabkan gangguan fungsi, dan tidak merupakan pengaruh dari penggunaan zat, kondisi medis, atau kehilangan (kematian)
- Diagnosis ini hanya untuk penderita tanpa riwayat gangguan depresi mayor, distimik, bipolar, atau psikotik

Gangguan distimik

- Mood sedih yang menetap yang terdapat dua atau lebih gejala seperti peningkatan atau penurunan nafsu makan, peningkatan atau penurunan tidur, lelah atau kehilangan energi, penurunan kepercayaan diri, penurunan konsentrasi atau kesulitan memutuskan sesuatu, dan perasaan tidak ada harapan.
- Mood sedih dan dua gejala tersebut tidak hilang selama dua bulan atau lebih dalam dua tahun
- Tidak ada episode depresi mayor selama dua tahun pertama

Gangguan bipolar 1 (paling banyak episode depresi)

- Terdapat kriteria gangguan depresi mayor dan terdapat riwayat setidaknya satu kali episode manik

Gangguan penyesuaian dengan mood depresi

- Terdapat mood depresi, rasa takut, atau tidak ada harapan dalam tiga bulan setelah ada stresor
- Gejala tersebut menimbulkan gangguan atau disabilitas berat dan akan menghilang dalam enam bulan setelah hilangnya stresor
- Kehilangan (kematian) tidak dimasukkan sebagai stresor dalam gangguan penyesuaian

Tabel 4. Kondisi medis yang dapat menyebabkan depresi

- Infeksi virus
- Endokrinopati – hipotiroid, hipertiroid, hipoparatiroid, hiperparatiroid, hipoadrenokortikoid, hiperadrenokortikoid
- Penyakit maligna – leukemia, limfoma, kanker pankreas
- Penyakit serebrovaskular – infark lakunar, stroke, demensia vaskular
- Infark miokard

à 3HQ\DNLW PHWDEROLN Ö GHúVLHQVL % PDOQXWULVL

Pada umumnya, tata laksana terapi hanya menggunakan obat antidepresan, tanpa merujuk pasien untuk psikoterapi, tetapi obat hanya mengurangi gejala, dan tidak menyembuhkan. Antidepresan bekerja dengan cara menormalkan neurotransmitter di otak yang memengaruhi mood, seperti serotonin, norepinefrin, dan dopamin.

Selain farmakoterapi dengan obat antidepresan, psikoterapi (talk therapy) memiliki peranan penting dalam mengobati berbagai jenis depresi. Psikoterapi dilakukan oleh psikiater, psikolog terlatih, pekerja sosial, atau konselor. Pendekatan psikoterapi dibagi dua, yaitu cognitive-behavioral therapy (CBT) dan interpersonal

Tabel 5. Kriteria diagnosis depresi pada penderita penyakit Alzheimer.

- Gejala depresi yang jelas secara klinis
- Terdapat tiga atau lebih gejala depresi selama dua minggu dengan terjadi perubahan fungsi dari sebelumnya
- Harus terdapat satu gejala berikut, yaitu mood depresi atau penurunan afek positif atau penurunan kesenangan
- Gejala lain berupa gambaran klinis depresi (tertekan, sedih, tidak ada harapan, tidak bersemangat, dan menangis), penurunan afek positif atau kesenangan dalam lingkungan sosial dan aktivitas sehari-hari, penarikan diri atau isolasi dari lingkungan sosial, gangguan nafsu makan, gangguan tidur, agitasi atau retardasi psikomotor, iritabilitas, lelah atau kehilangan energi, perasaan tidak berharga atau tidak ada harapan, perasaan bersalah yang berlebihan atau tidak tepat, pemikiran kematian atau ide atau rencana atau percobaan bunuh diri yang berulang
- Gejala yang tidak termasuk dalam gejala demensia seperti kehilangan berat badan karena sulit makan.
- Depresi tidak merupakan bagian dari depresi idiopatik, gangguan mental lain, kondisi medis, atau pengaruh penggunaan obat



therapy. CBT terfokus pada cara baru berpikir untuk mengubah perilaku, terapis membantu penderita mengubah pola negatif atau pola tidak produktif yang mungkin berperan dalam terjadinya depresi. Interpersonal therapy membantu penderita mengerti dan dapat menghadapi keadaan dan hubungan sulit yang mungkin berperan menyebabkan depresi.

Banyak penderita mendapat manfaat psikoterapi untuk membantu mengerti dan memahami cara menangani faktor penyebab depresi, terutama pada depresi ringan; jika depresi berat, psikoterapi saja tidak cukup, karena akan menimbulkan depresi berulang.

Oleh karena itu para lansia perlu mendapat perhatian dan

dukungan dari lingkungan dan keluarga agar dapat mengatasi perubahan yang terjadi, selain SHUXEDKDQ NHDGDDQ úVLN keadaan mental yang makin rentan.

Diagnosis terlambat dan pengobatan yang tidak tepat menghambat hasil pengobatan yang maksimal. *** (dari berbagai sumber)

ANAK LEBIH SENANG CURHAT DENGAN TEMAN SEBAYA

Mommy Lia, seorang ibu rumah tangga, merasa gelisah karena putrinya yang berusia sepuluh tahun akhir-akhir ini cenderung tertutup dan sulit diajak komunikasi. Namun, di keseharian putrinya bisa berlama-lama bercerita dengan teman satu ganknya dibandingkan dengan dirinya. Berbeda dengan Bunda Lilis yang notabene ibu bekerja, sepertinya tidak mengalami kesulitan dengan kedua buah hatinya, berusia empat tahun dan lima belas tahun. Hampir setiap kejadian yang dialami anak-anaknya selalu diceritakan ke Bunda Lilis. Menilik situasi diatas, sesungguhnya seberapa jauh sih pentingnya curhat bagi anak? Tentunya hal itu sangat relatif bagi tiap keluarga.

Dari sejumlah fakta di media dan penelitian menyebutkan ternyata anak-anak yang perilakunya bermasalah memiliki riwayat hubungan kesenjangan dengan orang

tua. Kesenjangan ini biasanya jarang berkomunikasi atau curhat kepada orang tua. Padahal dengan curhat atau sharing (berbagi) cerita positif dan negatif, bahkan sesekali muncul perdebatan antara orang tua dan anak merupakan proses bertumbuhnya adaptasi komunikasi orang tua dan anak sepanjang masa hidup. Kesenjangan komunikasi tidak akan terjadi apabila orang tua tidak membiasakan tradisi curhat dalam kesehariannya. Melalui curhat sesungguhnya orang tua mengetahui permasalahan yang dihadapi anak dan bisa memberikan pengarahan sehingga terjadi dialog. Melalui curhat pula, orang tua berkesempatan untuk mendidik anak melalui story telling, yaitu salah satunya dengan menceritakan pengalaman dirinya selama bertumbuh dari masa anak hingga saat ini melalui penanaman nilai-nilai kehidupan. Oleh karenanya curhat akan menumbuhkan konsep diri

anak secara positif atau rasa hormat pada dirinya sendiri, yang nantinya akan membantu anak mampu menyelesaikan masalah, terutama berani mengambil keputusan dengan mempertimbangkan banyak aspek dalam tiap sisi kehidupannya.

Selama proses menjalin komunikasi dengan anak, kita perlu memahami tugas perkembangan psikososial anak menurut usia mereka, agar dapat segera waspada jika anak jauh lebih nyaman menceritakan masalah penting pada teman dibandingkan kepada orang tua. Menurut Eric Eriksonada, delapan tahap tugas perkembangan yang dihadapi oleh individu, yang mana setiap tahap perkembangan tersebut dihadapi individu dengan krisis. Bagi Erikson, setiap krisis bukan bencana melainkan titik balik peningkatan kerentanan dan peningkatan potensi. Semakin berhasil individu mengatasi setiap krisis, akan lebih sehat individu secara psikologis karena



setiap tahap memiliki kedua sisi positif dan negatif. Adapun tahap-tahap perkembangan tersebut yaitu :

1. Tahap “Kepercayaan vs Ketidakpercayaan”

Tahap ini merupakan tahap psikososial pertama Erikson. Hal ini terjadi pada tahun pertama kehidupan. Perkembangan kepercayaan membutuhkan pemeliharaan yang penuh pengasuhan dan kehangatan. Hasil positifnya adalah perasaan nyaman dan minim rasa takut. Ketidakpercayaan terjadi ketika bayi diperlakukan terlalu negatif dan diabaikan.

2. Tahap “Otonomi vs Malu dan Ragu”

Tahap ini merupakan tahap psikososial ke dua Erikson. Hal ini terjadi pada akhir masa bayi dan balita. Setelah memperoleh kepercayaan pengasuh mereka, bayi mulai menemukan bahwa perilaku mereka adalah mereka sendiri. Mereka menyatakan

kemerdekaan mereka dan menyadari kemauan mereka. Jika bayi terlalu banyak dibatasi atau dihukum terlalu keras, mereka akan mengembangkan rasa malu dan keragumannya.

3. Tahap “Inisiatif vs Rasa Bersalah”

Tahap ini merupakan tahap psikososial ke tiga Erikson. Hal ini sesuai dengan masa anak usia dini, sekitar usia sampai 5 tahun. Ketika anak – anak mengalami dunia sosial yang melebar, mereka ditantang lebih dari mereka sebagai bayi. Untuk mengatasi tantangan ini, mereka harus terlibat secara aktif, perilakunya yang memiliki tujuan yang melibatkan inisiatif. Anak – anak akan mengembangkan perasaan bersalah yang tidak nyaman jika mereka melihat diri mereka sebagai tidak bertanggung jawab atau dibuat merasa terlalu cemas.

4. Tahap “Industri dan Inferioritas”

Tahap ini merupakan tahap psikososial ke empat Erikson. Hal ini sesuai kira- kira dengan masa sekolah dasar, dari usia 6 tahun hingga pubertas atau remaja awal. Ketika mereka pindah ke tahun sekolah dasar, anak mengarahkan energi mereka terhadap pengetahuan dan menguasai keterampilan intelektual. Bahayanya di tahun-tahun sekolah dasar adalah berkembangnya rasa rendah diri, tidak produktif, dan perasaan ketidakmampuan.

5. Tahap “Identitas vs Kebingungan Identitas”

Tahap ini merupakan tahap psikososial ke lima Erikson. Hal ini sesuai dengan masa remaja. Remaja mencoba untuk mencari tahu siapa mereka, mengenai tentang apa mereka semua, dan di mana mereka akan hidup. Mereka dihadapkan dengan banyak peran baru dan status dewasa (seperti kejuruan dan romatis). Remaja perlu diizinkan untuk mengeksplorasi jalan yang berbeda untuk mencapai



identitas yang sehat. Jika mereka tidak cukup mengeksplorasi peran yang berbeda dan gagal untuk mengukir jalan yang positif di masa depan, mereka akan tetap bingung mengenai identitas mereka.

6. Tahap “Keintiman vs Isolasi”

Tahap ini merupakan tahap psikososial ke enam Erikson. Hal ini sesuai dengan masa dewasa awal, duapuluhan dan tigapuluhan. Tugas perkembangan adalah untuk membentuk hubungan positif yang erat dengan orang lain. Hal yang bahaya dalam tahap

ini adalah bahwa seseorang akan gagal untuk membentuk hubungan intim dengan pasangan romantis atau teman dan menjadi terisolasi secara sosial.

7. Tahap “Pembangkitan vs Stagnasi”

Tahap ini merupakan tahap psikososial ke tujuh Erikson. Hal ini sesuai dengan masa dewasa pertengahan, empat puluhan, dan lima puluhan. Pembangkitan berarti menransmisi sesuatu yang positif kepada generasi berikutnya. Hal ini dapat melibatkan peran seperti

pengasuhan dan pengajaran di mana orang dewasa membantu generasi berikutnya dalam mengembangkan hidup yang bermanfaat. Erikson menggambarkan stagnasi sebagai perasaan yang telah tidak melakukan apa-apa lagi untuk membantu generasi berikutnya.

8. Tahap “Integritas vs Putus Asa”.

Tahap ini merupakan tahap ke delapan atau tahap yang terakhir dari teori psikososial Erikson. Hal ini sesuai dengan masa dewasa akhir, tahun

enam puluhan sampai mati. Orang dewasa cenderung untuk meninjau kehidupan mereka, mencerminkan pada apa yang telah mereka lakukan. Jika evaluasi retrospektif positif, mereka mengembangkan rasa integritas. Artinya, mereka melihat hidup mereka sebagai hidup yang terintegrasi secara positif dan layak. Sebaliknya, orang dewasa menjadi putus asa jika melihat ke belakang mereka, terutama mengenai hal negatif.

yang tepat bagi orang tua dalam proses berkomunikasi dengan anak. “Tri Semboyan” tersebut yaitu :

- a. Ing Ngarso Sung Tulodho Artinya, jika orang tua berada di depan harus menjadi suri teladan kepada anak dan anggota keluarganya. Misalnya kita menyuruh anak tidak memotong pembicaraan kita, namun setiap kita

- b. Ing Madya Mangun Karso Artinya, orang tua berada di antara anak-anaknya memberi semangat, dorongan, agar selalu maju mencapai cita-citanya, jangan sampai patah semangat, putus asa, pasif, dan sebagainya. Misalnya dengan memahami karakter anak yang pendiam, kebanyakan sulit untuk curhat, tentunya disini peran orang tua memberikan rasa aman sambil mendorong dan mendampingi agar anak mampu mengungkapkan apa yang dirasakannya, mulai dari hal-hal kecil terlebih dahulu dalam keseharian anak atau dengan storytelling melalui buku cerita untuk memancing curhatan anak.

- c. Tut Wuri Handayani. Artinya, orang tua tetap mengawasi dari belakang jika anak sedang melakukan tugas dan kewajiban dan mengarahkan serta menuntun ke arah yang benar.

Dalam proses komunikasi dengan anak, orang tua perlu melihat, mengerti, memahami karakter kepribadian anak sehingga dapat melakukan pendekatan yang tepat dalam proses interaksinya. Hal ini menuntut orang tua untuk menjadi pembelajar sepanjang rentang masa pengasuhan terhadap anak, agar bisa menjalin kedekatan dengan percaya bahwa anak dapat curhat dengan aman bersama orang tua. ***

(disarikan dari berbagai sumber oleh Ni Made Ratna Paramita, M.Psi - Psikolog).

TAHAPAN PERKEMBANGAN	PERIODE PERKEMBANGAN
Integritas vs Putus Asa	Masa dewasa akhir (usia 60-an dan seterusnya)
Pembangkitan vs Stagnasi	Dewasa tengah (usia antara 40-an atau usia 50-an)
Keintiman vs Isolasi	Awal dewasa (usia 20-an atau usia 30-an)
Identitas vs Kebingungan	Masa remaja (usia 10 tahun hingga 20 tahun)
Industri vs Inferioritas	Tengah dan akhir masa kanak-kanak (masa SD, 6 tahun hingga pubertas)
Inisiatif vs Rasa Bersalah	Anak usia dini (usia pra sekolah sekitar 3 hingga 5 tahun)
Otonomi vs Malu dan Ragu	Masa bayi (1 tahun hingga 3 tahun)
Kepercayaan vs Ketidakpercayaan	Tahun pertama masa bayi

Jika orang tua dapat hadir berada di samping anak dengan cara meluangkan sedikit waktu dan untuk “mendengarkan” curhatan anak setiap melewati masa krisis, membuat anak akan bisa memberikan rasa percaya bahwa orang tua dapat menjadi sandaran sebagai tempat aman dan pelindung terbaik dalam setiap masalah yang dihadapinya.) L O R V R ú G D U L . L + D M D U m e n z D a n W a D U D sekiranya wajib menjadi hal

berkomunikasi dengan anak, kita tidak memberikan kesempatan berpendapat, dan setiap anak belum selesai bercerita, kita sudah memberikan ceramah panjang lebar kepadanya. Hal ini jelas akan membuat mereka enggan curhat, dan bisa jadi menganggap kita sebagai orang tua yang

LUE

IMS Yang Bisa Mengancam Nyawa

L8(6 VLúOLV PHUXSDNDQ SHQ\DNL Waktu yang melatar belakangi menular seksual (IMS) yang menyebar cukup peningkatan prevalensi penyakit ini antara lain mengkhawatirkan di Indonesia. Penyakit VLúOLV WLGDN ELVD GLDEDLN pemakaian obat-obat terlarang, prostitusi, AIDS dan berhubungan seks pertama kali pada usia muda.

penyakit berat yang bila tidak terawat dapat menyerang hampir semua alat tubuh, seperti kerusakan sistem saraf, jantung, tulang, dan otak. <DQJ SHUOX GLNHWDKXL EDNWHU tidak bisa bertahan lama di luar tubuh manusia, dan 6HODLQ LWX ZDQLWD KDPLO \DQJ penyakit ini tidak dapat ditularkan lewat air liur. PHPDNDL WRLOHW \DQJ VDPD GHQJDD juga menularkan penyakitnya ke janin sehingga PHQ\HEDENDQ VLúOLV FRQJHQLWD berbagi peralatan makan yang sama, memakai pakaian yang sama, berbagi kolam renang atau pun kamar mandi yang sama.

,QIHNVL VLúOLV GLVHEDENDQ Treponema pallidum, sangat kronis dan bersifat sistemik. Pada perjalanannya dapat menyerang hampir semua alat tubuh, dapat menyerupai banyak penyakit, mempunyai masa laten, dan dapat ditularkan dari satu orang ke orang yang lain melalui hubungan genito-genital (kelamin-kelamin) maupun oro-genital (seks oral). Infeksi ini juga dapat ditularkan oleh seorang ibu kepada bayinya selama masa kehamilan. Selain itu, berbagi jarum juga bisa menularkan infeksi penyakit ini, baik pada pengguna narkoba suntik maupun pada penyuka seni merajah tubuh, misalnya tato dan menindik telinga.

Gejala

3HQGHULWD VLúOLV ELVD GHQJDDQ penyakit ini karena banyak di antara mereka yang hanya mengalami gejala-gejala ringan sehingga tidak sadar telah terinfeksi. Stadium awal VLúOLV MDUDQJ VHNDOL PHQLPEXOND disabilitas yang serius, sedangkan stadium lanjut VLúOLV PHPSHUSHQGHN XPXU PHQXU GDQ PHQXUXQNDQ SURGXNWLYLWDV C NHUMD 0HUHND \DQJ WHULQIHNVL VL yang sama juga terkena infeksi HIV cenderung DNDQ PHQGHULWD VLúOLV VXVXQDDQ V oleh karena itu setiap saat ada penderita HIV



dengan gejala terserangnya SSP harus dipikirkan kemungkinan yang bersangkutan menderita QHXURVLÚOLV QHXUROXH V

, QIHNVL VLÚOLV WHUEDJL PHQMDGL HPSDW WDKDSDQ
utama:

- 1) 6LÚOLV 3ULPH Gejala yang paling umum adalah munculnya luka (tukak), namun tidak menimbulkan rasa sakit. Karena itu sering tidak diacuhkan. Luka ini muncul 10-90 hari setelah bakteri masuk ke dalam tubuh. Luka ini berkembang pada bagian tubuh di mana bakteri pertama kali masuk, seperti pada penis, vagina, atau sekitar anus. Atau di bibir atau mulut, amandel, dan jari. Bisa juga ditandai dengan pembengkakan kelenjar di bagian leher, ketiak, atau pangkal paha. Pemulihan luka memakan waktu sekitar tiga hingga enam PLQJJX 6LÚOLV DNDQ EHUDOLK N HPSDW WDKDSDQ tidak ditangani sejak awal.

- 2) 6LÚOLV 6HNXQG HPSDW WDKDSDQ P , , VHWHODK OXND PHQJKLODQJ JHMDOD VLÚOLV VHNXQGHU akan muncul. Ruam bisa muncul di bagian tubuh mana pun, terutama pada telapak tangan dan kaki. Gejala lainnya adalah kutil pada kelamin. Khusus pada wanita, kutil bisa muncul di sekitar vagina. Sedangkan kemunculan kutil di sekitar anus bisa dialami pria dan wanita. *HMDOD \DQJ PLULS VHSHUWL SHQ\DNLW ùX MXJD bisa muncul. Penderita akan mengalami rasa

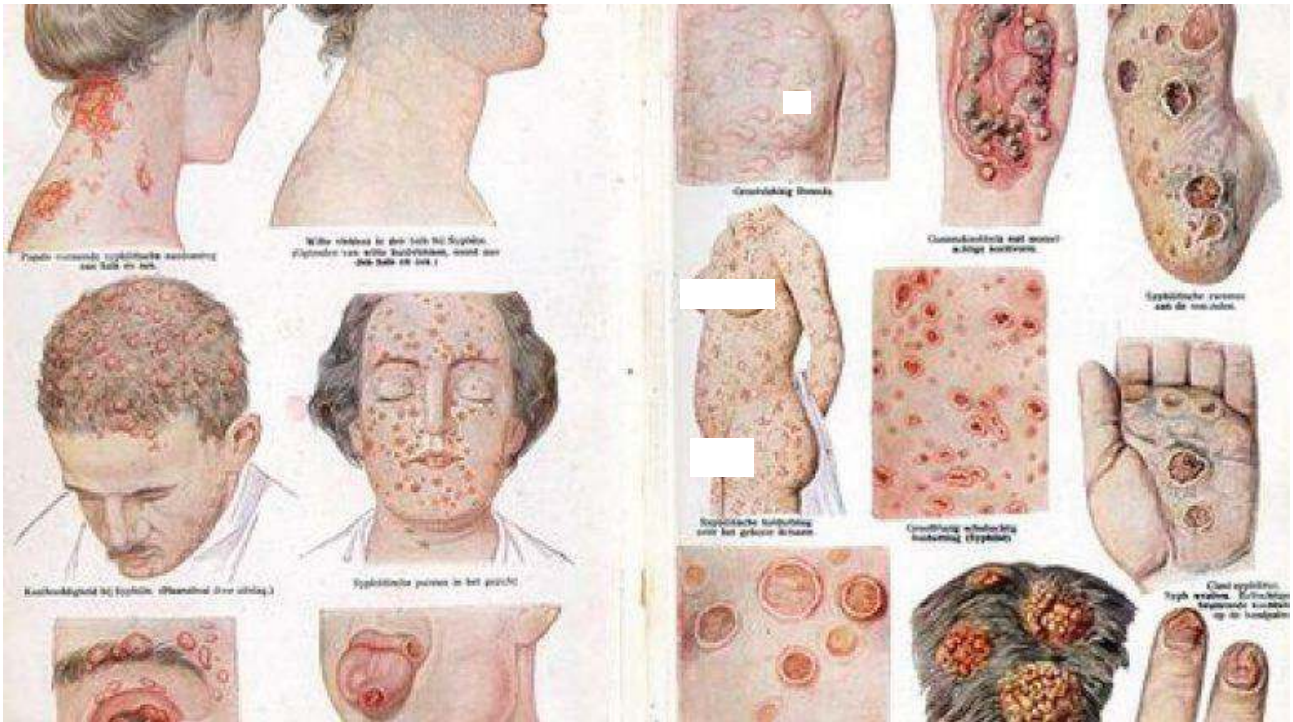
lelah, sakit kepala, nyeri pada persendian, serta demam, hingga penurunan berat badan dan kerontokan rambut. Kelenjar limfa juga mengalami pembengkakan.

Gejala-gejala ini akan berlangsung selama beberapa minggu, serta bisa muncul dan menghilang secara berulang kali selama

EHEHUDSD EXODQ NH GHSDQ -LND V tidak ditangani dengan tepat, infeksi akan berlanjut ke tahap berikutnya.

- 3) 6LÚOLV /DWHQ; PSHWHODK P , , , EDNWHUL WHWDS DGD WDSL VLÚOLV gejala apa pun. Selama 12 bulan pertama WDKDSDQ VLÚOLV ODWHQ LQIHNVL P ditularkan. Setelah dua tahun, infeksi masih ada di dalam tubuh, tapi tidak bisa ditularkan kepada orang lain lagi. Tahapan ini bisa berlangsung selama 12 bulan atau lebih. GLWDQJDQL GHQJDQ EHQDU VLÚOLV EHUXEDK PHQMDGL VLÚOLV WHUVLHU paling berbahaya).
- 4) 6LÚOLV 7HUVLWU SHUVHQ SHQGHU yang tidak diobati akan mengalami tahapan WHUVLHU *HMDOD VLÚOLV WHUVLHU tahun setelah infeksi pertama menulari tubuh. %DJLDQ WXEXK GL PDQD EDNWHUL V masuk mempengaruhi gejala yang dialami. 3DGD WDKDS LQL VLÚOLV ELVD VDQJ

NON JIWA



EDKNDQ PHQ\HEDENDQ NHPDWLDQ LDJQRVLW WLHOLVHU

bisa berdampak pada mata, otak, jantung, pembuluh darah, hati, tulang, dan sendi-sendi. Sehingga penderita bisa mengalami kebutaan, stroke, atau penyakit jantung.

x 6 Lú OLV . R W a r i t a Q u y S e d a n g
KD PLO GDQ PH QGHULWD V
menularkan infeksi pada janinnya. Risiko
bisa dikurangi jika wanita tersebut diobati
sebelum kehamilan mencapai empat
bulan. Jika tidak diobati, bisa terjadi
NRPSOLNDVL ED\ L ODKLU
lahir prematur, keguguran, kelahiran mati
atau bayi mati dalam kandungan, kematian
bayi tidak lama setelah dilahirkan.

Untuk bayi bayi yang lahir dengan NRQJHQLWDO VLúOLV GDODP biasanya tidak memiliki gejala apa pun, tapi ada kemungkinan muncul ruam pada telapak tangan dan telapak kaki. Selain itu, pada anak yang lahir dengan VLúOLV PXQJNLQ PHQJDODPL pendengaran, batang hidung yang rata, deformasi gigi, tuli, dan pertumbuhan tulang yang abnormal.

- LND VLúOLV GLWDQJDQL GDQ GLR komplikasi berbahaya bisa dihindari. Peluang untuk sembuh sepenuhnya juga semakin besar. Segera periksa ke dokter. Anda akan ditanya seputar gejala yang Anda alami sebelum melakukan pemeriksaan QILM. ~~NE~~ LWDFDUD NHVHOXUXKDQ WHUXW di sekitar alat kelamin dan anus, ruam dan kulit tumbuh pada mulut dan tenggorokan. Selain itu, dokter mungkin akan menyarankan untuk melakukan beberapa tes, diantaranya:

7HV GDUDK memastikan keberadaan
 LQIHNVL VLúOLV GL GDODP WXEXK
 VDWX WHV GDUDK \DQJ VSHVLúN X
 bakteri *Treponema pallidum* adalah
 Treponemal Antibody Test. Orang dengan hasil
 N H B G D P s i t i k h a p r s pasti akan terdiagnosa
 PHQGHULWD VLúOLV 1DPXQ WHV
 memberikan hasil positif bertahun-tahun
 VHWHODK VLúOLV GLREDWL 0DND
 menentukan apakah seseorang menderita
 P D W L I O D K SDGD VDDW LQL DWDX SDG
 diperlukan pemeriksaan tambahan yang
 disebut RPR (Rapid Plasma Reagin). Orang yang
 VHGDQJ PHQGHULWD VLúOLV DNDQ



hasil Treponemal Antibody Test positif disertai RPR positif.

- x Pemeriksaan cairan O XND DWDIX W XND N terdapat luka, dokter akan mengambil sedikit cairan dari luka sebagai sampel untuk dianalisis di laboratorium. Tes ini hanya bisa dilakukan XQWXN VLúOLV SULPHU DWDX V terdapat luka atau tukak. Sampel cairan bisa menunjukkan apakah ada bakteri yang PHQ\HEDENDQ VLúOLV

.RPSOLNDVL \$NLEDW 6LúOLV

6LúOLV ELVD PHQLPEXONDQ VHM jika dibiarkan tanpa penanganan, dan meningkatkan risiko penyakit lainnya, seperti:

- x Gangguan saraf, seperti stroke, meningitis, kehilangan pendengaran, gangguan penglihatan, impotensi, dan gangguan kandung kemih.
- x Gangguan jantung, seperti pembengkakan aorta, aneurisma, gangguan pembuluh darah, dan kerusakan katup jantung.

- x Gangguan kehamilan dan janin. Ibu hamil yang PHQGHULWD VLúOLV ELVD PHQXODUN kepada bayi yang ada di dalam kandungan.

- x Benjolan kecil atau guma. Kondisi ini bisa muncul pada kulit, tulang, dan hati atau organ lainnya.

3HQJREDWDQ 6LúOLV

8PXPQ\ D SHQJREDWDQ VLúOLV GHQJ menggunakan antibiotik berupa suntikan penisilin (atau jenis antibiotik lain yang juga bisa membunuh EDNWHUL SHQ\HEDE VLúOLV MLND SDVL penisilin).

Pada masa awal pengobatan antibiotik dimulai, EHEHUDSD SHQGHULWD VLúOLV ELVD PH Jarisch-Herxheimer, akibat tersebarnya racun dari sel-sel bakteri yang dibunuh oleh obat antibiotik. Gejalanya berupa demam, sakit kepala, dan nyeri pada otot atau persendian. Biasanya tidak berlangsung lama. Namun jika gejala memburuk, segera hubungi dokter. Penderita yang sedang dalam masa pengobatan harus menghindari hubungan seksual hingga infeksi dipastikan sudah sembuh total.

Setelah menyelesaikan pengobatan antibiotik, pasien akan diminta menjalani tes darah untuk memastikan bahwa infeksi telah sembuh total. Namun harus tetap waspada karena masih bisa WHULQIHNVL VLúOLV NHPEDOL PHVNL V dan sembuh. HNXQGHU \DLWX NHWLND

3HQFHJDKDQ 6LúOLV

Penggunaan kondom bisa dilakukan sebagai langkah pengamanan alternatif dalam upaya PHQJXUDQJL ULVLNR SHQXODUDQ VLúOLV kontrasepsi ini terbatas dalam mencegah penularan. Jadi, setia dengan pasangan merupakan cara paling ampuh untuk mencegah infeksi ini. Selain itu, hindari penggunaan jarum suntik yang tidak steril dan transfusi darah yang sudah terinfeksi.

Pencegahan secara luas, masyarakat juga perlu dididik tentang cara-cara umum menjaga kesehatan, memberikan petunjuk tentang kesehatan dan hubungan seks yang sehat, menjelaskan manfaat tentang menunda aktivitas seksual sampai pada usia matang secara seksual, dan pentingnya perkawinan monogami. *** (dari berbagai sumber)



Menunjang Kesembuhan Pasien Dengan **Mindfulness Caring**

Mengingat besarnya peran perawat dalam proses penyembuhan pasien, maka perawat harus menumbuhkembangkan sifat dan sikap yang dapat membantu meringankan dan mengurangi penderitaan pasien, diantaranya dengan mindfulness caring.

Salah satu sumber daya manusia di rumah sakit yang sangat menentukan kualitas pelayanan kesehatan adalah tenaga keperawatan. Tenaga keperawatan melayani pasien sesuai dengan keyakinan profesi dan standar yang ditetapkan agar pelayanan yang diberikan senantiasa aman serta dapat

memenuhi kebutuhan dan harapan pasien (Nurachmah, 2008).

Namun, kadang masih kita dengar keluhan masyarakat tentang sikap perawat yang terkesan kurang berempati terhadap pasien. Meskipun sejatinya tenaga keperawatan telah dibekali dengan kurikulum pendidikan keperawatan yang



penting sebab setiap hal yang telah dilakukan akan berdampak pada perawat sendiri maupun bagi pasien. Dengan kata lain, jika ingin menolong orang lain maka kita harus merasa bahagia lebih dulu. Rasa bahagia itulah yang akan memberi dampak pada out come sikap empati yang langsung bisa dirasakan oleh pasien.

Mengingat besarnya peran perawat dalam proses penyembuhan pasien, maka perawat harus menumbuhkembangkan sifat-sifat dan sikap-sikap yang dapat membantu pasien meringankan dan mengurangi penderitaannya (Gunarsa & Gunarsa, 1989).

Hal yang sama menurut Nurachmah (2008) bahwa dalam mewujudkan asuhan keperawatan bermutu diperlukan beberapa komponen yang harus dilaksanakan oleh tim keperawatan yaitu: (1) Terlihat sikap peduli (caring) kepada pasien; (2) Adanya hubungan terapeutik antara perawat klien; (3) Kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain; (4) Kemampuan memenuhi kebutuhan klien; (5) Kegiatan jaminan mutu (quality assurance).

Selain itu, kemampuan untuk memberikan respon empatik sangat diperlukan dan harus dikuasai oleh petugas yang terlibat dalam pelayanan kesehatan karena merupakan kemampuan yang mendahului timbulnya perilaku prososial (Hemmerdinger, dkk., 2007; Beddoe & Murphy, 2004; Planalp, 1999).

Empati memiliki beberapa fungsi yang dapat membantu seseorang dalam bersosialisasi, berinteraksi, berkomunikasi dan bersikap di lingkungan masyarakat. Empati merupakan

salah satu faktor yang mendorong seseorang menolong orang lain. Seseorang yang mampu berempati akan lebih mudah merasakan apa yang dirasakan dan apa yang dialami oleh orang lain, baik itu sesuatu yang menyenangkan atau tidak menyenangkan.

Halpern (2007) menjelaskan bahwa kemampuan empati pada petugas kesehatan dapat ditingkatkan dengan latihan meditasi, berbagi (sharing), menuliskan pengalaman, P H P E D F D G D Q P H Q R Q W R Q ú O yang berhubungan dengan empati.

Salah satu bentuk meditasi adalah pemusatan perhatian, pada setiap peristiwa dari seluruh pengalaman hidup, tanpa mempedulikan apakah pengalaman tersebut hebat atau hanya biasa-biasa saja. Pelatihan pemusatan perhatian merupakan suatu metode meditasi yang dapat meningkatkan empati dan terdiri dari kombinasi dimensi afektif, kognitif, moral, intrapersonal dan interpersonal (Beddoe S Murphy, 2004; Allen & Knight, 2005). Ini sangat bermanfaat bagi pemberi pelayanan kesehatan untuk lebih memahami pasien dan memudahkan hubungan serta komunikasi dalam situasi medis yang serba kompleks dan sulit (Connely, 2005).

Germer (2005) menyebutkan ada tiga komponen utama dalam pemusatan perhatian (mindfulness), yaitu kesadaran (awareness), pengalaman saat ini (present experience) dan penerimaan (acceptance).

Proses pemusatan perhatian (mindfulness) memiliki kriteria yang harus dipenuhi, diantaranya: (a) Nonkonseptual, merupakan kesadaran tanpa

sangat memadai, ada faktor yang menyebabkan seorang perawat kehilangan rasa empati dalam merawat pasien antara lain kondisi pekerjaan yang penuh tekanan akan mengakibatkan berkurangnya perhatian seorang perawat kepada pasien, tidak menyadari kebutuhan pasien dan terperangkap pada interaksi perawat-pasien yang bersifat rutin (Connelly, 2005).

Padahal sikap empati seorang perawat sangat penting untuk menunjang kesembuhan pasien. Sikap empati tidak lepas dari mindfulness caring atau kesadaran diri terhadap apa yang terjadi dan upaya yang harus dilakukan. Sikap itu sangat



proses pemikiran; (b) Fokus pada peristiwa sekarang; (c) Tanpa penilaian (non-judgemental); (d) Dilakukan dengan sengaja (intentional); (e) Observasi partisipan; (f) Nonverbal; (g) Membebaskan (liberating) (Germer, 2005).

Efektivitas dalam mengatasi berbagai masalah psikologis

Pemusatan perhatian (mindfulness) telah banyak digunakan dan terbukti efektivitasnya dalam mengatasi berbagai masalah psikologis. Sebagai contoh, Helen & Teasdale (2004) yang meneliti efektivitas Terapi Kognitif Berbasis Pemusatan Perhatian atau Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) dalam mencegah terjadinya kekambuhan pada 75 pasien depresi berulang yang sedang menjalani pengobatan anti depresan dan sedang mengalami proses remisi.

Singh, dkk. (2007) meneliti efek Pelatihan Pemusatan Perhatian (Mindfulness Training) terhadap tiga orang remaja penderita gangguan perilaku (conduct disorder) dan hampir

dikeluarkan dari sekolah. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa Pelatihan Pemusatan Perhatian (Mindfulness Training) dapat menurunkan perilaku agresif dan mengganggu pada remaja penderita gangguan perilaku.

Pemusatan perhatian (mindfulness) juga dapat menurunkan kecemasan, seperti pada penelitian Davis, dkk. (2007). Hasil penelitian Davis, dkk. menunjukkan bahwa pemusatan perhatian dapat menurunkan kecemasan pada penderita skizofrenia.

Dari Penelitian Shapiro, dkk. (1998); Beddoe & Murphy (2004); Anna, dkk. (2006) menemukan bahwa Pelatihan Pemusatan Perhatian dapat meningkatkan kemampuan empati, memperbaiki manajemen hubungan antara perawat dan pasien serta mengurangi stres mahasiswa keperawatan dan petugas kesehatan. Kabat-Zinn (2004) menyebutkan bahwa aspek-aspek yang dilatihkan dalam pemusatan perhatian untuk meningkatkan empati

PHOLSXWL UHûHNVL GLUL terhadap diri dan orang lain, mengembangkan potensi untuk peduli terhadap orang lain serta terbuka terhadap masalah tanpa menghindar. Adapun teknik-teknik yang digunakan antara lain: pendeteksian tubuh (bodyscan), meditasi duduk (sitting meditation) yang meliputi observasi pernapasan, sensasi tubuh, emosi dan pikiran, hatha yoga dan meditasi berjalan (walking meditation) (Shapiro, dkk., 1998; Beddoe & Murphy, 2004; Anna, dkk., 2006).

Pentingnya mindfulness pada profesi perawat akan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan pada pasien berbasis caring sehingga outcome yang didapatkan oleh pasien adalah dapat merawat dirinya secara mandiri (self-care). Di sisi lain, mindfulness sejatinya dapat menjadikan profesi perawat bahagia dan ikhlas dalam bekerja untuk menolong pasien, yang akan berdampak langsung terhadap apa yang dirasakan oleh pasien, yaitu kebahagiaan dan kenyamanan dengan perawatan di RS atau RSJ, sehingga pasien dapat menerima secara ikhlas dengan keadaan yang mereka alami.

Dengan kata lain, mindfulness pada profesi perawat perawat akan memberi dorongan alami untuk mengembangkan kapasitas-kapasitas yang dibutuhkan untuk meningkatkan empati, sehingga pada akhirnya perawat mampu menjalin interaksi yang lebih terapeutik dengan pasien dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. (dari berbagai sumber)



PRAKTIK CONSULTATION LIAISON PSYCHIATRY (CLP) DI ST.VINCENT'S HOSPITAL MELBOURNE AUSTRALIA

Oleh : Ns. Heri Setiawan, Sp.Kep.J*

Salah satu program pengembangan SDM Rumah Sakit Jiwa Magelang adalah melakukan kerjasama dengan St.Vincent's Hospital Melbourne dalam program fellowship bagi perawat pada bulan Oktober 2017 untuk empat keseminatan yaitu CLP (Heri Setiawan dan Barkah Sutiono), NAPZA (Triyana), Akut Psikiatri (Asita Novitasari) dan Psikogeriatri (Ermawati). Penulis akan menceritakan mengenai pelayanan yang diberikan di St.Vincent's Hospital Melbourne, khususnya pelayanan Consultation Liaison Psychiatry (CLP).

St. Vincent's Hospital Melbourne berada di 41 Victoria, Parade Fitzroy, negara bagian Victoria, Australia. Berdiri sejak tahun 1893, St. Vincent's Hospital Melbourne saat ini merupakan pemberi pelayanan tersier dengan memberikan pelayanan kesehatan umum diantaranya: layanan medis dan bedah akut, perawatan darurat dan kritis, perawatan lanjut usia, diagnostik, rehabilitasi kesehatan mental, perawatan paliatif dan perawatan di rumah. Pelayanan Umum terdiri dari pelayanan yang diberikan pada masyarakat dengan penjaminan dari pemerintah dan pelayanan yang pembiayaannya bersifat pribadi (private hospital). Pelayanan psikiatri sendiri di St. Vincent's Hospital Melbourne hanya terdiri dari 44 tempat tidur. Pada pelayanan psikiatri ini terdapat pelayanan akut, maintenance, dan pelayanan khusus untuk suku asli dari Australia yaitu suku Aborigin.

St. Vincent's Hospital Melbourne bekerjasama dengan pemerintah dalam program kesehatan mental di seluruh negara bagian Victoria

dengan menggunakan prinsip community based, karena pemerintah menganggap biaya yang dikeluarkan ketika warganya dirawat di rumah sakit akan mengeluarkan biaya yang sangat besar. Biaya perawatan di komunitas dianggap jauh lebih rendah dibandingkan ketika dirawat di rumah sakit.

BERKEMBANG SEJAK AWAL TAHUN 2000

St. Vincent's Hospital Melbourne mempunyai beberapa klinik yang ada di komunitas untuk pelayanan kesehatan mental, terdiri dari tenaga kesehatan diantaranya psikiater, perawat CMHN, okupasi terapis, dokter umum, sosial worker, dan volunteer.

Salah satu bentuk pelayanan kesehatan mental di St. Vincent's Hospital Melbourne berupa Pelayanan Consultation Liaison Psychiatry (CLP). Pelayanan CLP diberikan untuk menangani pasien dengan kondisi komorbid yaitu kondisi psikiatri dan kondisi medis yang umum. Maksud dari liaison adalah menjembatani atau menghubungkan antara kondisi

psikiatri (skizofrenia, personality disorder, eating disorder, delirium, demensia, dll) dan kondisi medis yang umum (seperti bedah, penyakit dalam, syaraf, dll).

Pelayanan CLP di St. Vincent's Hospital Melbourne sudah berkembang dari awal tahun 2000. CLP adalah tim yang terdiri dari multi disiplin ilmu. Tim CLP di St. Vincent's Hospital Melbourne terdiri dari psikiater dan CL Nurse. Pelayanan CLP diberikan pada semua ruangan di Unit Umum. Sistem pelayanan CLP adalah bersifat rujukan atau konsulan. Ada kondisi dimana pasien psikiatri (misal skizofrenia, personality disorder, eating disorder, delirium, demensia) yang mengalami masalah medis misalnya seperti demam, radang otak. Ada juga pasien yang awalnya mengalami N H O X K D Q P H G L V X P X P ú V L misalnya pasien dengan penyakit jantung, post amputasi, kanker, diabetes dll, kemudian mengalami kondisi psikiatri misal depresi dan ansietas.

Struktur pelayanan CLP di St. Vincent's Hospital Melbourne dipimpin oleh acting clinical director, Dr. Beatrice Huang



Peserta Fellowship for Postgraduate Overseas Training (POST) Programme RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang

(Psychiatrists) dan manajer CLP yaitu John Forster (Consultant Nurse), dan konsultan psikiatri yaitu Professor Ed Harari, dan Dr. Anne Marie Keogh. Tim CLP juga melibatkan mahasiswa spesialis kedokteran jiwa (Residen Spesialis Kedokteran Jiwa). Struktur tersebut melakukan tugasnya sesuai dengan job deskripsi dari masing – masing bagian. Kegiatan yang dilakukan di tim CL adalah hand over meeting setiap pagi yang melibatkan konsultan psikiatri, dan CL Nurse, membahas mengenai semua pasien yang dikerjakan oleh tim CL, kemudian dilanjutkan dengan ward round untuk visite pasien yang dikelola oleh tim CL dengan bersama-sama. Ketikaward round, tim CL juga melibatkan perawat di ruangan (perawat primernya) untuk mendiskusikan kasus, setelah itu visite 1 pasien kurang lebih 30 menit - 1 jam dengan memperhatikan privacy dari klien.

Pada saatward round (ronde bangsal) ditemukan beberapa kasus, diantaranya Tn. S, yang mengalami kejang dan juga gejala waham. Tn. S mengatakan merasa bersalah dengan dirinya, karena dirinya selalu kejang, dan bahkan

sesaat setelah wawancara pasien tersebut juga kejang, kemudian diamankan oleh perawat agar tidak jatuh. Prinsip penanganan pada pasien tersebut adalah mengamankan terlebih dahulu pasien tersebut dan mencegah agar tidak jatuh.

Kasus lainnya, Tn.Su, yang mengalami kanker di prostatnya, sering merasa sangat kesakitan. Tn. Su merasa sangat menderita, sehingga ia pernah mencoba mengakhiri hidupnya. Akan tetapi saat ini ketika nyerinya sudah berkurang, Tn.Su merasa lebih baik dan tidak memikirkan mengenai hal-hal yang negatif.

Psikiater mengangkat diagnosis depresi dan memberikan pengobatan anti depresan, kemudian CL Nurse memberikan interaksi berupa motivasi dan berusaha membuat pasien memikirkan hal yang positif mengenai sakitnya.

Pasien selanjutnya yaitu Ny. Xu, lansia, merasa kesepian dengan dirinya, tidak ada yang memperhatikan, menjauh dari anak dan cucunya karena takut kalau dipukul oleh cucunya. Ny.

Xu dibawa ke rumah sakit karena mencoba meminum obat – obatan melebihi dosis yang dianjurkan dan ditemukan oleh tetangga dalam keadaan tidak sadarkan diri. Kemudian psikiater memberikan psikofarmaka pada pasien tersebut dan CL Nurse memberikan konseling, sehingga pasien menjadi merasa lebih nyaman.

Intervensi dari CL Nurse yang dilakukan tidak hanya fokus pada pasien, akan tetapi juga staf yang ada di Unit Umum. Seorang CL Nurse harus bisa menenangkan staf perawat ketika pasien mengalami agitasi atau sulit untuk diatasi, karena CL Nurse dianggap sebagai orang yang mampu dalam mengatasi masalah psikiatri. Misalnya pada saat itu ada pasien dengan personality disorder, kemudian kondisi ruangan tidak kondusif, perawat di ruangan terpecah karena pasien meminta hal - hal yang berbeda pada perawat yang satu dengan yang lain. Kemudian CL Nurse memberikan edukasi pada staf perawat yang ada di unit umum mengenai personality disorder, dan dalam hal ini edukasi diberikan sesuai dengan kebutuhan dari staf perawat.

Tim CLP RSJS

Pada saat ini RSJ Prof. Dr Soerojo Magelang sudah mempunyai tim CLP yang terdiri dari psikiater, psikolog, dan perawat. Diharapkan dengan melibatkan pendekatan multi disiplin ilmu, pelayanan pasien dengan kondisi komorbid dapat diberikan dengan baik dan lebih komprehensif sehingga hal tersebut dapat berdampak pada perbaikan pelayanan, dapat menurunkan angka Long Of Stay dan meningkatkan kepuasan pelanggan rumah sakit. Because no health without mental health, and mental health is everyone's bussiness. ***



–St Vincent's Hospital Melbourne – Asia Australia Mental Health.



PISAH SAMBUT DIREKTUR UTAMA RSJ PROF. DR. SOEROJO MAGELANG

RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang melaksanakan acara “Lepas Sambut” Direktur Utama pada Senin (14/5) di Gedung Aula Diklat RSJS Magelang, pukul 10.00 WIB. Acara lepas sambut ini menandai dimulainya kepemimpinan dr. Eniarti, M.SC.,Sp. KJ.,MMR., sebagai Direktur Utama RSJS Magelang yang sebelumnya dijabat oleh dr. Endang Widyaswati, M.Kes.





Serah terima jabatan diantara keduanya telah dilakukan pada Rabu (9/5) di Ruang Pertemuan Utama Gedung Diklat Lt. IV RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pukul 15:30 WIB, bersama dengan pimpinan tinggi pratama (eselon II) lainnya di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

dr. Eniarti, M.SC.,Sp.KJ.,MMR merupakan salah satu dari 11 Pimpinan Tinggi Pratama (eselon II) yang telah dilantik oleh Menteri Kesehatan RI pada Kamis (3/5) di Gedung Adhyatma Kementerian Kesehatan RI Jakarta.

Sebelumnya, dr. Eniarti, M.SC.,Sp.KJ.,MMR menjabat Direktur Medik & Keperawatan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, sedangkan dr. Endang Widyaswati, M.Kes kini menjadi Direktur Utama di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Dalam sambutannya, dr. Endang Widyaswati, M.Kes menyampaikan rasa terimakasihnya atas dukungan dari semua pihak selama menjabat Direktur Utama RSJS Magelang. "Semoga tim solid yang sudah kita bangun bersama bisa dilanjutkan, dan bekerjasama lintas sektor dan lintas program," harapnya.

dr. Eniarti, M.SC.,Sp.KJ.,MMR sebagai Direktur Utama RSJS Magelang yang baru juga menyampaikan dalam sambutannya bahwa PR dan tantangan yang diemban dr. Endang akan menjadi tanggung jawab kita yang harus kita selesaikan. "PR dan tantangan tersebut ada yang sudah selesai, ada yang sedang berproses dan ada yang baru mulai. Karena di semua organisasi manapun tidak ada yang tidak mempunyai PR dan tantangan", pungkasnya. *** (why)

SETYO PURNOMO, S.Kom
Ka Instalasi SIRS RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang

INGIN WUJUDKAN SIMRS TERINTEGRASI, SAJIKAN INFORMASI TEPAT, CEPAT DAN UP TO DATE



Sistem informasi organisasi adalah suatu sistem yang dinamis. Artinya pengembangan sistem informasi tidak pernah berhenti. Sehingga kebutuhan untuk meng-up grade SIRS tak bisa terelakkan, sebagai pendukung peningkatan pelayanan.

Tugas utama yang harus dijalankan sebagai Ka Instalasi SIRS adalah mewujudkan SIMRS terintegrasi sesuai dengan Indikator Kinerja. Demikian dikatakan SETYO PURNOMO, S.Kom, Ka Instalasi SIRS RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang. "Untuk mewujudkan hal tersebut, Instalasi SIRS mempunyai

tupoksi utama yaitu melakukan pengembangan sistem informasi, penyediaan kebutuhan hardware jaringan, penyediaan data yang cepat akurat, akuntabel dan tata kelola persediaan. Dari keempat tupoksi tersebut harus dikoordinasikan, diatur dan dikelola baik intern maupun ekstern sehingga bisa mencapai target kinerja yang diharapkan.

Dengan adanya SIMRS yang baik akan membantu rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang baik pula.”

Lingkup kerja yang tercakup dalam SIRS ada empat (4) yaitu; Pengembangan software sesuai kebutuhan rumah sakit; Penyediaan hardware, jaringan, CCTV, peralatan absensi; Penyediaan data yang akurat, cepat dan akuntabel; Memastikan kebutuhan aplikasi sesuai peraturan dan tata kelola persediaan.

Ka Instalasi SIRS menjelaskan, target-target yang akan dicapai adalah tersedianya SIMRS terintegrasi yaitu SIMRS dari I U R Q W R I ú F sampai dengan E D F N R u h t u k H memberikan kemudahan dan meningkatkan kinerja. “Kami melakukan koordinasi antar unit kerja untuk mengetahui sistem informasi maupun kebutuhan internal instalasi tentang sarana prasarana, SDM maupun dukungan non materiil sehingga mampu mewujudkan kebutuhan rumah sakit serta meningkatkan kompetensi SDM internal Instalasi sesuai dengan perkembangan terkini sistem informasi, sehingga bisa mengembangkan sistem yang up to date.”

Setyo menilai, penerapan sistem informasi yang ada saat ini masih perlu pembenahan. “Salah satunya adalah masih adanya rasa ketidakbutuhan akan sistem informasi, merasa bahwa adanya sistem informasi justru akan menambah pekerjaan, sehingga masih ada beberapa aplikasi yang sebenarnya sudah



selesai kami kerjakan, namun masih banyak kendala dalam implementasinya. Tentu saja dari sisi sistem, kami juga akan terus menerus melakukan perbaikan. Selain itu juga masih ada beberapa entry data yang kurang up to date sehingga informasi yang dihasilkan juga kurang up to date,” tambahnya.

Kendala lainnya, tambah Setyo, terbatasnya jumlah SDM, terutama programmer. “Sedikit banyak menghambat dalam pengembangan sistem informasi. Selain itu, kurangnya kemauan, atau ketidaktahuan pengguna sistem informasi bahwa setiap pengembangan aplikasi harus didasarkan pada peraturan terlebih dahulu, kemudian baru disusul dengan pengembangan sistem informasi, karena sistem informasi sebetulnya akan mengikuti sesuai kebutuhan. Selain dua hal tersebut, yang tidak kalah penting adalah perbaikan perencanaan, baik perencanaan kebutuhan software maupun hardware. Jika sudah direncanakan dengan baik, akan

mempermudah implementasi pada tahun berjalan, sehingga tidak banyak permintaan yang cito karena akan menghambat kebutuhan yang sudah terencana, dari sisi anggaran, dll. Berikutnya adalah kecepatan respon dalam mendapatkan kebutuhan alat pengolah data dan bahan komputer sehingga kami sebagai koordinator user juga bisa optimal menyediakan kebutuhan unit kerja akan alat pengolah data dan bahan komputer secara cepat,” paparnya.

DINAMIS

Sistem informasi organisasi adalah suatu sistem yang dinamis. Artinya pengembangan sistem informasi tidak pernah berhenti. Makin cepat organisasi tersebut berkembang, maka kebutuhan informasi juga akan berkembang. Sehingga kebutuhan untuk meng-up grade SIRS tak bisa terelakkan. Tapi tentu diperlukan skala prioritas. “Dibangunnya sistem informasi ada tiga alasan yaitu, berdasarkan kebutuhan, direktif atau perintah dari pimpinan, dan kebijakan. Sehingga X Q W X N L G H Q W L ú N D V L W H Q W mendesak tidaknya kebutuhan sistem informasi dapat dilihat kebutuhan sistem tersebut untuk apa. Jika sistem tersebut digunakan untuk pelayanan langsung kepada masyarakat, maka kami dahulukan. Atau sistem itu harus dikerjakan karena alasan direktif atau perintah pimpinan harus dikerjakan, maka akan menjadi prioritas, tentu saja dengan memberikan kajian kelebihan dan kekurangan jika aplikasi tersebut dibangun,” jelasnya.

PROFIL

Selanjutnya, ada rencana strategis untuk pengembangan sistem informasi yaitu mengembangkan aplikasi-aplikasi baik yang sudah ada maupun yang akan dibangun, berbasis web based. "Dengan teknologi ini memungkinkan bisa diakses dimanapun mengingat teknologi telepon cerdas semakin meningkat. Selain dari sisi teknologi, kami juga merencanakan pengolahan data menggunakan teknik atau alat business intelligence yang memungkinkan untuk menghasilkan informasi yang berguna bagi peningkatan pelayanan rumah sakit."

Dalam kondisi yang bagaimana program aplikasi sistem informasi dikatakan PHQ F D S D L H I H N W L ú W D V R S W L P D O." Setelah sistem terintegrasi dari I U R Q W s B n i p a F d k R I ú, tentu manfaatnya sangat besar. "Selain pekerjaan lebih mudah, kebutuhan SDM bisa dimaksimalkan, kebutuhan kertas akan banyak berkurang, serta tersedianya informasi up to date yang berguna untuk pendukung keputusan, baik dalam bidang pelayanan administrasi, medis maupun kesehatan pada umumnya, sehingga kualitas pelayanan kepada masyarakat meningkat, maka secara langsung akan meningkatkan kunjungan rumah sakit. Tidak hanya orang sakit yang datang, karena ini adalah rumah sakit jiwa, maka orang sehat yang butuh surat keterangan jiwa, general check up dan lainnya juga akan datang untuk mendapatkan pelayanan di rumah sakit ini. Imbasnya, pendapatan rumah sakit juga akan meningkat."

- Akurat; sistem bisa menggambarkan keadaan sebenarnya, tidak meragukan dan tidak bias.
- Tepat waktu; sistem informasi bisa menyediakan data dan informasi kapan saja disaat dibutuhkan dan data tersebut merupakan data yang up to date.
- Lengkap; sistem bisa mengakomodir kebutuhan serta berisi informasi yang lengkap, karena jika hanya sebagian akan menghasilkan informasi yang tidak tepat.
- Correctness; sistem mudah untuk dilakukan pengembangan dan perubahan sesuai kebutuhan.
- Aman; bebas dari serangan atau hal-hal yang mengganggu dari luar sehingga isi yang ada di



dalamnya tidak mengandung keraguan.

"Rencana yang diterapkan agar sistem berjalan efektif adalah dengan melakukan koordinasi antar bagian dan unit kerja, serta berharap entry data pada sistem informasi masuk ke dalam sasaran kinerja pegawai sehingga mau tidak mau harus dilakukan."

Sejauh ini menurutnya, pemanfaatan sistem informasi terhadap peningkatan kinerja dan pelayanan konsumen sudah meningkat. Hal ini bisa dilihat dengan banyaknya permintaan kebutuhan sistem informasi dari unit kerja dan pendaftaran masyarakat pengguna SMS Gateway. "Ini membuktikan bahwa sistem informasi bisa memberikan kemudahan sehingga meningkatkan kinerja dan pelayanan di RSJS."

Tentu ini tak bisa lepas dari peran SDM terkait. "Saya rasa, kualitas SDM di Instalasi SIRS sudah baik. Hanya saja secara kuantitas, jika dibandingkan dengan kebutuhan akan sistem informasi, juga di rumah sakit vertikal yang lain, dimana secara pengembangan sistem hampir sama, hanya saja pada banyaknya lalu lintas data yang membedakan, SDM di sini masih sangat kurang."

Agar lingkup kerja tetap nyaman dengan kondisi yang ada, ia berusaha menciptakan tata kelola yang baik, salah satunya dengan keteladanan dan menanamkan nilai kedisiplinan, baik dari sisi administrasi maupun dari sisi SDM, agar tercipta tertib administrasi juga tertib secara kinerja. ***

Obat Gagal Panen

A lumni S1 Ilmu Komputer Universitas Gadjah Mada (2008) yang kini masih menempuh pendidikan untuk meraih gelar S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Undip ini menjabat sebagai Kepala Instalasi SIRS RSJ Prof. Dr. Soejo Magelang, kurang lebih 3 tahun lalu. Dulu, ia bercita – cita jadi pengusaha yang punya banyak karyawan. “Kalau dengan jabatan sekarang, adalah korelasinya, meski tak 100%,” ucapnya.

“Saya rasa jabatan ini adalah amanah, dan bukan hal yang ringan, yang harus dilaksanakan sebaik mungkin. Memang ada suka dan dukanya. Saat kita tidak bisa memenuhi kebutuhan atau permintaan, itulah saat paling tidak menyenangkan,” urainya.

Saat duka itu juga pernah datang padanya sekitar tahun 2010. “Waktu itu saya sudah bekerja sebagai BLU Non PNS sejak tahun 2007. Di tahun 2010, terjadi bencana gunung meletus yang menghabiskan seluruh hasil pertanian orang tua saya, kena abu dan hampir tidak bisa panen. Tapi, nyaris berbarengan dengan bencana itu, ada obat yang diberikan Allah untuk kami semua. Saya diterima menjadi CPNS. Setidaknya, kesedihan itu terobati menjadi kebahagiaan buat keluarga,” kenangnya. Kebahagiaan lain yang ingin ia persembahkan adalah memberangkatkan orang tuanya untuk naik haji. Buatnya, keluarga adalah elemen paling penting dalam setiap tahap kehidupannya. “Karena itu saya berharap bisa memberikan rasa nyaman, aman, memenuhi kebutuhan dan memberi rasa saya ‘Ada’ untuk mereka.”

Keinginan lainnya, “Cita- cita saya di pekerjaan yang belum tercapai adalah belum bisa mewujudkan SIMRS terintegrasi sesuai dengan indikator kinerja yang diamanahkan kepada kami.” ***



DATA DIRI

Nama	: Setyo Purnomo, S.Kom
TTL	: Magelang, 24 Desember 1984
Riwayat Pendidikan	: SDN Jamus III (1997) SMPN 1 Ngluwar (2000) SMAN 1 Ngluwar (2003) DIII Rekam Medis Universitas Gadjah Mada (2006) S1 Ilmu Komputer Universitas Gadjah Mada (2008) Saat ini sedang menempuh pendidikan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Undip
Riwayat Jabatan	: Perekam Medis 2007-2010 Ka. Instalasi Rekam Medis 2011 - 2014 Ka. Instalasi SIRS 2015 - Sekarang

Consultation of Liaison Psychiatry

Perpendek Hari Rawat

Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang menjadi tuan rumah Workshop Nasional Consultation of Liaison Psychiatry dengan tema “Holistic Care With Team Based Approach” selama dua hari (28-29 April 2018) bertempat di Aula Diklat RSJS Magelang yang diikuti oleh sekitar 160 orang dari berbagai profesi tenaga kesehatan dari berbagai penjuru daerah di Indonesia.

Workshop ini terselenggara atas kerjasama antara Seksi Psikiatri Konsultasi dan Liaison bersama dengan RSJS Magelang dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bagi Psikiater, Dokter Umum, Perawat dan Psikolog dalam tatalaksana pasien dengan kondisi komorbiditas dengan cara kolaborasi secara multidisiplin. Narasumber yang dihadirkan juga berasal dari multidisiplin ilmu, mulai dari ilmu penyakit dalam, penyakit saraf, kebidanan dan kandungan, kesehatan jiwa, bedah, anestesi, perawat liaison serta psikolog klinis.

Acara dibuka oleh Plh Direktur Utama RSJS Magelang dr. Nur Dwi Esthi, Sp.KJ yang kemudian diikuti dengan kuliah Etika Kedokteran oleh Ketua IDI Kota Magelang dan dilanjutkan oleh Ketua Seksi Psikiatri Konsultasi dan Liaison, Prof. Dr. Syamsul Hadi, dr., Sp.KJ(K) dengan judul Konsep Umum Consultation Liaison Psychiatry (CLP).



Dalam sambutannya, dr. Nur Dwi Esthi, Sp.KJ menyampaikan rasa terimakasih kepada seksi Psikiatri Konsultasi dan Liaison karena RSJS Magelang telah dipilih untuk menggelar acara bertaraf nasional. “ Saya berharap semoga dengan diselenggarakannya workshop CLP di RSJS Magelang ini dapat mendorong pelaksanaan penerapannya di RSJS Magelang ini “.

Ketua Seksi Psikiatri Konsultasi dan Liaison, Prof. Dr. Syamsul Hadi, dr., Sp.KJ(K) juga berkesempatan memberikan pemahaman kepada awak media pada jumpa pers tentang hubungan kesehatan jiwa dan N H V H K D W D Q ú V L N \ D Q disiplin dan disiplin dasar konsep CLP. Ia berharap dengan penerapan CLP di rumah sakit dapat memperpendek waktu rawat bagi pasien. Ia memberikan contoh nyata ketika seorang pasien datang ke rumah

sakit mengeluhkan penyakit maagnya yang sudah lama tidak kunjung sembuh. “Disinilah dibutuhkan metode CLP yang nantinya akan ada kolaborasi antara dokter yang menangani, psikiater, psikolog maupun disiplin lain. Karena penyakit maag bisa terjadi bukan hanya karena terlambat makan tetapi juga dapat disebabkan karena tekanan emosi, beban pikiran atau pekerjaan,” pungkasnya. *** (why)



RSJ Magelang Resmikan Layanan Baru Rehabilitasi Psikososial One Day Care dan Napza

RSJ Prof. Dr. Soerojo (RSJS) Magelang meresmikan layanan baru Rehabilitasi Psikososial dan Napza bersamaan dengan peringatan Hari Kesadaran Skizofrenia, tanggal 24 Mei 2018. Digelar di halaman Instalasi Rehabilitasi Psikososial RSJS Magelang, acara ini dihadiri oleh Direktur Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza, Para Kepala Dinas Kesehatan dan Sosial Area Kedu,



Kepala Puskesmas se-Kota dan Kabupaten Magelang, serta tamu-tamu mitra lintas sektor dan lintas program RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang.

Pelayanan Baru Rehabilitasi Psikososial dan Napza RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang merupakan perwujudan tugas pokok fungsi rumah sakit dan sebagai upaya bersama yang diharapkan dapat menanggulangi masalah penyalahgunaan napza.

Peresmian Layanan Rehabilitasi Psikososial dan Napza ditandai dengan pelepasan balon dan pemotongan pita oleh Direktur Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza, Dr. dr. Fidiansjah, Sp. KJ., MPH.

Atas nama Kementerian Kesehatan dr. Fidiansjah mengucapkan selamat kepada jajaran RSJ Prof. Dr. Soerojo

Magelang beserta mitra-mitra lintas sektor dan lintas program yang telah hadir. "Kita berharap agar pelayanan One Day Care (Pelayanan Baru Rehabilitasi Psikososial), dan upaya menyadarkan pelayanan yang berbasis pada Skizofrenia dan senior citizen/ warga negara senior serta masalah narkoba ini betul-betul mendapatkan ridho dan berkah dari Allah SWT," harap dr. Fidiansjah.*** (why)