

MODUL X

CONSULTATION LIAISON

PSYCHIATRY



UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
DEPARTEMEN ILMU KEDOKTERAN JIWA
JL. Lanto Dg. Pasewang No. 34 Makassar 90131, Telp. (0411) 0832231, Fax. (0411) 832231
Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 11, Rumah Sakit Pendidikan UNHAS Lt. 5

MATERI BAKU

CONSULTATION LIAISON PSYCHIATRY

Penyusun :
Prof. DR. Dr. M. Syamsulhadi, SpKJ(K)
Prof. DR. Dr. M. Fanani, SpKJ(K)

BAB I

PENDAHULUAN

LATAR BELAKANG

Pada era kedokteran modern sekarang ini penanganan masalah kesehatan tidak lagi ditujukan pada mengatasi gejala penyakit saja namun lebih mengutamakan kualitas hidup. Hal tersebut juga tercantum dalam definisi sehat dari WHO yang juga mencantumkan aspek mental dan sosial sebagai bagian dari kesehatan.

Pada masa lalu, bidang kedokteran masih banyak didominasi dengan pendekatan model medik yang masih dibayangi dengan pandangan dikotomi fisik-psikis. Kenyataan menunjukkan bahwa banyak sekali kondisi 'sakit' yang tidak cukup hanya diatasi dengan pendekatan model medik saja. Banyak keluhan fisik yang ternyata tidak menunjukkan kelainan fisik yang jelas, juga banyak penyakit fisik yang morbiditas dan mortalitasnya sangat dipengaruhi oleh kondisi mental-emosional. Belum lagi berbagai kondisi sakit yang menahun atau menimbulkan kecacatan, yang memberi dampak mental-emosional/ psikososial yang sangat menurunkan kualitas hidup pasien disamping memperburuk perjalanan penyakit itu sendiri.

Berbagai hal tersebut mendorong berkembangnya ikhtiar pendekatan di bidang kedokteran yang lebih memfokuskan pendekatan biopsikososial yang menyeluruh, tanpa melupakan aspek pengetahuan medis sebagai hal yang sentral. Sejak masuknya psikiatri klinik di lingkup RSU, sebenarnya aspek mental-emosional pasien sudah mulai mendapat perhatian, namun pada masa lalu hal tersebut hanya terbatas pada pasien psikiatrik dan pasien medik yang mengalami gangguan psikiatrik saja. Sejak sekitar th 1930, gangguan Psikosomatik sudah menjadi topik yang penting di bidang psikiatri, bahkan setelah Perang Dunia II menjadi topik yang juga menarik bagi bidang spesialisasi lain, khususnya interne.

Peran psikiatri dalam menangani aspek psikis pasien dengan kondisi medik mulai berkembang pesat di negara-negara maju setelah pertengahan abad ke 20 dan di Bidang psikiatri sendiri hal tersebut dikembangkan dalam Liaison Psychiatry, namun karena keterkaitan dengan konsultasi psikiatrik sangat kuat, maka secara praktis disebut sebagai Consultation Liaison Psychiatry.

Consultation-Liaison Psychiatry merupakan terapan disiplin ilmu Psikiatri dalam Ilmu Kedokteran yang menjembatani Psikiatri dengan Kedokteran Umum dan Bidang Spesialisasi Kedokteran lainnya. Bidang tersebut memberikan perhatian khusus dalam memanfaatkan ilmu psikiatri pada hubungan antara berbagai aspek kejiwaan dengan 'kondisi sakit' dan 'kesehatan' pada umumnya. Perkembangan tersebut tidak terlepas dari kenyataan bahwa tujuan terapi kedokteran adalah mengatasi kondisi sakit dalam arti mendapatkan taraf kesehatan dengan kualitas hidup yang lebih baik, bukan sekedar mengatasi gejala penyakit.

Oleh sebab itu *Consultation-Liaison Psychiatry* sebagai bagian dari Ilmu Psikiatri khususnya dan Ilmu Kedokteran umumnya, tetap harus berorientasi pada pengetahuan klinis sebagai dokter serta harus mengikuti perkembangan dan kemajuan ilmu kedokteran (Wibisono, 1991).

George L Engel telah membawa perubahan pada pandangan klasik di mana penyakit hanya ditinjau dari konsep biomedik dan mengabaikan kontribusi faktor-faktor sosial dan psikodinamik ke suatu model biopsikososial. Model biopsikososial memandang suatu penyakit selain dari aspek biomedik juga memperhitungkan pengaruh sosial (eksternal) dan faktor psikodinamik (internal) terhadap suatu penyakit. Sistem biologis menekankan pada substrat, anatomik, struktural, dan molekular dari penyakit serta efeknya pada fungsi biologis pasien. Sistem psikologis menekankan efek faktor psikodinamik, motivasi, dan kepribadian pada pengalaman sakit serta reaksi terhadap penyakit. Sedangkan sistem sosial menekankan pengaruh kultural, agama, lingkungan, dan keluarga terhadap penyakit.

Dengan demikian, model biopsikososial merupakan suatu sistem pendekatan terintegrasi yang mendorong pemahaman menyeluruh mengenai penyakit. Pendekatan ini dapat kita lihat pada *Consultation-Liaison Psychiatry (CLP)*, suatu perkembangan lebih lanjut dari psikiatri klinik yang merupakan subspecialisasi psikiatri yang menginkorporasikan pelayanan klinis, pengajaran, dan penelitian dalam menjembatani lintas batas antara psikiatri dengan bidang kedokteran lainnya (Abidin, 1992; Wibisono, 1991; Rundell, 1996; Strain, 1996).

Penerimaan *Consultation-liaison Psychiatry (CLP)* sebagai bagian penting dari pendidikan psikiatri semakin meningkat. *The American Council on Graduate Medical Education* mensyaratkan agar semua residen psikiatri mendapatkan pelajaran klinis CLP (Rundell and Wise, 1994). Pada tahun 2002, *American Board of Psychiatry and Neurology, American Psychiatric Association, Residency Review Committee of Accreditation Committee for Graduate Medical Education*, dan *The Academy of Psychosomatic Medicine* mengajukan CLP sebagai subspecialis dari Psikiatri kepada *American Board of Medical Specialties*. Pada tahun 2003, CLP secara resmi menjadi subspecialis Psikiatri di Amerika. Di tingkat internasional, telah dibentuk organisasi CLP yaitu *International Organization for Consultation-Liaison Psychiatry* pada tahun 1999 dan pada tahun 2000 berdiri *European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics* (Gitlin, Levenson, dan Lyketsos, 2004).

Case finding atau skrining merupakan langkah awal dalam proses liaison psikiatri. Para dokter perlu pelatihan dan pendidikan praktis dalam diagnosis dan pengobatan klinis gangguan jiwa, terutama dalam lingkungan medis dan bedah. Edukasi dokter non psikiater dan tenaga kesehatan yang berkaitan mengenai masalah medis dan psikiatri yang berhubungan dengan penyakit pasien merupakan hal penting dalam proses *case finding* (Spitzer et al, 1994).

Terapi dalam CLP dapat disimpulkan sebagai integrasi dalam pengobatan dimana pasien sebagai pusat dalam manajemen penyakit menggunakan kolaborasi antar profesional dengan memperhatikan kompleksitas pasien secara sistem organik dan elemen psikososial. Kolaborasi antar profesional meliputi kolaborasi antar lembaga, kolaborasi antar tim kerja dari berbagai disiplin ilmu, tim kerja dari sesama disiplin ilmu (Smith G, 2006).

Hal yang tak kalah pentingnya dalam CLP adalah masalah diagnosis yang ditegakkan berdasarkan pemeriksaan medis/bedah dan komorbiditasnya, intervensi kepada pasien sehingga mendapat penjelasan tentang kondisinya dan cara komunikasi yang baik kepada pasien, keluarga, teman sejawat dalam tim. Untuk itu diperlukan pengetahuan yang luas guna melaksanakan pelayanan kesehatan secara holistic dengan mengutamakan kualitas hidup pasien secara singkat, efektif dan bersahabat.

BAB II

RUANG LINGKUP CAKUPAN

CONSULTATION LIAISON PSYCHIATRY

Dalam Bab II ini akan dibahas dengan singkat ruang lingkup *Consultation Liaison Psychiatry*, yang meliputi :

- A. Pengertian dan Definisi,
- B. Sejarah
- C. Manajemen Umum
- D. Pendekatan *Case Finding* CLP
- E. Diagnosis CLP
- F. Intervensi CLP
- G. Penatalaksanaan CLP
- H. Komunikasi CLP

A. PENGERTIAN DAN DEFINISI

Definisi dari CLP berkembang seturut dengan berkembangnya CLP itu sendiri. Walaupun istilah *liaison psychiatry* pertama kali muncul dalam literatur psikiatri pada tahun 1939 yang ditulis Billings dengan judul "*Liaison Psychiatry and Intern Instruction*", permulaan pengorganisasian CLP telah ada sejak akhir 1920. Henry, dalam artikelnya pada tahun 1929, "*Some Modern Aspects of Psychiatry in General Hospital Practice*", menjelaskan kebutuhan untuk konsultasi psikiatri pada pasien umum dan bedah di *Cornell University Medical College* (Pasnau, 1982).

Selanjutnya akan dibahas beberapa definisi CLP mulai dari tahun yang paling awal. Sedangkan definisi CLP yang telah muncul dan banyak penganut yang mengikuti antara lain sebagai berikut :

1. Definisi menurut Strain JJ. Grossman (1975).

Sebagai kebalikan dari metode konsultasi yang sudah rutin, CLP mencari peningkatan kualitas dari perawatan psikologis untuk penyakit medis dengan antisipasi dan pencegahan berkembangnya gejala psikologis (pencegahan primer); dengan mengobati gejala setelah berkembang (pencegahan sekunder); dan dengan rehabilitasi pasien dengan gejala menetap, dengan tujuan untuk mencegah kekambuhan (pencegahan tersier). Di samping itu, CLP berbeda dari psikiater konsultan, psikiater *liaison* ikut serta dalam menemukan kasus dari pada menunggu rujukan, mengklarifikasi status antara perawat dan pasien dan memberikan program pendidikan berkelanjutan yang meningkatkan fungsi yang lebih mandiri dari tenaga pengobatan, pembedahan, dan perawatan dengan harapan dapat menangani kebutuhan psikologis pasien mereka.

2. Definisi menurut Robert O. Pasnau (1982).

CLP adalah hal-hal yang berkaitan dengan penelitian, diagnosis, terapi, dan pencegahan dari gangguan psikiatri pada penyakit fisik, faktor psikologis yang mempengaruhi kondisi fisik, dan hubungan timbal balik antara somatopsikis dan psikosomatis. Cakupannya meliputi konsultasi psikiatrik dengan pasien serta kerjasama dengan dokter nonpsikiater dan tenaga kesehatan lainnya pada semua tipe dari pelayanan medis. *Psychiatric consultation*

merujuk pada diagnosis dan evaluasi psikiatri pada pasien dan keluarganya; *psychiatric liaison* merujuk pada aktivitas pendidikan yang diberikan oleh psikiater pada tim medis mengenai masalah yang berhubungan dengan aspek psikiatri dari penyakit.

CLP mempunyai dua tujuan utama berkaitan dengan sistem pelayanan dan pemeliharaan kesehatan. Pertama, CLP menggunakan model kerjasama dan pendidikan untuk mencoba menggabungkan pendekatan psikosomatis pada pasien, konsultasi psikiatri yang menyeluruh, saran terapi dan tatalaksana yang berdasarkan penelitian psikosomatis, pertimbangan perilaku dan seluruh aspek, dan bila sesuai, psikoterapi yang berorientasi tilikan diri. Dalam pelaksanaannya, CLP mencoba untuk mengajarkan bagian dari kedokteran yang ada dalam pengetahuan psikiatri dan bioperilaku. Kedua, CLP mencoba untuk mengajarkan pada bidang psikiatri apa yang terjadi pada bidang kedokteran.

CLP didasarkan pada enam prinsip utama:

- a. Hubungan kerja yang erat antara psikiater dan dokter umum. Pada beberapa kasus, hubungan ini menjadi lebih penting dari pada permintaan konsultasi tertulis dan bentuk dasar dari laporan pribadi antara dokter selama proses konsultasi.
- b. Keterlibatan psikiater sejak awal perjalanan terapi pasien, bahkan sebelum ada gejala psikiatri yang berkembang. Pada beberapa kasus, psikiater dapat terlibat dalam penyaringan pasien yang akan mendapat pembedahan terencana. Sebagai contoh adalah evaluasi pasien pada transplantasi ginjal, hemodialisis, operasi jantung, operasi panggul untuk nyeri panggul, dan operasi tulang belakang untuk nyeri punggung.
- c. Keterlibatan dalam seluruh tim medis pada terapi pasien. Dengan adanya kegiatan seperti konferensi psikososial, pertemuan tenaga perawat, dan penyuluhan, CLP dapat terlibat dalam seluruh kegiatan evaluasi informal dari setiap pasien dan terapi pada pasien yang sesuai. Melalui kerjasama yang erat dengan tenaga kesehatan sosial dan keperawatan, psikiater dapat memperluas perannya termasuk pengawasan terhadap orang yang terlibat dalam perjalanan diagnosis dan perawatan dari pasien dan keluarganya.
- d. Komitmen untuk mengikuti perjalanan dari pasien dan keluarganya. Konsultasi yang sederhana tidak cukup. Setelah saran untuk terapi diberikan, CLP harus mengikuti seluruh perjalanan di rumah sakit, bahkan setelah pemutusan hubungan dilakukan.
- e. Pemahaman terhadap konflik utama intrapsikis dan intrakeluarga. Hubungan psikoterapi antara pasien dan psikiater dapat mempertimbangkan keuntungan bagi pasien dan keluarga. Schwab dan Kuhn dan Wahl telah membahas kurangnya perhatian yang diberikan pada psikoterapi pendek, intensif, berorientasi tilikan diri bagi pasien yang berada di rumah sakit.
- f. Perhatian terhadap fungsi dari "*medical ombudsman*". Psikiater *liaison* dapat membantu menolong penerimaan terhadap adanya teknologi dan badan pelayanan kesehatan mutakhir yang sering menolong pasien karena masih asing dan belum dikenal.

3. Definisi menurut Zbigniew J. Lipowski (1996).

CLP adalah subspecialis dari psikiatri yang menggabungkan pelayanan klinik, pengajaran, dan penelitian pada bidang psikiatri dan medis. Pelayanan klinik meliputi ketentuan konsultasi psikiatri kepada dokter nonpsikiatri, seperti hubungan profesional

informal yang bertujuan meningkatkan kepedulian mereka terhadap masalah psikososial dan psikiatri pasien yang mereka rawat. Istilah *liason* merujuk pada hubungan seperti ini. Fungsi kedua dari CLP memberikan pelajaran aspek psikiatri dan psikososial dari perawatan medis kepada mahasiswa kedokteran, residen, dan lanjutannya. Akhirnya, penelitian dalam konteks CLP termasuk masalah reaksi psikososial terhadap penyakit dan kecelakaan fisik, komplikasi psikiatrik dari penyakit, perilaku sakit yang abnormal, gangguan somatoform dan golongannya, prevalensi dari gangguan psikiatri dalam pelayanan medis, dan penilaian efektifitas dari kegiatan klinis dan belajarmengajar dari CLP.

Definisi diatas menggaris bawahi lingkup CLP dalam istilah fungsinya, wilayah kerja, populasi pasien, dan kegiatan pendidikan serta penelitian. Sebab CLP adalah bagian yang tidak terpisahkan dari kedokteran psikosomatis, yang definisinya juga sangat penting. Kedokteran psikosomatis adalah ilmu yang berkaitan dengan 1) penelitian tentang hubungan fenomena psikologis dan sosial dengan fungsi fisiologis normal atau patologis dan peran dari faktor biologis dan psikososial dalam perkembangan, perjalanan, dan hasil akhir dari semua penyakit; dan 2) masalah hukum dari pendekatan biopsikososial pada perawatan pasien.

4. Definisi menurut James JS (2000).

Consultation-Liaison Psychiatry (CLP) merupakan subspecialis dari psikiatri yang berperan sebagai penghubung yang memungkinkan kerja sama antara psikiater dengan spesialis medis lain, yang mana psikiater C-L berperan sebagai penyalur keahlian psikiatri dalam lingkungan medis yaitu mempertahankan psikiatri sebagai disiplin ilmu untuk membantu komorbiditas psikologik, psikiatrik, dan psikofisiologik dalam lingkungan medis. Jadi CLP meliputi pelajaran, pelatihan, pengajaran komorbiditas medik (Aksis III) dan Psikiatrik (Aksis I dan II). Psikiater C-L harus mempunyai banyak pengetahuan dalam hal interaksi antara obat psikotropik, medis serta bedah.

5. Definisi menurut Sasanto Wibisono (2001).

Menurut pendapat Wibisono, definisi CLP menurut CTP VII: "CLP adalah subspecialisasi cabang ilmu psikiatri yang mempelajari, mempraktekkan dan mengajarkan **mengenai ko-morbiditas medik & psikiatri**" (Kaplan dan Sadock, 2000) terlalu sempit dan menyesatkan dengan alasan :

- a. Penekanan pada 'ko-morbiditas' saja cenderung memperkuat dikotomi penyakit medik / psikiatrik.
- b. Pengertiannya menjadi sempit, seakan CLP hanya diperlukan bila ada ko-morbiditas dengan adanya gangguan psikiatrik, lebih bersifat konsultatif dan mengarah pada 'rawat bersama.'
- c. Menempatkan psikiatri di 'luar' bidang 'medik', ini tidak akan membantu dalam mengurangi stigma.
- d. Padahal CLP justru penting dalam menangani kondisi sebelum terjadinya gangguan psikiatrik, bukan hanya setelah ada ko-morbiditas.

Wibisono berdasarkan modifikasi pendapat Pasnau dan Lipowski kemudian mendefinisikan CLP sebagai "Subspecialisasi cabang ilmu psikiatri yang mendalami aspek psikiatrik dari kondisi medik lain, baik dalam evaluasi, diagnosis, terapi, prevensi, riset maupun pendidikan".

Prinsipnya adalah kerjasama / kolaborasi dengan bidang medik terkait, menuju kepentingan bersama. Tujuan utamanya adalah manfaat optimal bagi pasien. CLP

merupakan perkembangan lanjut psikiatri dalam hubungan dengan bidang kedokteran umum / bidang terkait lain, menjembatani ilmu kedokteran medik dengan aspek psiko-sosial / behavioral, dan mengacu pada tujuan akhir terapi yaitu memulihkan kualitas hidup yang baik (bukan sekedar 'sembuh' dari gejala/penyakit).

Jadi menurut Wibisono, CLP bukan sekedar konsultasi psikiatrik, dan tidak dapat di pelajari dalam waktu singkat, karena harus memulai dengan pemahaman konsep CLP, persiapan dan pendalaman dari bidang psikiatri terkait dengan bidang medik tertentu. Dilain pihak, perlu pemahaman dan kesiapan bidang medik lain dalam menerima prinsip CLP, serta penggalangan kerjasama.

Beberapa pengertian terkait istilah CLP itu sendiri :

- *Consultation* - rujukan klinis untuk pemeriksaan dan saran penanganan.
- *Liaison* - penghubung (dalam hal ini untuk kolaborasi/kerjasama klinis)
- *Liaison Psychiatry* - ilmu yang dikembangkan untuk maksud tersebut.
- *Liaison Psychiatrist* - psikiater 'penghubung' yang melaksanakan tugas liaison psikiatri.
- *Consultation-Liaison Psychiatry* - istilah atas dasar kebutuhan klinis praktis (digabung).

B. SEJARAH

Tahun 1818, Johann Christian Heinroth pertama kali menggunakan istilah psikosomatis, saat membahas tentang insomnia. Frase "kedokteran psikosomatis" diyakini telah diperkenalkan oleh Felix Deutsch sekitar tahun 1922 (Gitlin, 2004). Perkembangan dari unit rumah sakit umum psikiatri dan kedokteran psikosomatis membawa kepada kebutuhan akan CLP. Pada tahun 1923, unit rumah sakit umum psikiatri akhirnya mulai mewujudkannya. Pada tahun tersebut, tiga unit CLP dibuka pada rumah sakit Henry Ford di Detroit, Michigan (Lipowski, 1996).

Ada tiga fase dalam sejarah CLP : 1) fase organisasi 2) fase pengembangan konsep, dan 3) fase pertumbuhan yang pesat (Lipowski, 1996).

1. Fase organisasi : 1935 – 1960

Hal utama yang terlihat pada fase organisasi meliputi pembentukan pelayanan CLP, pengembangan model operasional, evaluasi dari kegiatan CLP, dan perluasan pendidikan (Lipowski, 1996).

Edward Billings memperkenalkan konsep CLP di *University of Colorado*, dengan dukungan awal dari Rockefeller Foundation pada tahun 1935, yang mendirikan unit CLP di sana dan tiga unit di rumah sakit universitas lainnya (Gitlin, 2004). Dengan menggunakan model yang sama, pelayanan CLP di rumah sakit Mount Sinai di kota New York didirikan. Model yang sedikit berbeda dari pelayanan CLP didirikan di rumah sakit pendidikan University of Rochester pada tahun 1946. Unit ini disebut kelompok kedokteran *liaison* (Lipowski, 1996).

Antara tahun 1935-1960, pelayanan CLP didirikan di beberapa rumah sakit pendidikan di Amerika. Pengorganisasian pertama pelayanan ini dilakukan di Kanada tahun 1959. Pada tahun 1960, program CLP diorganisasikan di sebagian besar rumah sakit pendidikan di Amerika, tetapi pelatihan CLP hanya tersedia disedikit pusat pendidikan (Lipowski, 1996).

Dalam kurun waktu 1950 sampai 1960, memperlihatkan penyingkiran psikiatri dari kedokteran umum, CLP menjadi menurun (Pasnau, 1982). Selama 1960, gerakan komunitas kesehatan mental sangat dominan, psikiatri sekali lagi dikeluarkan dari kedokteran. Suasana

menjadi tidak mendukung untuk CLP, yang membawanya kepada fase kedua yaitu konsolidasi dan pengembangan konsep (Lipowski, 1996).

2. Fase Pengembangan Konsep : 1960-1975.

Pada tahun 1970, dilakukan keputusan untuk memasukkan kembali psikiatri ke dalam kedokteran, sebagai bagian dari didaptnya keuntungan asuransi kesehatan untuk pasien dengan gangguan psikiatri, dan sebagai bagian dari keputusan National Institute of Mental Health pada tahun 1974 yang mendukung pelatihan CLP. Peristiwa ini menandai pentingnya CLP sebagai bagian dari bidang psikiatri (Pasnau, 1982).

Seturut dengan bertumbuhnya pelayanan CLP, terjadi peningkatan perhatian terhadap metode operasional CLP, khususnya strategi dan prosedur yang digunakan untuk mencapai tujuan spesifik. Proses dan pengaturan dari CLP pada pelayanan medis menjadi fokus utama. Lima model untuk *consultation* yang diajukan dijabarkan pada Tabel 1-1 (Lipowski, 1996).

Bentuk lain dari fase ini adalah fokus pada masalah spesifik yang ditemukan oleh konsultan diberbagai bidang pelayanan lain, seperti perawatan intensif, onkologi, hemodialisis, rehabilitasi jantung, dan unit pediatrik. Beberapa CLP berkembang dengan minat khusus di dalamnya dan proyek penelitian awal pada masalah psikiatri dan psikososial dilakukan di bidang pelayanan kesehatan (Lipowski, 1996).

Bentuk lain yang penting pada fase perkembangan konseptual ini adalah bertumbuhnya literatur yang berhubungan. Sebelum pertengahan 1960, tidak ada penerbitan buku atau peninjauan menyeluruh pada CLP . Pada fase kedua ini, literatur diperkaya dengan tiga buku (Pasnau 1975; Schwab 1968; Strain dan Grossman 1975) dan dua tinjauan (Lipowski 1967, 1974). Juga jurnal-jurnal di dalam *Psychiatry in Medicine* yang mulai dipublikasikan pada tahun 1970 (Lipowski, 1996).

Devisi-devisi baru dari CLP berkembang di departemen psikiatri sekolah-sekolah kedokteran dan rumah sakit umum. CLP mulai menggantikan bentuk lama dari kedokteran psikosomatis (Pasnau, 1982). CLP mulai diterima sebagai subspecialis dari psikiatri, yang membutuhkan pelatihan lebih lanjut untuk psikiater.

3. Fase Pertumbuhan Cepat : 1975-1980.

Pada tahun 1974, *Psychiatry Education Branch of National Institute of Mental Health* (NIMH) memutuskan untuk mendukung perkembangan dan perluasan dari CLP di Amerika Serikat. Keputusan ini berdasarkan asumsi bahwa pelayanan perawatan kesehatan seharusnya terpusat pada perawatan primer; sudah jelas bahwa masalah psikososial dan psikiatrik adalah aspek penting dari praktek primer. Hal ini berarti bahwa dokter unit perawatan primer harus mendapatkan pelatihan yang cukup untuk secara efektif menangani masalah ini, CLP adalah pelajaran yang paling sesuai. Tahun 1975, NIMH menyediakan jaminan untuk 31 program CLP. Tahun 1979-1980, NIMH mendukung 130 program dan memberikan 60 beasiswa. Beasiswa bertujuan memantapkan hubungan di dalam CLP.

Banyak psikiater-psikiater muda mendalami bidang CLP, penelitian meningkat dengan pesat, jumlah literatur serta buku yang diterbitkan bertambah dengan pesat termasuk jurnal yang membahas topik CLP yaitu *General Hospital Psychiatry*. Kedokteran psikosomatis dan kedokteran perilaku tumbuh selama periode ini, sebagai hasilnya, *psychiatry* dan kedokteran menjadi lebih dipersatukan (Lipowski, 1996).

Tabel 1. Model untuk consultation

1. *Patient-oriented consultation* meliputi tidak hanya wawancara diagnostik dan penilaian tetapi juga evaluasi psikodinamik dari kepribadian pasien dan reaksi terhadap penyakit.
2. *Chrisis-oriented, therapeutic consultation* meliputi penilaian segera dari masalah pasien dan tipe koping, diikuti intervensi terapeutik yang tepat oleh konsultan; model ini terinspirasi dari teori krisis Lindemann's.
3. *Consultee-oriented consultation* memfokuskan pada masalah konsultasi yang diberikan kepada pasien.
4. *Situation-oriented consultation* berkaitan dengan interaksi antara pasien dan tim klinis.
5. *Expand psychiatric consultation* melibatkan pasien sebagai sentral figur dalam kelompok operasional yang meliputi pasien, staff klinis, pasien lain, dan keluarga pasien.

4. Fase Setelah Tahun 80-an.

Di Amerika. Pada tahun 1982 prospek CLP menjadi tidak jelas dibandingkan dekade sebelumnya. Tidak hanya karena NIMH menghentikan semua jaminan pelatihan CLP, tetapi muncul berbagai konflik lain di bidang pendidikan, politik, dan pembiayaan. Meskipun CLP telah diterima secara luas oleh berbagai bidang spesialisasi lain, disiplin ilmu ini terlalu lambat memberikan keuntungan melalui aktivitasnya, saat kebutuhan dana kurang mencukupi dalam pelayanan rumah sakit, CLP sering merupakan yang pertama di keluarkan dari anggaran biaya yang dibutuhkan. Masalah politik meliputi pentingnya kedokteran perilaku sebagai bagian yang jelas dari sistem pelayanan kesehatan, perkembangan rumah sakit umum psikiatri, pentingnya kedokteran holistik, persaingan yang timbul antara “*consultation model*” dan “*liaison model.*” Akhirnya, kurang jelasnya teori dan konsep berkaitan kedokteran psikosomatik, pendekatan psikosomatik, dan gangguan psikosomatik (Pasnau, 1982).

Menyadari kebutuhan akan penelitian lebih mendalam dalam menghadapi penyakit medis, NIMH melakukan suatu serial *Research Development Workshops* untuk psikiater dibidang CLP pada tahun 1985. Pada tahun 1991, telah ada 55 kelompok CLP yang terdaftar dalam *Academy of Psychosomatic Medicine*. Pada tahun 1992, dengan dukungan *American Psychiatric Association (APA)*, *Academy of Psychosomatic Medicine* mengajukan ke *American Board of Psychiatry dan Neurology (APBN)* agar CLP dapat berstatus sebagai subspesialis. Pada saat itu APBN memberikan perhatian lebih kepada nama dan cakupan dari subspesialis yang diajukan. Pada tahun 2002, *American Board of Psychiatry and Neurology*, *American Psychiatric Association*, *Residency Review Committee of Accreditation Committee for Graduate Medical Education*, dan *The Academy of Psychosomatic Medicine* mengajukan CLP sebagai subspesialis dari Psikiatri kepada *American Board of Medical Specialties*. Pada tahun 2003, CLP secara resmi menjadi subspesialis Psikiatri di Amerika. Di tingkat internasional, telah dibentuk organisasi CLP yaitu *International Organization for Consultation-Liaison Psychiatry* pada tahun 1999 dan pada tahun 2000 berdiri *European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics* (Gitlin, Levenson, dan Lyketsos, 2004).

Tabel – tabel berikut ini menyajikan perkembangan CLP yang dibuat oleh Gitlin, Levenson dan Lyketsos pada tahun 2004 berdasarkan buku teks, jurnal yang memfokuskan diri pada CLP dan organisasi yang berkaitan dengan CLP menurut tahun:

Tabel 2. Key Psychosomatic Medicine Texts

Name	Authors/Editors Date of Initial Publication
------	---

Emotions and Body Change	Dunbar	1935	
Psychosomatic Medicine	Weiss and English	1943	
Psychosomatic Medicine	Alexander		1950
Organik Psychiatry	Lishman	1978	
MGH Handbook of General Hospital Psychiatry	Hackett and Cassem	1978	
Handbook of Psycho-oncology	Holland, Rowland	1989	
Psychiatric Care of the Medically Patient	Stoudemire and Fogel		1993
APPI Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry	Rundell and Wise	1996	
MGH Guide to Psychiatry in Primary Care	Stern, Herman, and Slavin	1998	
Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine	Chochinov and Breitbart	2000	
APPI-APM Textbook of Psychosomatic Medicine	Levenson	2005 (expected)	

Tabel 3. Journals Focusing on Psychosomatic Medicine

Journal Name	Editor	Date of Initial Publication
Psychosomatic Medicine	Sheps	1939
Psychosomatics	Wise	1953
Psychotherapy and Psychosomatics	Fava	1953
Psychophysiology	Miller	1954
Journal of Psychosomatic Research	Mayou, Shapiro	1956
Advances in Psychosomatic Medicine	Wise	1960
International Journal of Psychiatry in Medicine	Cohen, Koenig	1970
General Hospital Psychiatry	Lipsett	1979
Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology	Wright	1982
Journal of Psychosocial Oncology	Cohen, Christ, Zabora	1983
Stress Medicine	Baggaley	1985
Psych-Oncology	Holland, Watson	1986

Tabel 4. Psychosomatic Medicine Related Organizations

Organizations	Founding Year
American Psychosomatic Society	1942
World Psychiatric Association – Section of General Hospital Psychiatry	1950
Academy of Psychosomatic Medicine	1954
International College of Psychosomatic Medicine	1970
North American Society for Psychiatry in OB/GYN	1971
Society for Liaison Psychiatry	1977
American Association for General Hospital Psychiatry	1978
Association for Academic Psychiatry–Consultation-liaison Section	1978
International Psychooncologic Society	1984
American Society for Psychiatry in Oncology/AIDS	1986
Association for Medicine and Psychiatry	1991
International Organization for Consultation-Liaison Psychiatry	1999
European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics	2000

C. GENERAL MANAGEMENT

Harus dibedakan antara pelayanan konsultasi dan pelayanan psikiatri liaison. Pelayanan konsultasi adalah tim penyelamat. Ia menanggapi permintaan dari pelayanan lain untuk pertolongan mengenai diagnosis, terapi, atau menempatkan pasien yang membingungkan. Yang terburuk, pekerjaan konsultasi tidak lebih dari keberanian memasuki wilayah pelayanan lain, biasanya berakhir dengan penulisan catatan dalam lembaran menggaris bawahi rencana tindakan. Tindakan selanjutnya diserahkan kembali kepada pihak yang konsul (Strain, 1996).

Pelayanan liaison membutuhkan kekuatan sumber daya manusia, dana, dan motivasi. Psikiatri liaison dalam posisi berhadapan dengan psikiatri dan kedokteran. Lebih jauh, psikiatri liaison dirancang untuk berhubungan dengan disiplin lainnya (seperti tenaga medis, perawat, pekerja sosial) untuk meningkatkan kemampuan mereka untuk mengenali, melakukan tindakan, dan atau merujuk pasien yang mempunyai gangguan mental (dan untuk menolong perawat mengatasi hambatan emosi mereka sendiri dalam berhubungan dengan pasien); untuk mempengaruhi sistem perawatan kesehatan; untuk terlibat dalam sistem pendukung pasien; dan untuk mengatur penelitian hubungan timbal balik antara kedokteran dan komorbiditas psikiatri (Strain, 1996).

1. Konsep Manajemen Kerja Psikiatri Liaison

Walaupun konsultasi merupakan dasar dari proses liaison, penekanan selanjutnya lebih kepada membedakan dua model dari tindakan psikiatri. Pendidikan kepercayaan psikiatri liaison dan usaha untuk menyusun perawatan pasien dibandingkan dengan susunan “*catch-as-catch-can*” dari model konsultasi menegaskan tujuan dari psikiatri liaison (Strain, 1996). Konsep dasar manajemen kerja CL tidak berbeda dengan manajemen umum, sebaliknya lebih meningkatkan kualitas dan spesifisitasnya upaya pelayanan kesehatan dengan tujuan pokok meningkatkan kualitas hidup pasien sehubungan dengan kondisi sebelumnya dengan cara holistic yang sebenarnya. Langkah tersebut dapat diuraikan dengan kegiatan sebagai berikut:

a. Pencegahan primer, sekunder, dan tersier

Dengan menggunakan model Caplan (1964) dari pencegahan yaitu dengan mengantisipasi dan mencegah berkembangnya gejala psikiatri atau psikologi (pencegahan primer), dengan mengobati gejala saat ditemukan (pencegahan sekunder), dan dengan mencegah kekambuhan gejala (pencegahan tersier), CLP meningkatkan kualitas perawatan psikiatri dan kedokteran saat prinsip liaison diterapkan.

Pencegahan primer berusaha untuk mencegah gejala psikiatri sebelum terjadi melalui tindakan dini. Sebagai contoh dari pencegahan primer adalah mengatur wawancara psikiatri pada semua pasien sebelum pembedahan jantung. Tindakan ini dapat mencegah terjadinya delirium.

Pada pencegahan sekunder, dokter menggunakan strategi untuk berusaha mengurangi faktor – biologis, psikologis, dan sosial – yang mencetuskan penyakit; berusaha untuk menekan penyakit; dan menangani gejala akut seperti kecemasan, depresi, dan sifat karakter yang berlebihan yang dapat memperburuk stress dan menghalangi pemulihan. Seperti pernyataan Hackett dan Cassem (1979), psikiatri konsultasi yang utama adalah usaha pencegahan sekunder.

Pada pencegahan tersier, psikiatri liaison berusaha keras untuk menghalangi kekambuhan psikologis yang dapat mengikuti suatu episode akut (sebagai contoh, konflik psikologis yang menghasilkan gangguan mood, kecemasan, dan penghambatan dan fobia tentang kembali bekerja atau melakukan aktivitas seksual meskipun secara psikologis mampu melakukannya). Tindakan tersier psikiatri membantu pasien beradaptasi dengan keterbatasan psikologis mereka, sehingga mengurangi kemungkinan kekambuhan penyakit. Mencegah

kekambuhan penyakit sering membutuhkan keahlian *follow-up* pasien rawat jalan setelah pulang dari RS untuk efektivitas yang maksimal.

b. Deteksi dan Diagnosis.

Deteksi kasus dalam pelayanan kesehatan adalah keahlian yang dimiliki oleh psikiater liaison yang akan sering menjadi keahlian dari psikiater konsultan, yang akan dihubungi oleh rekan sejawat. Psikiater konsultan secara khusus mempunyai kesulitan dalam mendeteksi gangguan psikososial dan dapat menjadi resisten terhadap tindakan psikiatri. Pada kenyataannya, karena psikiatri konsultasi harus tergantung pada rujukan dari rekan yang motivasinya rendah dan informasinya kurang, akhirnya menjadi tindakan pencegahan sekunder.

Psikiater liaison mendidik rekan di masa mendatang untuk mendapatkan dan menganalisa data, yang meningkatkan kewaspadaan, deteksi, diagnosis, dan/atau rujukan morbiditas psikiatri, kontras dengan psikiater konsultan, yang menunggu rekan untuk mencarinya. Gangguan mental yang diakibatkan oleh penyakit medis dan gangguan mental yang disebabkan penggunaan zat adalah contoh model dari gangguan psikofisiologis yang sering muncul, tetapi sering tidak terdeteksi, pada pelayanan medis atau bedah.

Jika rekan berpotensi yang berkonsultasi tidak peduli terhadap gangguan fungsi dari pasiennya, mengapa mereka meminta konsultasi? Strategi dan rencana untuk deteksi kasus dan merujuk penting dalam pelayanan medis-bedah dan menjadi dasar dari liaison psikiatri : tindakan penyaringan diagnosis untuk gangguan fungsi kognitif, depresi, kecemasan, dan penyalahgunaan obat untuk saat ini telah tersedia jika struktur diubah dari model konsultasi ke pada sesuatu yang menggabungkan metodologi rujukan.

c. Penilaian dari Penyedia Layanan Kesehatan

Model kerjasama dari liaison psikiatri menggabungkan preposisi bahwa tanggung jawab untuk perawatan psikiatri dari penyakit medis tidak dapat dilimpahkan secara tunggal kepada psikiater. Tanggung jawab menjadi milik bersama dari gabungan para dokter, perawat, dan pekerja sosial, anggota keluarga yang penting, dan lainnya yang memberikan pengaruh psikologis di bangsal. Fungsi penting dari CLP adalah untuk menilai tingkat stress yang disebabkan pasien terhadap penyedia layanan medis dan anggota keluarga, dan kemampuan dari staff RS dan anggota keluarga untuk beradaptasi terhadap pasien dan penyakitnya (dan melakukan tindakan terhadap perawatan psikologis), dan di atas semuanya itu, kemampuan dari staff dan keluarga untuk melakukan perawatan psikiatris atau psikologis.

Psikiatri liaison mengembangkan tujuan CLP dengan memasukkan pengajaran kewaspadaan, wawancara, dan pengetahuan tindakan psikiatris sederhana. Tujuan liaison ini berdasarkan kenyataan bahwa sebagian besar dari pasien gangguan mental ada di bagian rawat inap RS, di mana psikiater konsultan tidak selalu ada untuk mengambil alih perawatan kesehatan mental pasien.

d. Memberikan Kewenangan pada Staf Nonpsikiatri

Burns (1983) menjelaskan beberapa kewenangan dari pengetahuan dan keahlian kesehatan yang digunakan sebagai skema untuk mengajar dan mengambil keputusan. Ini mengizinkan pendidik dan penilai untuk menetapkan tujuan bagi program pelatihan mereka atau untuk disiplin khusus: psikiatri, perawatan primer, psikologi, pekerja sosial, perawat

klinik, konseling pastoral, rencana pemulangan, masalah hukum pasien, dan bahkan perawat kesehatan desa pada negara berkembang.

e. Pengembangan Pengetahuan Baru

Sampai saat ini, CLP kekurangan baik metoda yang sistematis untuk pengumpulan data klinik dan model yang sesuai untuk memprosesnya. Komputer dengan pemindai optik skema data klinik untuk kebutuhan diagnosis, penilaian pelajaran, analisis sistem, mengukur pengaruh pembelajaran liaison pada proses konsultasi-rujukan yang tersedia.

Hammer (1985) menggunakan skema pusat data dari Strain (1985), membuat paket perangkat lunak mikrokomputer yang dinamakan MICROARES, yang membantu pemakainya untuk menulis laporan, mencari literatur, melakukan analisis variabel, dan melakukan fungsi tagihan untuk klinik, administrasi, penelitian, dan pendidikan (CARES: *clinical, administrative, research, and education*) pada pelayanan CLP di RS Pusat data klinik dan sistem pengaturan perangkat lunak membantu membandingkan antara bagian liaison dan bukan liaison. Bagian liaison konsultasi lebih seperti mengenali disfungsi kognitif dari pada bagian bukan liaison. Pusat data biopsikososial meningkatkan kepercayaan penelitian yang kompleks dan multipel, termasuk keefektifan pembiayaan dan kemampuan mengganti dari tenaga kesehatan mental pada pelayanan kesehatan.

f. Perubahan Struktural Dalam Pelayanan Kesehatan

CLP berusaha untuk memberikan perubahan struktural pada departemen psikiatri dan departemen lainnya melalui RS (sebagai contoh, unit pengobatan psikiatri, klinik nyeri, dan unit penilaian postpartum) yang akan bertahan melalui tantangan yang diberikan.

Konsep CLP klinik memberikan konsultasi berkelanjutan setelah pemulangan dari unit perawatan psikiatri atau medis, dan pasien pemindahan perawatan dari klinik medis atau bedah yang mempunyai disfungsi psikologis. Karena sebagian besar bagian rawat jalan psikiatri di RS sering tidak mampu untuk menerima pasien sakit dengan disfungsi psikologis, pasien rawat jalan di bagian CLP lebih mempunyai harapan yang baik melalui tambahan penting pada perlengkapan psikiatri di RS.

Kejelasan psikiatri sekarang menjadi standard untuk semua pasien over dosis sebelum mereka dipulangkan dari unit perawatan intensif. Langkah logis selanjutnya untuk membuat kejelasan psikiatri diharuskan untuk semua pasien dengan risiko tinggi dan penyulit, seperti pasien dengan rencana pembedahan jantung terbuka, yang menunjukkan masalah diagnosis, yang masih ragu-ragu menjalani pembedahan, dan pasien yang berulang kali mendapat perawatan medis yang tampak mengalami pengabaian atau penyiksaan. Penilaian psikiatri dari pasien ini dan kelompok lain yang telah diidentifikasi harus dihargai sebagai bagian dari penilaian dan penanganan CLP dalam rumah sakit pendidikan modern.

2. Kesiapan dan aplikasi Consultasi Liaison di Indonesia

1) Konsultan Psikiatri

Kualitas Efektifitas dan Kompetensi Konsultan Psikiatri.

Pelaksanaan CLP yang baik dimulai dengan penguasaan pengetahuan dan keahlian psikiatri dasar dan kedokteran serta bedah. Pengetahuan dasar dan keahlian tentang tubuh manusia dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan CLP meliputi pengertian tentang patofisiologi, psikoterapi (psikodinamik, kognitif, dan behavioral), manajemen administratif dari masalah sistem, ekonomi kedokteran, geriatrik, dan forensik. Beberapa pengetahuan seperti bagaimana komorbiditas psikiatri memberikan variasi dan pengaruh terhadap penyakit yang berbeda, usia, status sosioekonomi, dan faktor lain yang juga penting untuk CLP. Walaupun banyak psikiater melaksanakan konsultasi psikiatri sebagai bagian dari praktek klinis mereka, ada perbedaan keahlian yang sangat besar antara tingkan pendidikan dan pengalaman klinis (sebagai contoh, residen, spesialis, dokter) (Kunkel dan Thompson, 1996).

Secara umum, tujuan dari konsultasi psikiatri dalam pelayanan medis dan bedah adalah :

- a) Menjamin keamanan dan stabilitas dari pasien dalam lingkungan medis.
- b) Mengumpulkan riwayat dan data medis yang cukup dari sumber yang terpercaya untuk menilai pasien dan merumuskan masalah.
- c) Untuk mengatur pemeriksaan status mental dan pemeriksaan neurologis dan fisik bila diperlukan.
- d) Menetapkan diagnosis banding.
- e) Membuat rencana terapi.

Konsultan CLP harus memiliki pengertian klinis yang mendalam tentang gangguan fisik dan neurologis dan hubungannya dengan perilaku sakit yang abnormal. Konsultan CLP harus ahli dalam mendiagnosis, mampu menguraikan bagian dan merumuskan gangguan multiaksial pasien, dan mampu membuat rencana terapi yang efektif. Konsultan CLP juga harus mempunyai pengetahuan intervensi psikoterapi dan psikofarmakologi sebaik pengetahuan tentang seluruh aturan aspek medikolegal dari psikiatri dan penyakit medis dan perawatan rumah sakit. Dokter psikiater, dengan keahlian profesional yang tinggi dan pengetahuan, memiliki kemampuan untuk memimpin tim multidisipiner (Bronheim *et al.*, 1998).

Evaluasi dari status mental pasien dengan penyakit medis yang serius, merumuskan masalah dan diagnosis mereka, dan mengatur serta menerapkan rencana terapi yang efektif termasuk keahlian klinis lengkap yang membutuhkan pelatihan khusus. Di samping untuk pemeriksaan psikiatri yang biasa, pengetahuan khusus tentang diagnosis, masalah medikolegal, dan intervensi psikoterapi serta psikofarmakologi sangat penting. Konsultan psikiatri harus terbiasa dengan rutinitas lingkungan medis dan bedah dan mempunyai pengetahuan tentang penyakit medis dan bedah. Konsultan psikiatri juga harus waspada terhadap efek dari penyakit dan obat pada perilaku, khususnya sumbangan dan pengaruhnya pada diagnosis dan

terapi. Lebih lanjut, konsultan psikiatri harus mendukung pasien dan lebih sensitif terhadap efek pasien terhadap tenaga medis (Bronheim *et al.*, 1998).

Meskipun fakta bahwa semua proses konsultasi psikiatri membutuhkan keahlian untuk mengatur rencana terapi, tim yang tersusun dari profesional kesehatan dengan keahlian yang saling melengkapi dapat juga digunakan. Pemimpin dari tim multidisiplin ini harus psikiater dengan pelatihan khusus CLP (Bronheim *et al.*, 1998).

Di Amerika Serikat, *Recommended Guidelines for C-L Psychiatric Training in Psychiatry Residency Programs* mengkhhususkan bahwa fakultas pelayanan C-L akan disertifikasi oleh *American Board of Psychiatry and Neurology* dan mempunyai keahlian khusus dalam CLP. Pelayanan CLP yang ideal mempunyai fakultas yang memberikan pelatihan berkelanjutan dalam CLP atau mereka yang meningkatkan pengalaman klinik (Bronheim *et al.*, 1998).

Tabel 5. Keahlian yang dibutuhkan untuk evaluasi dan terapi dari pasien dengan gangguan psikiatri dalam pelayanan medis umum.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan untuk membuat riwayat psikiatri dan medis. 2. Kemampuan untuk menemukan dan mengelompokkan gejala. 3. Kemampuan untuk menilai disfungsi neurologis. 4. Kemampuan untuk menilai risiko bunuh diri. 5. Kemampuan untuk menilai efek pengobatan dan interaksi antar obat. 6. Kemampuan untuk mengetahui kapan untuk melakukan dan bagaimana menilai hasil test psikokogis. 7. Kemampuan untuk menilai masalah pribadi dan keluarga. 8. Kemampuan untuk mengenali dan menangani stress di rumah sakit. 9. Kemampuan untuk menempatkan sudut pandang perjalanan rawat inap dan terapi. 10. Kemampuan untuk merumuskan diagnosis multiaksial. 11. Kemampuan untuk melakukan psikoterapi. 12. Kemampuan untuk meresepkan dan menangani zat psikofarmakologi. 13. Kemampuan untuk menilai dan menangani agitasi. 14. Kemampuan untuk menilai dan menangani nyeri. 15. Kemampuan untuk mengatur protokol administrasi detoksikasi obat. 16. Kemampuan untuk membuat pernyataan medikolegal. 17. Kemampuan untuk menerapkan keputusan etis. 18. Kemampuan untuk menerapkan teoris sistem dan memecahkan masalah. 19. Kemampuan untuk mengajukan rujukan ke pelayanan psikiatri. 20. Kemampuan untuk membantu penyusunan rencana.
--

Sumber : Diadaptasi dari Bronheim, Fulop, Kunkel, Muskin, Schindler, Yates, Shaw, Steiner, Stern, Stoudemire : "The Academy of Psychosomatic Medicine Practice Guidelines fo Psychiatric Consultation in General Medical Setting." *Psychosomatic* 39: S8-S30, 1998.

Harapan Dari Dokter Lain.

Dokter yang konsul berharap konsultan dapat membantu memastikan diagnosis, menghilangkan gejala, dan membantu tenaga medis dan bedah dalam menangani pasien, terkadang mengambil beberapa atau seluruh tanggung jawab kepada pasien. Prioritas dari pelayanan konsultasi bervariasi di antara pelayanan-pelayanan itu sendiri. Untuk semua dokter, aspek yang paling penting dari /CLP adalah berurusan dengan masalah penempatan pasien (contoh, dipindah kebagian

perawatan psikiatri; dipindah ke bagian rawat jalan psikiatri). Tabel 2-3 memaparkan apa yang paling sering diharapkan oleh dokter dari konsultan psikiatrik.

Tabel 6. Apa yang yang paling sering diharapkan dokter dari konsultan psikiatri

Pelayanan Medis
Kunjungan <i>follow-up</i> kepada pasien
Rekomendasi berkaitan dengan penanganan ruang perawatan
Evaluasi dan menolong dokter dan tenaga ruangan untuk mengerti aspek psikososial dari penyakit pasien
Saran pengobatan psikotropik
Pelayanan Bedah
Evaluasi kompetensi
Pengaturan pemindahan ke bagian psikiatri, bila ada indikasi
Saran pengobatan psikotropik
Rekomendasi berkaitan dengan pengaturan ruang pasien
Kunjungan <i>follow-up</i> kepada pasien
Pengaturan perjanjian, bila ada indikasi
Pelayanan Obstetri dan Ginekologi
Evaluasi status mental
Kunjungan <i>follow-up</i> kepada pasien
Saran pengobatan psikotropik
Evaluasi dan menolong dokter dan tenaga ruangan untuk mengerti aspek psikososial dari penyakit pasien
Psikoterapi kepada pasien atau anggota keluarganya
Pelayanan Anak
Kunjungan follow-up kepada pasien
Penilaian psikiatri dan terapi terhadap keluarga dari pasien
Rekomendasi berkaitan dengan pengaturan ruang pasien
Evaluasi terhadap psikogenik dari masalah somatik
Membantu memahami aspek psikososial dari penyakit pasien
Pelayanan Rehabilitasi
Evaluasi status mental
Menolong dokter dan tenaga ruangan mengerti dan berurusan dengan reaksi mereka terhadap kepribadian pasien dan stress yang dipicu oleh perilaku pasien.
Rekomendasi berkaitan pengaturan ruangan
Menolong tenaga ruangan mengerti aspek psikososial dari penyakit pasien
Kunjungan follow-up kepada pasien
Rekomendasi diagnostik tambahan

Sumber : Diadaptasi dari Elisabeth J. Shakin Kunkel, M.D. dan Troy L. Thompson II, M.D. : "The Process of Consultation and Organization of a Consultation-Liaison Psychiatry Service." *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, American Psychiatric Press, 1996.

2) Pendekatan Dalam Konsultasi

a) Model Pemeriksaan.

Banyak perdebatan tentang cara terbaik untuk melakukan pemeriksaan psikiatri pada pasien medis atau bedah. Sudah jelas bahwa teknik psikoanalitik, seperti asosiasi bebas yang panjang dan sunyi, jarang yang sesuai dengan pasien CLP. Sebagian besar pasien tidak berpengalaman dengan psikiatri atau psikoterapi, banyak masalah psikologis dalam konteks

pengalaman pasien dan biasanya tidak membutuhkan konsulan psikiatri, dan beberapa mempunyai gangguan kognitif yang dapat mempengaruhi pendekatan ini. Di sisi lain, menjaga secara mutlak kerahasiaan dokter-pasien tidak mungkin untuk konsultasi psikiatri karena dokter utama pasien mengharapkan jawaban terhadap konsultasinya. Proses ini harus dijelaskan kepada pasien (contoh, "saya akan memberikan kesimpulan dari penemuan saya dan merekomendasikannya kepada dokter anda"). Jika pasien ingin mengatakan kepada konsultan suatu "rahasia", konsultan harus menjelaskan akan membagikan "rahasia" itu dengan dokter yang merawat pasien sehingga dapat meningkatkan pemahaman dokter tersebut terhadap sudut pandang pasien dan memberikan hasil yang aktual terhadap perbaikan perawatan pasien (Kunkel dan Thompson, 1996).

Variasi pertanyaan dengan pertanyaan terbuka dan tertutup berguna untuk mendapatkan data khusus yang dibutuhkan untuk riwayat dan pemeriksaan status mental; data ini kemudian memberikan dasar untuk pengembangan diagnosis dan rencana terapi. Formulasi psikodinamik dibuat dari data yang didapatkan dalam hal ini sering sangat berguna dalam mengerti masalah pasien. Formulasi ini harus diubah kedalam diskripsi yang bebas dari istilah dalam penulisan konsultasi dan diskusi dengan dokter dan tenaga medis yang berkonsultasi. Ini sering membantu untuk meningkatkan pemahaman tim terhadap pasien (Kunkel dan Thompson, 1996).

b) Alat Bantu Keterampilan.

Konsultan psikiatri menggunakan informasi dari yang didapatkan dari pengetahuannya, catatan rumah sakit dan riwayat dahulu, tenaga medis dan bedah, pemeriksaan pasien dan keluarganya, sumber referensi yang beragam. Catatan awal konsultasi menyimpulkan hasil pemeriksaan dari pasien dan peninjauan dari rekam medis. Mahasiswa kedokteran dan residen sering mendapatkan bahwa belajar CLP lebih mudah jika diawali dengan penggunaan format penilaian standard. Pemeriksaan *bed-side* dapat meliputi menggambar jam atau bentuk lain, Mini-Mental State Exam, Taylor Equivalent Drawing, peralatan neuropsikologis. Biologis, psikoterapi, psikososial, dan intervensi sistem, semuanya digunakan dalam praktek CLP (Kunkel dan Thompson, 1996).

c) Proses Konsultasi.

Proses dari kegiatan CLP sering paralel dengan proses yang dilakukan selama perjalanan psikoterapi. Informasi dan pola dari reaksi langsung selama kunjungan *follow-up* dan pandangan baru yang berkembang yang sering tidak ditemukan pada kunjungan awal. Ini merupakan salah satu alasan bahwa kunjungan *follow-up* diperintahkan pada semua konsultasi psikiatri yang baik (Kunkel dan Thompson, 1996). CLP dapat membutuhkan banyak waktu sebelum konsultan diterima dan dapat beradaptasi dengan praktisi dari tim medis (Bronheim *et al.*, 1998).

Institusi harus mengikuti Recommended Guidelines for Consultation-Liaison Psychiatric Training in Psychiatry Residency Programs untuk pelayanan dan tenaga CLP. Dalam semua pelayanan medis, harus tersedia staff yang ahli untuk memberikan konsultasi psikiatri 24 jam/hari, sepanjang tahun. Dalam pelayanan di mana residen psikiatri memberikan konsultasi, staff fakultas harus dapat memberikan bimbingan 24 jam/hari (Bronheim *et al.*, 1998).

Konsultasi psikiatri harus dilakukan oleh psikiater dengan keahlian dalam pelayanan medis dan terpercaya dan legal di dalam institusi di mana konsultasi dilakukan. Terapi dapat didelegasikan kepada profesi kesehatan mental lainnya dibawah pengawasan langsung dari psikiater konsulan. Konsultasi psikiatri meliputi awal konsultasi dan pemeriksaan *follow-up* (Bronheim *et al.*, 1998).

Jika pasien dalam pengobatan psikiatri membutuhkan pengobatan dari bagian lain, untuk menjamin kelangsungan perawatan medis bila memungkinkan diberikan dalam suatu fasilitas yang sama. Dalam pelayanan yang ideal, lokasi antara perawatan medis dan psikiatri menjadi satu (Bronheim *et al.*, 1998).

Pada pasien yang dirawat bersama, permintaan pemeriksaan atau test laboratorium dan pengobatan oleh dokter ahli yang merawat harus memastikan tidak terjadi kontra indikasi. Tidak diperkenankan adanya konflik. Sebagian besar psikiater CLP yakin bahwa hal ini menjadi suatu masalah (Kunkel dan Thompson, 1996). Konsultan psikiatri harus mengikuti perjalanan pasien secara menyeluruh sampai meninggalkan rumah sakit. Pertama, penting untuk "sign-of" pada pasien dalam kaitannya dengan masalah transferen atau kontratransferen dan reaksi positif atau negatif untuk penyembuhan permanen dari gejala yang ada. Kedua, pasien yang mempunyai tanda dan gejala psikiatri mempunyai risiko untuk kekambuhan. Akhirnya, *follow-up* berkelanjutan membantu untuk mempertahankan kepercayaan tim medis atau bedah dan memperkuat bahwa CLP selalu tersedia dan siap membantu dalam situasi klinis apapun (Kunkel dan Thompson, 1996).

3) Struktur Organisasi Dari Pelayanan CLP.

a) Bidang Organisasi Umum.

Direktur program CLP harus mempunyai keahlian admistrasi yang diperlukan untuk mengorganisasi pelayanan CLP, dapat dengan cara *trial and error* atau *on-the-job learning*. Pada survey di Amerika, 30,5% program pendidikan dokter spesialis psikiatri tidak memberikan pendidikan formal dalam administrasi psikiatri. Psikiater CLP harus mempunyai kemampuan yang baik untuk memodifikasi pelayanan CLP, dapat mengatur penelitian lebih lanjut dan merencanakan unit perawatan khusus bila diperlukan. Sedapat mungkin psikiater CLP harus belajar tentang kebutuhan dan sumber potensial untuk memantapkan pelayanan CLP. Ini termasuk memilih target pelayanan (contoh, populasi pasien rawat inap atau rawat jalan, onkologi, trauma, tranplantasi, obstetri); menyediakan statistik terbaru untuk pelayanan rumah sakit; pertemuan dengan fakultas, mahasiswa, dan staff; menyediakan sumber yang selalu tersedia untuk target lokal. Dengan memfokuskan pada pembiayaan yang paling efektif dan dibutuhkan pada pelayanan, CLP dapat memberikan jaminan pelayanan dengan sumber daya yang ada dan memperluas pelayanan secara lebih umum dan fokus pada area yang dibutuhkan dan menarik (Kunkel dan Thompson, 1996).

Tabel 7. Masalah umum yang membawa kepada permintaan untuk CLP dalam pelayanan Medis/Bedah

1. Reaksi stres akut
2. Agresifitas atau impulsifitas
3. Agitasi
4. AIDS dan infeksi HIV
5. Alkohol dan penyalahgunaan obat (termasuk tahap *withdrawal*)
6. Kecemasan atau panik
7. Penilaian riwayat psikiatri
8. Luka bakar
9. Perubahan status mental
10. Penyiksaan anak
11. Coping terhadap penyakit
12. Kematian, sekarat, dan penguburan
13. Delirium
14. Demensia
15. Depresi
16. Masalah forensik
17. Gangguan makan
18. ECT
19. Masalah etika
20. Gangguan realitas
21. Masalah keluarga
22. Penyiksaan lansia
23. Hypnosis
24. Malingering
25. Nyeri
26. Penyakit psikiatri pada anak
27. Gangguan kepribadian
28. *Posttraumatic stress disorder*
29. Perawatan berkaitan dengan kehamilan
30. Perawatan psikiatrik di ICU
31. Manifestasi psikiatrik pada perawatan medis dan penyakit neurologis
32. Faktor psikologis yang menyebabkan penyakit medis
33. Test psikologis dan neuropsikologis
34. Psiko-onkologi
35. Psikofarmakologi dari penyakit medis
36. Psikosis
37. Pemasangan/pengurangan
38. Penyiksaan seksual
39. Gangguan tidur
40. Gangguan somatoform
41. Bunuh diri
42. Penyakit terminala
43. Masalah tranplantasi

Sumber : Diadaptasi dari Bronheim, Fulop, Kunkel, Muskin, Schindler, Yates, Shaw, Steiner, Stern, Stoudemire : "The Academy of Psychosomatic Medicine Practice Guidelines fo Psychiatric Consultation in General Medical Setting." *Psychosomatic* 39: S8-S30, 1998.

Tabel 8. Informasi yang dibutuhkan untuk mendirikan atau mengembangkan pelayanan CLP

<p>Lokasi untuk mendirikan pelayanan CLP</p> <p>Rumah sakit umum dan bedah</p> <p>Fasilitas dan unit rawat inap pasien yang khusus, seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Onkologi ▪ Rehabilitasi ▪ Nyeri ▪ Dialisis ▪ Luka bakar ▪ Tranplantasi ▪ AIDS ▪ Neuropsikiatri ▪ Obstetri dan ginekologi ▪ Pediatri <p>Klinik dan pusat rawat jalan seperti di atas.</p> <p>Sisi demografis</p> <p>Sentralisasi atau menyebar</p> <p>Perawatan di psikiatri dan rumah sakit umum/bedah dalam beberapa tahun terakhir</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Total populasi ▪ Diagnosis spesifik <p>Konsultasi psikiatri dalam beberapa tahun terakhir</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Total populasi ▪ Diagnosis spesifik <p>Asal pasien psikiatri rawat inap dan rawat jalan.</p> <p>Sumber pendapatan dan pembayaran dari lokal, institusi, dan unti</p> <p>Tenaga dan staff yang tersedia berkaitan dengan disiplin CLP (contoh, pekerja sosial)</p> <p>Jumlah dari pasien rawat jalan dan rawat inap yang dipindahkan kebagian psikiatri</p>

Sumber : Diadaptasi dari Elisabeth J. Shakin Kunkel, M.D. dan Troy L. Thompson II, M.D. : “The Process of Consultation and Organization of a Consultation-Liaison Psychiatry Service.” *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, American Psychiatric Press, 1996.

b) Praktek Kelompok.

CLP dapat berfungsi sebagai bagian dari kelompok multidisiplin (contoh, pusat nyeri) atau dapat berbagi praktek klinis dengan CLP lainnya. Psikiater CLP harus tidak hanya memberikan konsultasi yang berguna tetapi juga siap untuk memberikan pelayanan penanganan kepada staff yang stress dan memberikan penerangan sebagai juru bicara kepada masyarakat untuk masalah psikiatri yang penting dan berkaitan (Kunkel dan Thompson, 1996).

c) CLP Dengan Spesialis Lain.

Menyediakan konsultasi yang baik kepada dokter lain hanyalah awal dari hubungan konsultasi yang mantap dan padu. Konsultan psikiatri harus dapat mengembangkan keahlian dan pengalaman dalam menyelesaikan masalah dalam pelayanan CLP. Bertujuan untuk memadukan pelayanan psikiatri dan pembelajaran psikiatri dalam pelayanan medis ataupun bedah setiap hari. Ini juga membuktikan kemampuan dan komitmen dari seorang konsulan psikiatri (Kunkel dan Thompson, 1996).

BAB III

CASE FINDING

A. PENDEKATAN CASE FINDING

Berbeda pada model rujukan medis standar, di mana psikiater konsultan menunggu untuk dipanggil, model *liaison* adalah berdasar pada strategi deteksi dini untuk mengidentifikasi masalah yang mungkin muncul. Pelayanan liaison diarahkan pada peningkatan **sensitivitas staf medis**, sehingga mampu menghasilkan **deteksi dini** dan **manajemen yang lebih efektif biaya** terhadap pelayanan kepada pasien (Bronheim et al, 1998).

Pelaksanaan *Case finding* dapat dilakukan dengan cara (1) wawancara tidak terstruktur pada anamnesis medis, pemeriksaan fisik, atau saat kunjungan pasien rawat jalan, (2) wawancara terstruktur, atau (3) kuesioner *self-report* (Westphal & Freeman, 2000). Banyak instrumen telah dikembangkan untuk menyaring komorbiditas psikatri di lokasi klinis. Sebagian besar adalah kuesioner *self-report*, yang mencakup gejala depresi dan anxietas, dan dapat digunakan untuk mengidentifikasi gangguan psikiatri di populasi pasien medis yang besar (Boutin-Foster et al, 2003).

Sedangkan case finding yang melibatkan system manajemen biasanya dihubungkan oleh suatu prosedur operasional pelayanan kesehatan yang mengutamakan kualitas hidup pasien, efektifitas dan pelayanan medic itu sendiri. Banyak pusat pelayanan kesehatan yang mengaplikasikan consultasi liaison ini seperti adanya prosedur tetap; pelayanan psikiatri bagi pasien yang sudah 2 minggu di rawat inap bahkan intervensi kepada primary support-nya bila diperlukan; pelayanan psikiatri diberikan bagi pasien rawat jalan yang 3 bulan berobat jalan. Dan suatu standard pelayanan yang dinilai dari manajemen mempunyai potensi dan kerentanan terhadap gangguan psikiatri. Sebagai contoh akan disampaikan pedoman keadaan yang kemungkinan besar memerlukan penanganan psikiatri antara lain dapat dilihat pada table berikut :

**Tabel 9. Criteria for Identification of an Emergency by
Consultation-Liaison Psychiatrists**

1. Psychiatric antecedents
2. Agitation
3. Suicidal thoughts and attempted suicide
4. Confusional state
5. Other symptoms indicating a serious psychiatric state (depression, anxiety, state of shock, borderline state, or catatonic state)
6. Substitute treatment (methadone) for a drug-dependent patient
7. Forensic problem
8. Transfer to a psychiatric ward
9. Psychiatric symptoms linked to the perspective of somatic treatment
10. Patient should be seen before the weekend

Table 10. Categories of Psychiatric Differential Diagnoses in the General Hospital

1. Psychiatric presentations of medical conditions
2. Psychiatric complications of medical conditions or treatments
3. Psychological reactions to medical conditions or treatments
4. Medical presentations of psychiatric conditions
5. Medical complications of psychiatric conditions or treatments
6. Comorbid medical and psychiatric conditions

Source: Adapted from Lipowski 1967

Table 11. Procedural Approach to Psychiatric Consultation

1. Speak directly with the referring clinician.
2. Review the current records and pertinent past records.
3. Review the patient's medications.
4. Gather collateral data.
5. Interview and examine the patient.
6. Formulate diagnostic and therapeutic strategies.
7. Write a note.
8. Speak directly with the referring clinician.
9. Provide periodic follow-up.

Source: Adapted from Lipowski 1967

Berikut akan diuraikan juga secara singkat beberapa instrumen yang sering digunakan sebagai skrining :

1. CAGE

CAGE dikembangkan pada tahun 1970 oleh Dr. John A. Ewing. Merupakan kombinasi dari 4 pertanyaan sederhana yang dapat digunakan untuk mendeteksi alkoholisme. Total 2 atau lebih jawaban positif menunjukkan riwayat alkoholisme positif. Instrumen ini agar efektif harus diberikan pada pemeriksaan awal dan selama penilaian ulang periodik pada tiap pasien (Mayfield, 1974).

Tabel 12. CAGE

1. Pernahkah Anda merasa harus berhenti minum?
2. Pernahkah orang-orang mengkritik kebiasaan Anda minum?
3. Pernahkah Anda merasa buruk atau bersalah atas kebiasaan minum?
4. Pernahkah Anda memiliki kebiasaan minum alkohol di pagi hari sebagai hal pertama untuk menyiapkan Anda?

2. Cornell Psychiatric Screen

Didesain sebagai instrumen skrining singkat yang diberikan oleh non psikiater, *Cornell Psychiatric Screen* dapat dengan cepat dan reliabel untuk mengidentifikasi pasien rawat inap dengan komorbiditas psikiatri yang memerlukan evaluasi psikiatri. *Cornell*

Psychiatric Screen terdiri dari dua item yang diisi berdasarkan pengamatan pemeriksa, dan 5 item *self-report*. *Cornell Psychiatric Screen* juga mampu mendeteksi pasien yang beresiko karena lama tinggal di rumah sakit (Boutin-Foster *et al*, 2003).

Tabel 13. Kuesioner CAGE AID

1. Pernahkah Anda merasa harus berhenti minum atau berhenti menggunakan obat?
2. Pernahkah orang-orang mengkritik kebiasaan minum atau penyalahgunaan obat Anda?
3. Pernahkah Anda merasa buruk atau bersalah atas kebiasaan minum atau menggunakan obat?
4. Pernahkah Anda memiliki kebiasaan minum alkohol di pagi hari sebagai hal pertama untuk menyiapkan Anda dan mengawali hari?

3. PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorder*)

PRIME-MD terdiri dari 26 item yang diisi oleh pasien sendiri yang menyaring lima kelompok gangguan psikiatri yang paling sering dijumpai, yakni depresi, ansietas, penyalahgunaan alkohol, somatoform, dan gangguan makan, disertai dengan petunjuk evaluasi dokter sebanyak 12 lembar (Spitzer *et al*, 1994).

4. Instrumen *Self Report*

Sebagian besar instrumen dalam skrining adalah *self-report*. Beberapa contoh skala yang banyak digunakan :

a. *Beck Depression Index (BDI)*

Adalah instrumen praktis yang telah distandarisasi dan digunakan untuk berbagai subjek. Terdiri dari 21 item, dengan penilaian berkisar dari 0-3 tiap itemnya, yang merupakan laporan sendiri atau berupa inventori untuk menilai keluhan depresi dari subjek. Hasil totalnya dapat kita gunakan untuk menilai intensitas depresi, meskipun instrument ini bukan merupakan alat untuk mendiagnosis.

b. *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*

PHQ-9 adalah komponen dari PRIME-MD, yakni skala depresi *self-report* dan terdiri dari 9 kriteria berdasarkan diagnosis depresi pada DSM-IV-TR. PHQ-9 memiliki keuntungan ganda, karena dapat menegakkan diagnosis depresi sekaligus derajat keparahan depresi (Aladjem, 2005).

5. Instrumen *case finding* gangguan kognitif

Defisit kognitif penting tidak hanya dalam diagnosis gangguan kognitif namun juga dalam evaluasi kemampuan komunikasi pasien dan kemampuannya mematuhi terapi medis. Pasien dengan defisit kognitif kurang mampu memahami, mengingat, dan mengikuti aturan obat. Mereka membutuhkan edukasi dan perawatan *follow up* yang lebih intensif dibandingkan pasien tanpa gangguan kognitif (Westphal & Freeman, 2000).

Table 14. Detailed Assessment of Cognitive Domains

Cognitive domain	Assessment
Level of consciousness and arousal	Inspect the patient
Orientation to place and time	Ask direct questions about both of these
Registration (recent memory)	Have the patient repeat three words immediately
Recall (working memory)	Have the patient recall the same three words after performing another task for at least 3 minutes
Remote memory	Ask about the patient's age, date of birth, milestones, or significant life or historical events (e.g., names of presidents, dates of wars)
Attention and concentration	Subtract serial 7s (adapt to the patient's level of education; subtract serial 3s if less educated). Spell world backward (this may be difficult for non-English speakers). Test digit span forward and backward. Have the patient recite the months of the year (or the days of the week) in reverse order.
Language	(Adapt the degree of difficulty to the patient's educational level)
Comprehension	Inspect the patient while he or she answers questions Ask the patient to point to different objects Ask yes or no questions Ask the patient to write a phrase (paragraph)
Naming	Show a watch, pen, or less familiar objects, if needed
Fluency	Assess the patient's speech Have the patient name as many animals as he or she can in 1 minute
Articulation	Listen to the patient's speech Have the patient repeat a phrase
Reading	Have the patient read a sentence (or a longer paragraph if needed)
Executive function	Determine if the patient requires constant cueing and prompting
Commands	Have the patient follow a three-step command
Construction	Have the patient draw interlocked pentagons Have the patient draw a clock
Motor programming tasks	Have the patient perform serial hand sequences Have the patient perform reciprocal programs of raising fingers
Judgment and reasoning	Listen to the patient's account of his or her history and reason for hospitalization Assess abstraction (similarities: dog/cat; red/green) Ask about the patient's judgment about simple events or problems: "A construction worker fell to the ground from the seventh floor of the building and broke his two legs; he then ran to the nearby hospital to ask for medical help. Do you have any comment on this?"

Instrumen skrining kognitif yang paling banyak digunakan di dunia adalah MMSE (*Mini Mental State Examination*). MMSE menguji orientasi, memori (registrasi dan recall), atensi, kalkulasi, bahasa (penamaan, pengulangan, kemampuan mengikuti perintah, membaca, dan menulis), dan kemampuan konstruksional. Pengisian MMSE membutuhkan waktu 5 menit, dapat diberikan secara serial untuk memantau perjalanan klinis pasien, dan merupakan uji yang reliable dan valid untuk pasien medis (Wise & Strub, 1996).

Table 15. The Mental Status Examination

Level of consciousness	Alert, drowsy, somnolent, stuporous, comatose; fluctuations suggest delirium
Appearance and behavior	Overall appearance, grooming, hygiene Cooperation, eye contact, psychomotor agitation or retardation Abnormal movements: tics, tremors, chorea, posturing
Attention	Vigilance, concentration, ability to focus, sensory neglect
Orientation and memory	Orientation to person, place, time, situation Recent, remote, and immediate recall
Language	Speech: rate, volume, fluency, prosody

Comprehension and naming ability
 Abnormalities include aphasia, dysarthria, agraphia, alexia, clanging, neologisms, echolalia

Constructional ability
 Clock drawing to assess neglect, executive function, and planning
 Drawing of a cube or intersecting pentagons to assess parietal function

Mood and affect
 Mood: subjective sustained emotion
 Affect: observed emotion—quality, range, appropriateness

Form and content of thought
 Form: linear, circumstantial, tangential, disorganized, blocked
 Content: delusions, paranoia, ideas of reference, suicidal or homicidal ideation

Perception
 Auditory, visual, gustatory, tactile, olfactory hallucinations

Judgment and insight
 Understanding of illness and consequences of specific treatments offered

Reasoning
 Illogical versus logical; ability to make consistent decisions

Source: Adapted from Hyman and Tesar 1994

Case finding atau skrining merupakan langkah awal dalam proses liaison psikiatri. Para dokter perlu pelatihan dan pendidikan praktis dalam diagnosis dan pengobatan klinis gangguan jiwa, terutama dalam lingkungan medis dan bedah. Edukasi dokter non psikiater dan tenaga kesehatan yang berkaitan mengenai masalah medis dan psikiatri yang berhubungan dengan penyakit pasien merupakan hal penting dalam proses *case finding* (Spitzer et al, 1994).

B. PERAN CASE FINDING

Case finding merupakan pintu utama untuk menjalankan Liaison Psikiatri yang bertanggung jawab terhadap untuk pencegahan dini dan mendeteksi dini adanya potensi maupun gangguan bidang psikiatri di dalam populasi maupun pasien yang berobat mendapatkan pelayanan kesehatan. Secara garis besar peran *case finding* dilakukan secara :

1. Aktif : dengan mencari kasus maupun potensi kasus gangguan psikiatri dan medis/bedah di populasi maupun di unit pelayanan.
2. Pasif : mendapatkan kasus karena rujukan dan konsultasi.
3. Team work : suatu kasus yang sejak awal dikerjakan secara tim yang semua anggota tim terlibat langsung.
4. Sistem Pelayanan : standar pelayanan kepada pasien rawat inap maupun rawat jalan untuk mendapatkan pemeriksaan psikiatri. Mis: pasien rawat inap 2 minggu mendapatkan pelayanan psikiatri, setiap pasien yang akan lepas perawatan mendapatkan pelayanan psikiatri dll.

BAB IV

DIAGNOSIS

A. LANGKAH MENUJU DIAGNOSIS YANG TEPAT

Seperti sudah menjadi acuan umum setiap penegakan diagnostik dalam bidang kedokteran harus didasari oleh kaidah yang sudah baku. Dimulai dari langkah yang sederhana seperti anamnesis yang terarah sampai kepada pemeriksaan penunjang diagnostik dari yang sederhana sampai yang paling canggih yang diperlukan untuk penegakan diagnosis. Hal tersebut sudah diajarkan dalam kurikulum pendidikan kedokteran. Kendala dilapangan bisa saja ditemui kendala bahwa diagnosis masih sulit ditegakkan yang kemungkinan sebab ketrampilan dokter itu sendiri, alat penunjang diagnostik yang tersedia, serta faktor pasien itu sendiri. Istilah psikosomatis yang sudah tidak digunakan dalam penegakan diagnosis di dalam lingkup psikiatri sampai saat ini masih digunakan oleh kalangan di luar psikiatri, dan tampaknya mudah digunakan untuk mengisi kekosongan diagnosis atau ada kesulitan dokter menerangkan proses patologinya.

Psikosomatik bisa diartikan seolah-olah faktor psikologis tidak berperan dalam terjadinya, perjalanan dan akibat dari penyakit lain yang tidak dideskripsikan. Dalam bidang psikiatri istilah psikosomatik diklasifikasikan sebagai faktor psikologis atau perilaku yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang telah diklasifikasikan (F.54) juga ada pada gangguan somatoform (F.45), gangguan makan (F. 50), disfungsi seksual (F.52). Hal yang khusus yang penting untuk diperhatikan adalah kategori F54 atau kategori 316 dalam ICD-9 mengingatkan agar digunakan untuk menyatakan adanya hubungan antara gangguan fisik yang diberi kode di tempat lain dalam ICD-10, dengan penyebab emosional. Satu contoh yang lazim adalah pencatatan asma atau eksema psikogenik, baik sebagai F54 dari Bab V(F) maupun sebagai kode diagnosis yang sesuai untuk kondisi fisiknya dari bab lain dalam ICD-10 (Dirjen.Pelayanan Medik, 1993)

B. MASALAH DIAGNOSIS YANG EFEKTIF (*effective diagnostic*) dan *COST EFECTIVE*

Seiring dengan perubahan paradigma pelayanan kesehatan yang menuntut perbaikan kualitas hidup manusia baik fisik maupun mental maka kebutuhan akan CLP dirasakan penting. Sebagaimana tuntutan di atas maka langkah awal dalam pelayanan ini menentukan arah serta diagnosis yang tepat sehingga intervensi yang diperlukan dapat tepat sasaran. Hal tersebut disamping memerlukan ketrampilan dasar yang selama ini telah diasah selama pendidikan ilmu kedokteran juga harus diperhatikan etika yang selalu melekat bagi bagi dokter terutama dalam bidang CLP ini. Ruang lingkup layanan juga tidak terbatas pada bidang kuratif saja namun selama proses diagnosis bahkan preventif sampai rehabilitatif tetap selalui mengiringinya. Dalam prakteknya saat masih terbatas pada hal yang bersifat konsultasi pada kasus rawat jalan dan rawat inap saja namun bidang emergensi dapat pula dikembangkan, bahkan dibidang farmasi, medikolegal, kerja sama dengan tokoh masyarakat, pekerja sosial, rohaniawan dapat dilibatkan (Shaw, 2006; Westphal & Freeman ,1995).

Dalam CLP diagnostik dapat ditegakkan setelah terlebih dahulu didapatkan penemuan kasus. Langkah penemuan kasus tidak lain adalah evaluasi ulang dari seluruh aspek langkah diagnosis dalam psikiatri itu sendiri yang meliputi fenomena gejala/keluhan fisik dan mental/psikologis dan latar belakang sosiodemografik pasien. Pola yang sama dan umum melalui anamnesis dan aloanamnesis atau melalui suatu penjarangan dengan menggunakan instrumen khusus sehingga dapat dilakukan oleh orang lain digaris depan, paramedis lain. Instrumen penjarangan dapat berupa berupa daftar isian yang menyangkut latar belakang sosiodemografik, keluhan somatis, perubahan emosional, riwayat

penyakit dahulu, penggunaan obat dan zat psikostimulansia, serta penemuan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya. Sumber lain yang penting adalah keterangan dari keluarga dekat dan pendamping pasien, catatan medis, dokter atau suster yang merawat. Kemampuan untuk mengarahkan dan menilai bahwa gejala yang didapatkan dari penemuan kasus tersebut memerlukan pemeriksaan penunjang yang sesuai, baik penunjang fisik (MRI, CT-Scan, EEG) maupun kimiawi (kadar hormon tiroid, ureum, kreatinin, kadar obat, estrogen, dll) serta psikometri (MMPI, MMSE, wawancara terstruktur) merupakan kemampuan dasar yang harus dimiliki dalam CLP, sehingga diagnosis yang tepat serta intervensi yang efektif dapat dirancang yang berakibat dapat menekan biaya serta prosedur yang tidak perlu (Smith & Clarke et al., 2000).

Untuk kalangan psikiater sendiri ada kaidah khusus yang dapat dibuat untuk memudahkan penegakan diagnosis dan lebih praktis terhadap kasus yang dihadapi ini tanpa kehilangan hal-hal yang penting dan merupakan bentuk umum sebagai pegangan psikiater dan penghubung dengan bidang kesehatan lain yang terkait. Hasil rancangan kaidah bentuk laporan pemeriksaan bersama dalam satu tim kerja bisa berbeda dengan bidang lainnya yang terkait tergantung tingkat spesifitas dan keterkaitan patofisiologi dari manifestasi gangguan tersebut, ketersediaan alat penunjang diagnostik, fasilitas kesehatan yang tersedia, aturan main yang disepakati bersama, terkait juga dengan sistem kesehatan antar satu negara dengan negara lain. Dari hal tersebut memungkinkan muncul perbedaan baik kaidah pemeriksaan maupun format laporan dari bidang spesialisasi kedokteran lain dimana CLP itu dilakukan, dan hal ini wajar dalam CLP. Semua variasi kaidah dan aturan yang disepakati tetap memiliki pola dasar yang sama dan tujuan bersama yang sama tujuannya esensial adalah untuk kesejahteraan pasien terutama, agar diagnosis menjadi lebih terarah dengan biaya yang sepadan (Shaw, 2006).

Formulasi 5 aksis dalam penulisan format diagnostik dalam kalangan psikiater yang diajarkan selama pendidikan sebenarnya sudah membuka ruang untuk bidang riset, terapeutik, serta rehabilitasi yang menghendaki keterlibatan bidang lain tidak hanya kalangan paramedis dan psikolog namun juga pekerja sosial, rohaniawan, antropolog, pemegang kebijakan (pemerintah) sehingga bidang CLP bisa berkembang tidak terbatas hanya di dalam kalangan medis semata tetapi bisa dilakukan di luar kalangan medis dengan fungsi dan peran yang saling sinergis (Francis, 2004; Handrinos, 1998).

Dari pengalaman beberapa negara yang telah menjalankan CLP ini ada beberapa bidang yang sering menjadi garapan bersama antara psikiater dengan bidang kedokteran spesialisasi lain dalam CLP meliputi 6 bidang (Mercan, 2006; Smith GC., 2000) yaitu:

1. Efek psikologis akibat menderita penyakit fisik atau prosedur terapi
2. Gangguan somatoform
3. Perilaku yang membahayakan
4. Kedaruratan psikiatrik yang datang ke rumah sakit
5. Keadaan gangguan fisik dan psikologis akibat terapi psikiatris
6. Gangguan fisik dan perilaku akibat kekerasan termasuk yang bersifat seksual

Untuk ruang lingkupnya dapat dibagi menjadi beberapa aspek yang secara umum sebagai berikut:

1. Apakah gangguan medis yang muncul didasari oleh gangguan mental atau bukan misalnya gejala depresi bisa diakibatkan primer akibat keadaan hipotiroid berbeda penanganannya dengan depresi akibat stresor psikososial

2. Apakah gangguan mental yang menyerupai gangguan medis namun yang sebenarnya bukan gangguan mental misalnya ; *delusional parasitosis, body dysmorphic disorder*

3. Gangguan medis yang muncul adalah akibat keterlibatan proses psikologis contohnya; *psoriasis, neurodermatitis, hyperhidrosis* dll

4. Gangguan psikiatri yang timbul merupakan sekunder akibat isolasi sosial atau stigmatisasi dari gangguan kondisi medis misalnya depresi pada penderita kusta, dimana penyakit kusta masih dianggap kutukan oleh sebagian budaya di masyarakat sehingga harus dijaui/diisolasi

5. Baik gangguan psikiatri maupun gangguan kondisi medis tertentu sama-sama timbul akibat dari adanya faktor genetik dan lingkungan contohnya mania dan psoriasis, keadaan hipo atau hipertoroid, autisme pada anak.

6. Gangguan kondisi medis tertentu yang muncul akibat kronisitas gangguan psikiatri misalnya dehidrasi, gizi buruk pada skizofrenia katatonik, infeksi kulit akibat higiene yang buruk pada skizofrenia hebefrenik

7. Gangguan psikiatri timbul akibat penggunaan obat-obat untuk penyakit tertentu, misalnya reserpin dan kortikosteroid yang dapat memunculkan gangguan mood

8. Gangguan kondisi medis tertentu yang timbul akibat penggunaan obat psikotropika misalnya distonia, Parkinsonism, reaksi alergi, ataksia, tirotoksikosis (penggunaan lithium), agranulosistosis, aritmia, hipotensi postural, neuroleptik malignan sindrom dll.

Dalam kaidah penulisan pada aksis I dan III tetap mengacu kepada diagnosis yang telah baku seperti yang tercantum dalam DSM IV, ICD-10 yang telah digunakan secara internasional, maupun PPGDJ-III kalau di Indonesia, serta beberapa jenis kaidah yang tiap negara mengembangkannya. Dalam pembahasan ini akan diberikan beberapa contoh sistematika pemeriksaan dalam CLP dalam kaitannya dengan bidang neurologi.

C. Kaidah Pemeriksaan Umum Status Mental dalam CLP

Ada 3 bidang utama yang menjadi dasar kaidah pemeriksaan status mental bagi psikiater yang terjun di bidang CLP ini yaitu meliputi 3 D (Delirium, Dimensia dan Depresi) dimana hal tersebut telah mencakup ruang lingkup dasar diagnosis dalam CLP (Westphal & Freeman, 1995) pendapat lain mengatakan adalah seperti layaknya seorang neuropsikiatrist memeriksa pasien, cara yang ringkas adalah dengan membagi menjadi 2 bagian besar yaitu komponen kognitif dan non kognitif. Tanpa meninggalkan urutan pemeriksaan umum status mental seperti yang diajarkan selama pendidikan kedokteran maka komponen mental lain dikelompokkan ke dalam dua kategori tersebut. Bila ada keterkaitan dengan bidang kardiologi maka sistematika pemeriksaan mental sebagaimana sebagaimana seorang "psikokardiologist" melakukan pemeriksaan. Bila berkaitan dengan gangguan dermatologi maka lakukan pemeriksaan sebagaimana pemeriksaan seorang "psikodermatologist" (Wise & Strub, 1993).

Jadi status mental pasien dibuat menurut kerangka CLP pada dasarnya memiliki substansi dan ruang lingkup yang sama namun sistematika pola yang bisa berbeda untuk kepentingan praktis dan terarah .

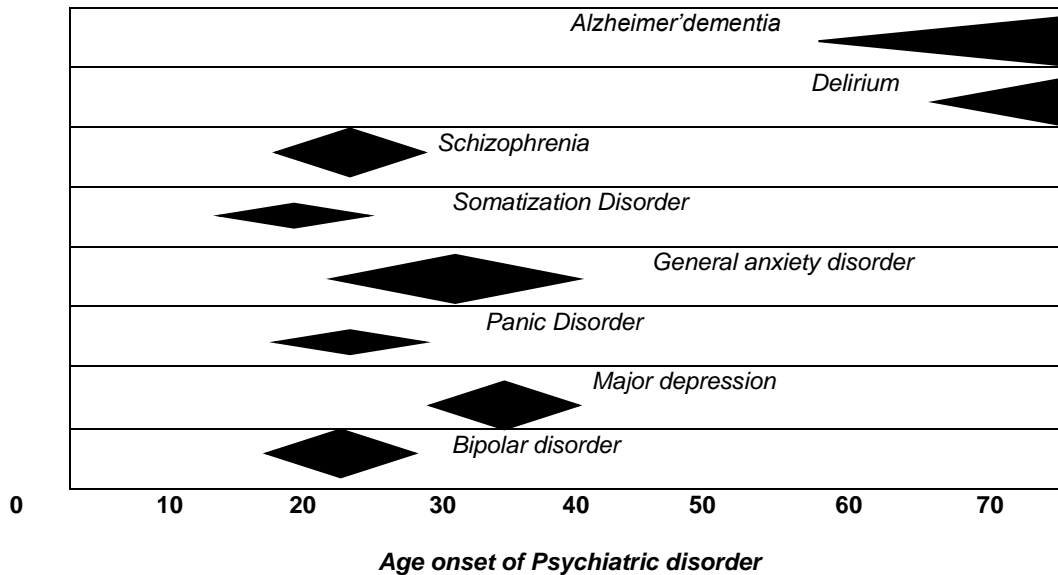
Contoh sistematika pemeriksaan status mental sebagai “neuropsikiatrist” sebagai berikut:

Tabel 16. Komponen Pemeriksaan Status Mental

<i>Non kognitif</i>	<i>Kognitif</i>
Penampilan umum dan perilaku	Tingkat kesadaran dan kewaspadaan
Afek dan Mood	Perhatian
Proses fikir dan isi fikir	Kemampuan berbicara dan berbahasa
Persepsi	Orientasi
Kemampuan abstraksi	Memori
Daya nilai	
Tilikan diri	

(Strub RL.,Wise MG., 1992)

Tabel 17. Gangguan psikiatri dan onsetsnya



(Strub & Wise, 1992)

1. KOMPONEN NON KOGNITIF PADA PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

Evaluasi pasien dengan perubahan kemampuan komponen non kognitif lebih sulit dibandingkan komponen kognitif. Komponen non kognitif bersifat subjektif dan pada umumnya primer oleh karena gangguan mental. Penggambaran yang tepat membantu klinisi mengidentifikasi bahwa kelainan pada komponen non kognitif adalah akibat gangguan medis umum seperti tumor otak atau akibat penggunaan zat. Pertama, seorang klinisi harus tahu epidemiologi dari gangguan mental tersering (lihat tabel.1). Misalnya seseorang yang berumur 60 tahun yang sebelumnya belum pernah menderita gangguan mental, lalu hasil konsultasi didapatkan adanya dugaan menderita skizofrenia, maka harus diwaspadai kemungkinan ada kondisi medis atau pengaruh zat yang menjadi penyebabnya. Kita ketahui bahwa skizofrenia

biasanya dimulai dari dewasa muda atau remaja, atau pernah menderita gangguan ini sebelumnya.

a. Penampilan umum dan perilaku

Dengan pengamatan yang cermat hal yang perlu dilaporkan sebagai berikut: Bagaimana penampilan pasien dan perilakunya selama pemeriksaan. Peningkatan atau penurunan gerakan tubuh, mengambil sikap tertentu, tremor, gerakan involunter kasar/halus, gerakan diskinesia harus rinci dilaporkan. Pelaporan yang akurat mencegah bias bila laporan ini dibaca oleh orang lain.

b. Afek dan Mood

Terminologi yang umum untuk mood dan afek serta pelaporannya sama dengan pemeriksaan status mental standart dalam psikiatri. Gangguan mood sering terjadi akibat gangguan kondisi medis umum (Wise and Taylor, 1990). Dalam DSM IV dikatakan *mood disorder due to a general medical condition*, dimana kondisi medis mempunyai nama spesifik atau bisa oleh keadaan *substance induce mood disorde*. Casem (1990) menggunakan istilah ini dengan gangguan mood sekunder.

Oleh karena kendala terminologi, maka dalam CLP untuk gangguan mood sering dikonsultasikan pada kasus akibat penggunaan zat (Rundell and Wise, 1989) dimana pernah dilaporkan 87% dari kasus manik dan 38% gangguan depresi ternyata akibat gangguan mood organik. Gangguan medis baik organik seperti stroke maupun zat yang berakibat lesi pada daerah subkortikal akan menyebabkan gangguan depresi. Jadi pasien dengan stroke berisiko tinggi untuk mengalami gangguan depresi, juga mania walaupun jarang (Goodwin and Jamison, 1990). Faktor yang mempengaruhi timbulnya suatu gangguan mental yang muncul pada penderita stroke kemungkinan besar ada proses patologis di susunan saraf pusat (Robinson and Starkstein, 1990). Penanganan yang tidak tepat gangguan mood pada kasus di atas mengakibatkan pemulihan yang lama (Parish *et al.*1990). Gangguan lain yang menyebabkan perubahan mood adalah hipotiroidisme. Keadaan manik dapat disebabkan oleh hipertiroidisme (Gold *et al*, 1981)

Efek samping beberapa obat juga dapat menyebabkan timbulnya gangguan mood misalnya reserpin dan methyldopa (Benson *et al*, 1983). Kortikosteroid dosis tinggi setelah transplantasi organ dilaporkan menyebabkan peningkatan mood sampai manik (Rundell and Wise, 1989; Wise *et al.* 1988). Bila telah dibuktikan tidak ada penyebab organik maupun zat maka dapat ditegaskan bahwa kondisi itu primer gangguan psikiatri dalam hal ini gangguan mood (gangguan depresi, gangguan bipolar, gangguan penyesuaian dengan afek depresi dll)

c. Proses fikir dan isi fikir

Bagaimana proses fikir dan isi fikir bisa diketahui bagaimana kualitas dan kuantitas pembicaraan serta perilaku pasien. Bagaimana pasien dalam menjawab pertanyaan, apakah ia responsif dan tepat menuju ide jawaban, apakah ada alur percakapan yang makin menjauh dari jawaban (tangensial). Bentuk fikir penting untuk menilai proses fikir. Proses fikir yang begitu cepat dari satu ide ke ide lain (*flight of ideas*), bisa tidak ada hubungan dengan alur berfikir yang tidak dimengerti (*loose association*) atau berhenti tiba-tiba (*thought blocking*). Isi fikir yang sebagian besar berisi satu tema menggambarkan apa yang menjadikan perhatian pasien, termasuk obsesi, preokupasi, adanya ide atau usaha bunuh diri, waham.

Pembagian gangguan berfikir dalam kategori fungsional dan organik tidaklah realistis. Oleh sebab itu gangguan berfikir primer (pada episode manik gangguan bipolar 1, skizofrenia) dan gangguan berfikir sekunder (oleh karena penggunaan zat, obat, dalam keadaan delirium, demensia) dipakai dalam tema disini (D.W Black *et al*, 1988) dari segi sebaran umur gangguan berfikir primer biasanya dewasa muda dengan tambahan adanya halusinasi auditorik dan pada yang sekunder biasanya pada usia lebih tua, ada gangguan kondisi medis umum, sedang menggunakan obat-obatan, halusinasi auditorik yang jarang, gangguan kesadaran, disorientasi, delusi yang tidak sistematis.

Perilaku dapat juga merefleksikan isi fikir. Pasien yang enggan menjawab disertai perilaku curiga memperlihatkan perilaku bermusuhan bisa pada keadaan paranoid.

d. Persepsi

Berat ringan gejala gangguan persepsi dapat bersumber dari laporan keluarga mengenai perilaku pasien bagaimana ia bersikap terhadap halusinasi atau ilusinya. Jenis halusinasi juga bisa membedakan mana gangguan primer psikiatrik atau bukan. Halusinasi auditorik sering terdapat pada gangguan mental primer seperti skizofrenia, mania, depresi psikotik. Pengecualian pada keadaan intoksikasi alkohol, halusinasi auditorik dapat muncul (Victor and Hope, 1958). Halusinasi yang melibatkan modalitas sensorik lebih mengarah kepada gangguan sekunder (organik).

Halusinasi auditorik terdapat pada skizofrenia berkisar 28-72% (D.W Black *et al*.1998). Halusinasi pada gangguan psikiatrik biasa bersifat *audible voice*/bergema, komentar, berargumen, fikiran berulang. Halusinasi auditorik yang selalu memanggil nama, berulang-ulang khas pada kelainana susunan saraf pusat dan beberapa gangguan non psikotik seperti kepribadian ambang, gangguan somatisasi, gangguan disosiatif.

Visual halusinasi khas pada gangguan otak atau gangguan sepanjang jaras pengelihatan atau keadaan lokal mata akibat penyakit (Bracha *et al*.1989). Visual halusinasi dapat terjadi dalam keadaan delirium, narkolepsi, epilepsi, migrain, lesi batang otak, gangguan saraf optik, pasca bedah okuler, setelah menghirup zat halusinogen. Harus dibedakan dengan keadaan pada orang normal seperti saat akan tertidur, keadaan hipnosis, atau mimpi.

Tactile hallucinations bisa terjadi pada gangguan psikiatrik misalnya skizofrenia maupun gangguan psikiatrik organik seperti delirium, epilesi parsial kompleks, psikotik organik.

Halusinasi olfaktori, gustatori dan kinestetik (gerakan) jarang pada gangguan organik (Lishman, 1987). Ketiganya bisa bersaan ada pada gangguan psikiatri seperti gangguan somatisasi dan psikotik dan monosimtomatik hipokondriasis.

e. Kemampuan abstraksi

Kemampuan abstraksi harus dinilai tingkat pendidikan. Anak kecil biasanya masih berfikir konkrit karena kemampuan asosiasinya terbatas. Namun hal tersebut dapat terjadi pada pasien skizofrenia, demensia.

f. Daya nilai

Daya nilai adalah kemampuan untuk mengantisipasi konsekwensi akibat suatu perbuatan dan usaha agar diterima sebagai bagian masyarakat atau budayanya. Perilaku

yang tampak saat pemeriksaan penting untuk menilai daya nilai ini. Misalnya sikap permusuhan terhadap orang sekitar pada paranoid pasien.

g. Tilikan diri (*insight*)

Tilikan diri mengandung pengertian yang luas, yaitu kesadaran diri terhadap gejala atau gangguan yang dirasakan yang melibatkan komponen kesadaran psikologis baik disadari maupun tidak sehingga seseorang berperilaku tertentu (Feher et al.1989) Bila kasus yang ditemukan primer gangguan psikiatri maka ada 6 tingkatan derajat tilikan yang mengarah beratnya gangguan dari tilikan yang paling buruk (derajat 1) sampai derajat paling baik (derajat 6) (Dirjen.Pelayanan Medik, 1993)

2. KOMPONEN KOGNITIF PADA PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

Ada dua cara mengetahui defisit neurologis sekaligus membedakan dengan gangguan organik:

- a. Pengamatan selama wawancara dengan pasien
- b. Instrumen baku : *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein et al.1975) dan *Cognitive Capacity Screening Examination* (CCSE; Jacobs et al.1977)

Untuk keadaan demensia berat atau delirium mudah dinilai dengan cara pertama namun untuk kelainan defisit fokal neuropsikiatri ringan dan demensia ringan sampai sedang sulit dinilai, bahkan MMSE dan CCSE memiliki *false negative* 43% dan 53% pada pasien tersebut yang memang didasari akibat lesi di dalam otak.

a. Tingkat kesadaran

Kondisi yang sering dikonsultasikan dalam CLP adalah; pasien dalam keadaan letargik, agitasi, mengamuk setelah tindakan, perubahan cepat isi fikir, cemas. Pada delirium sering terjadi kesadaran berkabut, sulit memusatkan perhatian, gangguan isi fikir, perilaku yang kacau (Lipowski, 1990). Pasien dengan penurunan tingkat kesadaran harus difikirkan penyebab dari delirium atau koma tersebut. Penyebab tersering adalah keadaan intoksikasi (medikasi, obat, alkohol, keadaan putus zat) lalu gangguan metabolisme, trauma kapitis dengan sekuele intrakranial, tumor otak (Magoun, 1963)

b. Atensi

Kemampuan mempertahankan atensi terhadap stimulus serta mengalihkannya merupakan fungsi mendasar yang kompleks dari fungsi kognitif (Berluchii and Rizzolatti, 1987). Inatensi (tidak dapat memusatkan perhatian) sering merupakan gangguan neuropsikiatri.

Test standar untuk memeriksa gangguan atensi adalah *Forward Digit Span* dan *The A test for Vigilance* (Strub and Black,1985). Pada *Forward Digit Span* pasien diperlihatkan sederetan 5 yang makin besar tetapi acak lalu pasien disuruh menyebutkan kembali tanpa melihat (standar normal). Urutan angka bisa makin besar (maju) atau hitung mundur (makin kecil) dalam deretan 5 angka tidak berurutan. Kemampuan yang diuji pada test urutan angka mundur adalah proses visuospasial sekaligus atensi (F.W Black, 1986). Gangguan atensi bisa terjadi pada keadaan cemas, kelelahan, delirium, demensia, skizofrenia, mania, lesi fokal otak terutama yang terletak di frontal inferior atau lobus parietal. Pada lesi otak luas yang mengenai satu belahan hemisfere dapat terjadi inatensi pada salah satu sisi tubuh (*left or right hemiattention*) (Weinstein and Friedland, 1977). Karena inatensi tidak spesifik merujuk kepada gangguan primer atau sekunder psikiatri maka harus diidentifikasi gejala lain yang menyertainya sehingga kemungkinan meluas kewilayah selain neuropsikiatri.

c. Berbicara dan berbahasa

Yang menjadi fokus pemeriksaan adalah, alur pembicaraan, kecepatan, ritme, jelas pengucapannya, urutan kata apakah membuat kalimat yang benar. Bicara menggambarkan proses pikir. Pusat bahasa ada di belahan hemisfer dominan. Kelainan modalitas ini bisa dalam bentuk *slurred speech* (seperti bergumam/kumur-kumur) pada keadaan intoksikasi, soft trailing speech pada penyakit Parkinson, disonia dan disartria pada pasien amiotropik lateral sklerosis. Gangguan berbahasa khususnya afasia ditandai kesulitan dalam menemukan kata-kata, membentuk kalimat dan mengeja dapat disebabkan defek area berbahasa di otak.

Dalam CLP instrumen pemeriksaan afasia seperti *Aphasia Screening Battery* (Reitan, 1984). Pemeriksaan dapat juga dengan pertanyaan yang bodoh untuk memancing rasa humor pasien, bila pasien tidak tersenyum maka dapat menjadi bukti adanya gangguan kognitif, keadaan depresi atau ketakutan yang berat. Jadi disamping bagaimana cara berbicara juga bagaimana emosi yang menyertai pembicaraan harus dinilai. Aspek lain dari berbicara adalah repetisi, *naming*, membaca dan menulis.

Diagnosis yang tepat dalam pemeriksaan fungsi kognitif ini bisa menyelamatkan hidup pasien contohnya bila pemeriksa tidak bisa membedakan fluent afasia akibat masa lobus temporal dengan bahasa psikotik pada pasien skizofrenia yang mengalami dekompresi, maka hal ini dapat fatal. Diagnosis yang berubah akan merubah penanganan. Afasia karena gangguan otak maka harus dirujuk ke dokter ahli bedah saraf.

d. Orientasi

Pertanyaan sekitar mengenali diri, waktu (tahun, bulan, hari, jam), tempat dan cuaca bial dijawab dengan benar biasanya dicatat dalam catatan medis dengan sebutan "X4" berarti orientasi baik. Namun dianjurkan jangan cepat mengambil kesimpulan normal atau pasien dalam keadaan tidak bingung atau fungsi otak normal. Pasien yang menderita lesi otak, delirium sedang, permulaan demensia orientasi bisa normal. Tidak mengenali diri sendiri jarang pada gangguan otak kecuali pada demensia berat atau afasia, dan keadaan ini sebagian besar akibat gangguan psikiatri khususnya gangguan disosiatif seperti gangguan identitas disosiatif, amnesia disosiatif, fugu disosiatif. Walaupun terdapat penurunan kognitif global pada delirium dan demensia, disorientasi tidak sejalan dengan beratnya penyakit. Pada pasien dengan delirium akut hanya 36% yang sulit menyebut tahun, 43% bulan dan 34% mengenali tempat (Cutting, 1980)

Disorientasi ruang/tempat dapat terjadi pada keadaan panik atau ketakutan pada suatu tempat yang besar seperti pusat perbelanjaan, takut kalau tidak bisa menemukan toilet, sulit menemukan lift untuk keluar, lupa mencari lokasi parkir mobil. Hal tersebut bisa terjadi pada orang normal karena lupa memberi tanda/mengenali mobil, lift, jalan keluar. Lain dengan keadaan demensia dimana gangguan memori jangka pendek sudah terganggu maka ia akan kesulitan mencari dimana mobilnya diparkir, atau pasien dengan spasial disorientasi akibat kerusakan lobus parietal (De Renzi, 1985). Pasien ini menderita defisit persepsi visual sehingga tidak dapat mengintegrasikan informasi disekelilingnya untuk menandai mobilnya diparkir. Lesi pada lobus parietal kanan juga dapat menyebabkan keadaan disorientasi spasial. Pasien ini kadang disertai gejala *hemineglect* atau hamiatensi.

e. Memori

Pemeriksaan fungsi memori segera sebenarnya sudah bisa dinilai saat pemeriksaan orientasi. Pemeriksaan memori jangka pendek dengan cara menyebutkan 3 benda yang berlainan setelah perhatian dialihkan dengan obyek pembicaraan lain. Kemampuan *recall* ini penting untuk menduga adanya gangguan otak. Memeriksa memori dengan menyebut warna

dan struktur benda dapat dilakukan untuk menilai konstruksional praksis, pemeriksaa dapat mengajukan 3 kata dan 3 bentuk benda lalu pasien disuruh mengulang kembali.

Dalam CLP kehilangan memori menjadi perhatian utama karena banyak dikonsultasikan. Penyebabnya bisa dari primer gangguan psikiatri maupun organik atau keduanya. Riwayat penyakit sebelumnya dapat menjadi pegangan kemana arah penyebab gangguan ini. Pada umumnya pasien usia di bawah 40 tahun keadaan amnesia terjadi akibat gangguan psikiatri sedangkan usia yang lebih tua dengan kehilangan daya ingat progresif mengarah kepada demensia. Keadaan demensia mudah menjadikan orang tua jatuh ke dalam ansietas maupun depresi hal ini harus dicermati.

D. PERAN DIAGNOSIS DALAM CLP

Keefektivan konsultasi psikiatri terhadap pasien dengan gangguan medis memerlukan ketrampilan klinis serta kemampuan mengintegrasikan berbagai informasi menjadi suatu diagnosis. Ketrampilan yang esensial dalam CLP adalah kemampuan untuk melakukan pemeriksaan status mental secara komprehensif, khususnya menguji kemampuan kognitif pasien di bangsal serta melakukan pemeriksaan neurologis singkat. Data-data yang didapatkan digabungkan dengan riwayat penyakit sebelumnya baik medikasi yang diberikan, hasil pemeriksaan penunjang, gangguan mental yang pernah diderita, mekanisme defensi yang digunakan, kepribadian pasien serta keterikatan proses fikir dan perilaku berguna untuk membuat formula diagnosis. Hal tersebut merupakan proses yang paling baik dan berguna untuk diganosis yang tepat dari gangguan medis yang diderita pasien sehingga menimbulkan gangguan psikiatri

BAB V

INTERVENSI

A. PERAN INTERVENSI

Intervensi adalah suatu langkah antara diagnosis dan penerimaan pasien terhadap pengobatan. Keterampilan komunikasi sangat penting dalam hubungan antara mengenali dan mendiagnosis suatu gangguan dan mengikut sertakan pasien dalam usaha-usaha terstruktur untuk mengobati gangguan tersebut. Intervensi juga bisa dianggap sebagai persiapan dari pasien untuk pengobatan psikiatri atau ketergantungan zat. Fase ini adalah salah satu bagian yang lebih menantang untuk komunikasi dokter-pasien yang lebih efektif, sebab pasien biasanya merasa bahwa diagnosis gangguan psikiatri atau ketergantungan zat sebagai ancaman bagi harga diri mereka. Bentuk komunikasi tersebut yang kami sampaikan di sisni juga dapat dipakai pada keadaan-keadaan di mana dokter memberitahu pasien dengan diagnosis-diagnosis atau kondisi-kondisi lain yang menganca, sebagai contoh; memberitahu seorang pasien yang menderita suatu penyakit medis yang mengancam hidup seperti AIDS atau kanker.

Pasien membutuhkan beberapa diskusi sebelum mereka mampu menerima diagnosis dan ikut serta dalam pengobatan. Beberapa dokter tidak yakin mengenai kemampuan dari pasien mereka untuk merespon secara efektif terhadap diagnosis gangguan psikiatri atau ketergantungan zat. Dokter sebagai komunikator yang efektif mengharapkan untuk mendiskusikan ketergantungan zat dan pengobatan psikiatris berkali-kali sebelum pasien mengambil tindakan. Ketekunan adalah kunci bagi komunikasi yang efektif. Dokter yang mencari informasi tambahan dari keluarga dan orang lain yang signifikan dalam fase diagnosis biasanya lebih efektif dalam fase intervensi. Anggota keluarga lebih mungkin mendukung intervensi dokter jika mereka merasa bahwa dokter telah mempertimbangkan perhatian dan informasi mereka.

Keterampilan ini penting untuk intervensi singkat yang efektif dapat diringkas oleh suatu akronim FRAMES (lihat Tabel 18).

Tabel 18. Akronim FRAMES

F	<i>Feedback</i> on the patient's risk or impairment
R	<i>Responsibility</i> for change belongs to the patient
A	<i>Advice</i> to change should be specific and nonambiguous
M	<i>Menu</i> of alternative strategies
E	<i>Empathetic</i> rather than confrontational counseling style
S	<i>Self-efficacy</i> : a positive view of patient's ability to change and the treatments efficacy

Ketika mendiskusikan suatu gangguan psikiatrik atau ketergantungan zat, umpan balik individual singkat dari resiko pasien, tekanan pada tanggung jawab pasien, saran-saran spesifik pada perubahan-perubahan yang dianjurkan, suatu daftar pilihan, empati, dan pandangan positif dari kemampuan pribadi pasien untuk berubah dan kemanjuran pengobatan merupakan komponen – komponen yang penting. Kotak-kotak dialog 1 dan 2 memberikan contoh singkat dari konsep-konsep ini.

Kotak dialog 1 : Laki-laki ketergantungan alcohol yang dirawat inap dengan pankreatitis.

Tn. A, Jika anda terus menerus minum alcohol, anda beresiko dengan episode yang lain dari pankreatitis (*feedback*). Saya menganjurkan anda untuk berhenti minum secara total (*advice*). Dalam

pengalaman saya dengan pasien, saya tahu bahwa sangat sulit untuk berhenti minum sendirian (*empathy*). Saya menganjurkan mengikuti perkumpulan pecandu alkohol tanpa nama. Anda dapat menghubungi nomor telepon ini untuk mendapatkan suatu rencana pertemuan, atau saya dapat juga mengusulkan pengobatan rawat inap dalam rumah sakit lokal kami atau program rawat jalan pada klinik yang dekat (*menu*). Ini adalah keputusan anda (*responsibility*). Saya tahu cara kerja pengobatan rawat inap dan perkumpulan pecandu alkohol tanpa nama tersebut (*self efficacy*).

Kotak dialog 2 :

Ny B, Saya pikir bahwa problem tidur anda, kehilangan berat badan, saat-saat yang menyedihkan, dan kesulitan melakukan pekerjaan disebabkan oleh depresi. Tanpa pengobatan anda dapat terus menerus mengalami gejala atau merasa lebih buruk dalam setahun ini. Anda dapat juga mengalami seperti ingin bunuh diri tanpa pengobatan (*feedback*). Saya mengusulkan pengobatan (*advice*). Saya akan meresapkan suatu antidepresan atau anda dapat pergi ke pusat kesehatan mental atau ke psikiater lokal kami (*menu*). Ini adalah pilihan anda (*responsibility*). Saya tahu kerja pengobatan sebagian besar pada pasien (*self efficacy*), dan saya akan senang membantu anda (*empathy*).

Bentuk intervensi tersebut sebaiknya empati atau perhatian daripada bersifat konfrontatif atau tuduhan, optimistik daripada pesimistik, dan itu sebaiknya menempatkan pertanggungjawaban untuk perubahan pada pasien, daripada dokternya, sistem perawatan kesehatannya, keluarganya atau yang lain.

Intervensi juga dibutuhkan seorang pasien dirujuk untuk konsultasi psikiatri. Pernyataan-pernyataan sederhana seperti pada kotak dialog 3 dan 4 akan membuat konsultasi suatu proses yang lebih efektif untuk pasien, psikiater konsulen dan dokter yang merujuk. Intervensi yang menggunakan ketrampilan-ketrampilan komunikasi dan perilaku yang sama menyiapkan pasien tersebut untuk konsultasi sikiater dan akan menambah keempatan kesuksesan rujukan.

Kotak dialog 3 : Pasien rawat inap laki-laki pecandu alkohol dan hepatitis

Tn C, Saya pikir kebiasaan anda minum alkohol adalah penyebab penyakit liver anda (*feedback*), dan anda perlu untuk menghentikan minum alkohol sebelum liver anda menjadi lebih buruk (*advice*). Saya harap anda membicarakan dengan Dr X untuk mendiskusikan apa yang dapat anda lakukan mengenai kebiasaan anda minum alkohol tersebut (*responsibility*). Saya sudah minta dia untuk menengok anda hari ini. Saya pikir beliaudapat membantu problem anda (*empathy dan self efficacy*).

Kotak dialog 4 ; Pasien rawat inap perempuan dengan gejala angina dan depresi

Ny D, Saya pikir problem anda engan insomnia, saat-saat menangis, dan kelelahan mungkin disebabkan oleh depresi (*feedback*) daripada karena jantung anda. Saya harap anda berbicara dengan Dr Y (*advice*), seorang yang ahli dalam bidang ini untuk melihat apakah kami dapat membantu anda dengan gejala-gejala ini (*empathy*). Saya sudah mengatur untuknya agar datang segera dan melihat anda hari ini. Inilah kesempatan yang baik dimana anda akan merasa lebih baik (*self efficacy*). Jika anda depresi dan meneruskan pengobatan. Saya senang anda merasa lebih baik dan melakukan lebih banyak dalam hidup anda (*empathy*).

Intervensi membutuhkan ketrampilan komunikasi, perilaku yang positif, ketekunan dan latihan, tetapi manfaat dari pengobatan yang sukses dari gangguan psikiatri dan ketergantungan zat dipandang dari segi kepuasan pasien, kesehatan dan fungsi pasien yang meningkat, dan kepuasan profesional yang bertambah adalah nilai usaha tersebut.

B. INTERVENSI PSIKIATRI PADA LINGKUNGAN MEDIS PASIEN RAWAT INAP

Perawatan rumah sakit pada pasien-pasien rawat inap merupakan komponen penyerahan pelayanan perawatan kesehatan yang termahal pada sistem perawatan medis kami. Intervensi untuk mengerti kebutuhan –kebutuhan psikiatri dan psikososial pasien yang dirawat di rumah sakit, untuk mengobati mereka, untuk memperkecil morbiditas fisik, dan mengurangi LOS (Length of Stay) adalah sangat penting untuk memelihara sistem perawatan kesehatan yang aktif dan mumpuni.

Kenyataannya, beberapa variabel selain kondisi medis pasien, menambah lama perawatan di rumah sakit. Zimmer (1974) melakukan observasi pada lebih dari 2500 pasien, 11,8% dari seluruh hari perawatan tidak dapat dijelaskan sebagai kebutuhan fisik. Glass dan kawan-kawan (1978) melaporkan bahwa 363 pasien bedah medis yang rawat inap di rumah sakit, 18% dari hari perawatan adalah sekunder faktor sosial daripada faktor fisik. Mason dan kawan-kawan (1980) menggambarkan beberapa alasan supaya pasien diterima di rumah sakit dan faktor-faktor yang dapat dicegah yang dapat menimbulkan pengakuan untuk suatu penyakit fisik. Mereka melaporkan bahwa faktor sosial adalah kritis pada keputusan untuk menerima 21% pasien di rumah sakit besar. Boaz (1979) menggambarkan bagaimana penggunaan tinjauan kembali dapat membantu dalam mempertahankan biaya rumah sakit; untuk pasien yang diterima berdasarkan kedaruratan, LOS dipengaruhi dengan kuat oleh faktor sosial.

Oleh karena itu, faktor psikiatri dan psikososial berlaku pada tiap fase dari episode suatu penyakit :

1. Sebelum pengakuan sebagai sebab atau "tekanan" untuk pengakuan
2. Selama perawatan di rumah sakit
3. Selama keputusan yang mempengaruhi pengeluaran dan penempatan sesudah perawatan

Keputusan pada beberapa fase ini akan mempengaruhi deteksi dan pengobatan dari komorbiditas psikiatri dan LOS, dan oleh karena itu juga mempengaruhi biaya perawatan. Jadi intervensi harus direncanakan pada 4 fase penyakit untuk membicarakan dan memperbaiki persoalan biopsikososial yang mempengaruhi keputusan untuk menerima dan mempertahankan di rumah sakit .Pasien yang tidak mempunyai alasan medis untuk pengakuan mereka atau untuk LOS mereka yang diperpanjang. Rencana sesudah perawatan pasien dan pengeluaran pasien akhirnya mempengaruhi LOS, dan ini sering tergantung pada faktor biopsikososial.

Pada awal 1970 an, Berkman dan Rehr (1972,1973) adalah dua orang peneliti pertama melaporkan bahwa keperluan biopsikososial dikenali secara khas hanya terlambat dalam perawatan di rumah sakit, juga oleh metode rujukan yang biasa digunakan oleh layanan kerja sosial. Mengurangi keterlambatan waktu (yaitu, waktu dari intervensi psikososial sehingga ini dapat terjadi sedini mungkin pada perawatan di rumah sakit) dihipotesiskan untuk meningkatkan perawatan pasien dan mengurangi LOS. Sekarang ini layanan kerja sosial adalah bagian dari tim medis-bedah, tidak menunggu rujukan, dan dilibatkan dengan seluruh populasi bangsa (angka sebutan); mereka telah berubah dari model rujukan ke model penghubung.

Sebagian besar penelitian terhadap populasi medis pasien rawat inap mengalami kecacatan karena satu atau lebih faktor perancu, termasuk problem pengukuran dan instrumentasi; kurang acaknya sampel-sampel kontrol dan sampel eksperimental; pengaruh pemindahan dari lingkungan eksperimental ke lingkungan kontrol (yaitu pengaruh dari intervensi yang memperluas lingkungan kontrol); kegagalan mempertimbangkan keseriusan penyakit medis, banyaknya diagnosis medis dan psikiatri, dan kompleksitas intervensi medis dan bedah; dan kurang baiknya manajemen statistik dari data fisiologis dan data psikososial. Bilkings (1936) adalah peneliti pertama untuk menggambarkan

status biopsikososial yang meningkat dan pelepasan dari rumah sakit yang lebih dini sesudah suatu intervensi psikiatri.

Bonilla dan kawan-kawan (1961) mendapatkan kesehatan yang meningkat dan mengurangi keluhan-keluhan nyeri pada tindakan bedah sesudah hipnosis. Boone dan kawan-kawan (1981) melaporkan bahwa intervensi kerja sosial yang dini dan menyeluruh dapat meningkatkan kesehatan psikososial dan mengurangi LOS sampai 1,25 hari ($P=0,001$, $F=10,10$, $df= 1,362$) dalam suatu kelompok eksperimental yang dibandingkan dengan suatu kohort kontrol. Bagaimanapun, peneliti tidak melakukan kontrol untuk pengaruh pemindahan (dengan demikian kelompok kontrol mengurangi perbedaan dalam intervensi). Intervensi yang diijinkan jalan dini pada tiap pasien (metode penghubung) tanpa menunggu rujukan (yaitu suatu permintaan konsultasi) dan mengakibatkan suatu pengaruh pengganti kerugian biaya.

Levitan dan Kornfield (1981) membuktikan pada pasien ortopedi bahwa layanan penghubung psikiater, berbeda dengan pendekatan konsultasi tradisional, mengakibatkan suatu pelepasan yang lebih dini pengganti kerugian biaya dan lebih banyak pelepasan ke rumah dari pada ke rumah perawatan (LOS adalah 30 lawan 42 hari, dan pelepasan ke rumah adalah 16 lawan 8 pasien, berturut-turut untuk cohort eksperimental dan cohort kontrol ($P<0,05$).

Ackerman dan kawan-kawan (1988) menggambarkan pengaruh pendampingan depresi dan pengaturan waktu untuk konsultasi psikiatrik pada LOS pasien rawat inap medis. Mereka mendapatkan bahwa 11% perbedaan LOS pada populasi kontrol dan eksperimental dapat dijelaskan secara memuaskan oleh penetapan waktu konsultasi. Secara spesifik, konsultasi psikiatri yang terjadi lebih dini dalam perawatan di rumah sakit dihubungkan dengan suatu LOS yang lebih pendek yang diharapkan dari sistem kelompok yang berhubungan dengan diagnosis (DRG: Diagnosis Related Group). Oleh karena itu, deteksi dan pengobatan dini, bilamana perlu, untuk tiap pasien dapat menurunkan secara signifikan LOS dan pengeluaran dari sumber-sumber medis.

Levenson dan kawan-kawan (1992) memeriksa hasil psikiatrik dan ekonomik dari konsultasi psikiatrik yang dipandu oleh penyaringan pada pasien-pasien medis umum. Walaupun mereka menemukan tidak ada perbaikan psikososial maupun pelepasan yang lebih dini – lama tinggal di rumah sakit cukup pendek untuk mulai dengan – akibat-akibat ini telah dapat dijelaskan dengan memuaskan oleh penelitian populasi medis heterogen, yang mendapat hanya satu kali kunjungan oleh psikiater, menggunakan intervensi "tidak langsung" yang dilaksanakan melalui dokter yang mengajukan konsultasi dengan kurang dari 50% indeks dengan rekomendasi konsultan, bekerja dengan populasi yang tidak menguntungkan di pusat kota, dan pemeriksaan pasien-pasien yang LOS preintervensinya sudah pendek.

Strain dan kawan-kawan (1991) meneliti intervensi liaison psikiatri dibandingkan dengan konsultasi tradisional pada pasien-pasien tua yang fraktur pada pangkal pahanya pada dua tempat yang berbeda – Rumah sakit Mount Sinai (MSH) di New York dan Rumah sakit Northwestern Memorial (NMH) di Chicago menggunakan penilaian dan bentuk intervensi yang sama. Semua pasien dinilai oleh psikiater dengan ijin dan yang diobati dengan terapi psikologis dan/atau farmakoterapi sesudah suatu tinjauan dari semua pengobatan. Pasien-pasien didiskusikan dalam rentetan penyelidikan multidisiplin mingguan (Strain dan Hamerman 1978), dan persoalan-persoalan psikososial/psikologis diajukan pada rencana-rencana pelepasan. Pengobatan dikoordinasikan dengan pekerja-pekerja sosial, orang-orang lain yang signifikan bagi pasien, dan tim pengobatan. Pada kelompok perbandingan (konsultan tradisional), lebih sedikit dari 10% (MSH) dan 3% (NMH) dirujuk untuk konsultasi, sedangkan pada cohort eksperimental (liaison), 70%-80% menerima penilaian dan intervensi jika diperlukan (Pasien sisanya menolak untuk mendapatkan *informed consent* dan oleh karena itu dikeluarkan).

Intervensi liaison, bedanya dengan pendekatan konsultasi :

1. Mendeteksi DSM-III-R secara signifikan (*American Psychiatry Association* 1987) morbiditas Psikiatrik (56%).
2. Menghasilkan lebih sedikit depresi dan penurunan kognitif pada pelepasan.
3. Mengurangi LOS sampai 2 hari.
4. Menyebabkan hari-hari rehabilitasi yang lebih sedikit.
5. Tidak menyebabkan rawat inap kembali dalam periode *follow-up* 12 minggu.

Faktor perancu seperti umur, jenis kelamin, beratnya penyakit, banyaknya diagnosis psikiatrik, densitas tulang, kekompleksitasan prosedur pada bagian ortopedi, kestabilan fraktur, tingkat sosioekonomi, tempat penelitian, dan tahun penelitian diperhitungkan dalam analisis regresi yang menyatakan bahwa 11% perbedaan dalam biaya dapat dijelaskan dengan penilaian dan intervensi. Tidak ada pemindahan biaya dari komponen-komponen pasien rawat inap ke pasien rawat jalan dalam episode penyakit. Pada kenyataan, tidak hanya biaya rawat inap yang berkurang, tetapi biaya sesudah pelepasan – 12 minggu rawat jalan berkurang juga. Kesimpulan, pendekatan liaison menghasilkan peningkatan kesehatan psikiatrik dan penggantian kerugian biaya yang signifikan pada kedua rumah sakit (contoh MSH \$ 20.000 biaya intervensi menghasilkan penghematan \$167.000, *cost–offset ratio* 1:8).

Penelitian lain telah memperlihatkan kepentingan menyebutkan keperluan-keperluan biopsikososial dari semua pasien saat atau menjelang pangakuan untuk meningkatkan status pasien dan untuk menghemat biaya perawatan kesehatan. Hammer dan kawan-kawan (J.S Hammer, H.T.C. Lam. J.J. Strain, unpublished data, september 1993) menggunakan pendekatan skrining risiko tinggi pada kantor perijinan untuk mengevaluasi angka populasi rumah sakit umum dan mendapatkan bahwa bilamana keterlambatan waktu untuk penilaian psikososial dan pengobatan diperpendek, pasien-pasien dengan komorbiditas psikiatrik dan medis dikembalikan lebih dini. Untuk tiap dolar yang dikeluarkan untuk program skrining risiko sosial, rumah sakit penelitian menghemat 48 dolar US (1:48).

Mekanisme yang mendasari intervensi liaison tersebut dan pengaruh dari komponen-komponennya tidak diketahui. Selama mereka ditemukan, model liaison sebaiknya digunakan secara rutin dalam lingkungan medis.

BAB VI

TREATMENT

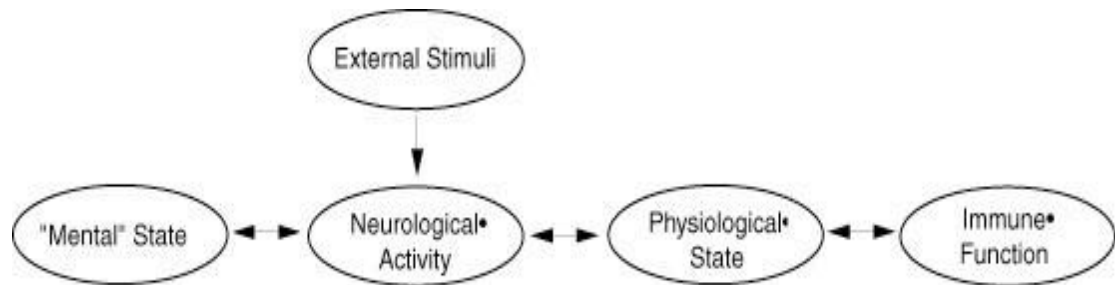
A. INTERAKSI PIKIRAN DAN TUBUH.

Mengapa dokter dan paramedis sekarang ini mengalami kesulitan dalam merawat manusia seutuhnya? Praktek kedokteran modern sudah menjadi sesuatu yang mekanis, bersifat teknis, dan tersekat-sekat. Pandangan kita yang rasionalistis dan yang tersekat-sekat membuat sulit terlaksananya pendekatan terpadu yang bertujuan menyembuhkan orang sakit. Dokter, perawat, teknisi, terapis fisik, psikolog, psikiater, terapis (nonfisik), pekerja sosial, konselor, rohaniawan, dan lain-lain yang turut merawat seseorang—semuanya mendapat pelatihan dibidangnya masing-masing. Tetapi keseluruhan sistem yang ada sekarang ini tidak memungkinkan terjalinnya kerjasama di antara mereka (*caregivers*) walaupun pasien yang sedang ditolong seringkali memerlukan pertolongan dari mereka semua. Sebagai pemberi pengobatan, perawatan, dan bimbingan psikologis (*caregivers*), perlu bekerjasama dalam satu tim (Fountain D.E,2002).

Setiap individu/pasien memiliki kekhususan (*ke-unique-an*) sendiri yang berakar pada jenis kelamin, konstitusi, pengalaman hidup, umur, fase kehidupan, sumber-sumber kekuatan dan dukungan lain, agama, kepercayaan, budaya dan sebagainya, yang mempengaruhi keadaannya baik dalam kondisi sakit maupun sehat. Dokter harus mampu mempertimbangkan berbagai aspek tersebut dalam menangani masalah kesehatan (Wibisono S, 2007).

Bukti-bukti menunjukkan bahwa banyak pasien dengan penyakit yang parah menggunakan kepercayaan religius untuk melakukan koping terhadap penyakitnya. Penggunaan religius/spiritualitas dilakukan secara luas untuk memperkirakan keberhasilan koping terhadap penyakit fisik. Dalam meta-analisis dari lebih 850 penelitian yang meneliti hubungan antara religius dan berbagai aspek dari kesehatan mental, sebagian besar penelitian menunjukkan manusia mempunyai kesehatan mental yang lebih baik dan lebih berhasil beradaptasi terhadap tekanan jika mereka religius. Analisis lain dari 350 penelitian menemukan bahwa orang religius secara fisik lebih sehat, mempunyai gaya hidup yang lebih sehat dan memerlukan perawatan kesehatan yang lebih sedikit (D'Saouza, 2007).

Kita semua mengalami, efek yang sama dari interaksi mental-fisik dalam kehidupan keseharian. Kurang disadari bahwa, peningkatan fungsi imun berkaitan dengan perubahan fisik dan mental ini. Status fisik sangat berespons terhadap persepsi dari rangsangan lingkungan, tidak mengherankan bahwa sistem imun juga sangat kuat dipengaruhi oleh status mental. Komponen utama dari sistem imun, leukosit (sel darah putih), berfungsi dalam lingkungan kimiawi yang dinamis melibatkan molekul pembawa pesan dari sistem saraf, eksokrin, dan endokrin. Perubahan fisiologis mengubah susunan kimia dari lingkungan ini, yang dapat menimbulkan ekspresi genetik dari pelepas atau reseptor protein pada leukosit atau yang sejenis di mana sitokin (molekul komunikasi antar sel imun) akan berikatan dengan reseptornya. Dan hubungan ini tidak secara langsung; fungsi imun sendiri dapat mengubah proses neurologi, fisiologi dan, sudah tentu, proses perilaku. Perilaku, dihasilkan dari permainan dinamis dari tingkat hormonal dan hubungan saraf, dapat memicu fungsi imun disamping juga dapat dipicu oleh sel imun (gambar 1).

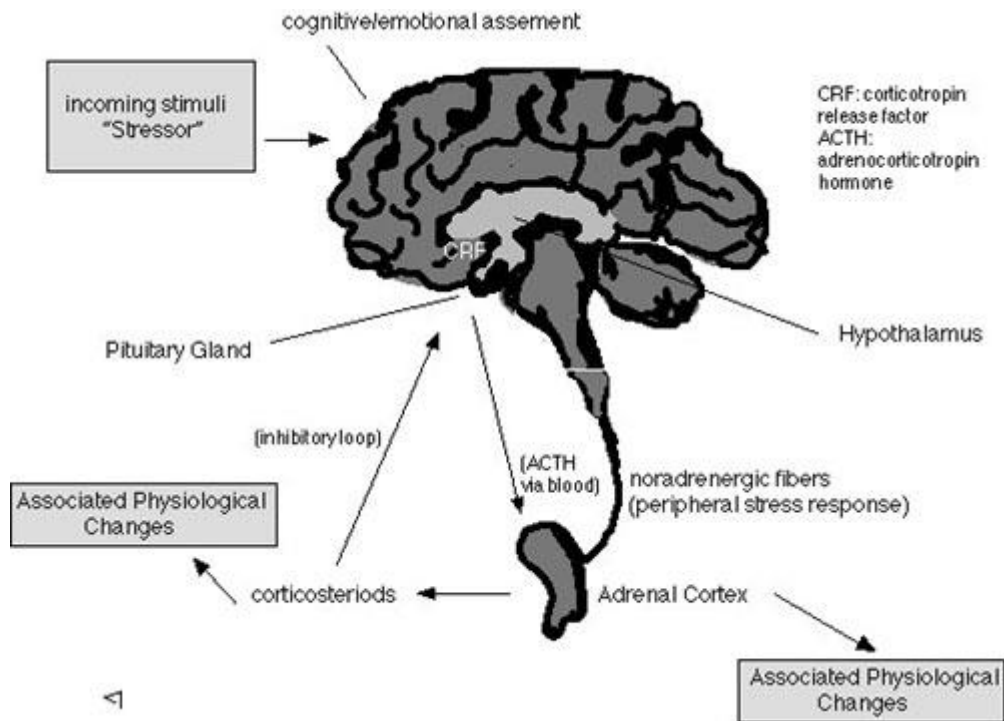


Gambar 1. Kerangka kerja konseptual

(diadaptasi dari Duncan Smith-Rohrberg,2000).

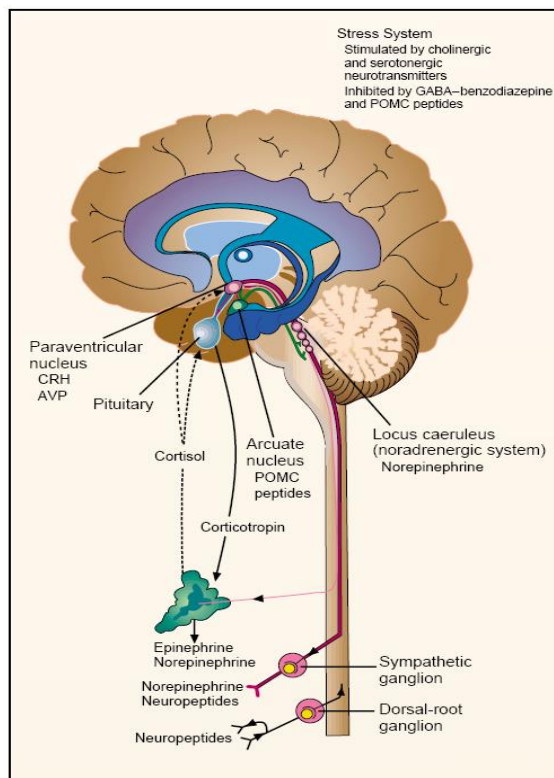
Stres dapat memberikan efek immunosupresi, ini tidak mengherankan bahwa aksis hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA), komponen perifer yang penting dalam respons stres, sangat berdampak pada rangsangan saraf terhadap sistem imun. Hormon yang dikeluarkan oleh hipotalamus dan pituitari berpengaruh pada aksi dari beberapa organ endokrin, seperti organ seks, kelenjar adrenal, dan kelenjar tiroid. Hubungan ini diperantarai oleh neurohormon sekresi nukleus hipotalamik di dalam darah pada portal hipofiseal, di mana mereka mempengaruhi kelenjar pituitari posterior, dan kemudian mengatur kontrol sekresi hormonal oleh kelenjar pituitari anterior, yang akan mengubah efek organ target. Beberapa hormon pituitari yang dipengaruhi hipotalamus dapat mempengaruhi fungsi imun, seperti GRTH, prolaktin, TSH, FSH, dan LH, dan secara tidak langsung, model linier dari interaksi neuroimun hampir selalu terlalu disederhanakan. Bagaimanapun, perhatian utama pada aksi dari hipotalamus dan pituitari terhadap kelenjar adrenal (HPA), sistem ini merupakan dasar yang penting bagi fungsi imun (gambar 2).

HPA aksis dan sistem simpatis sistemik dan adrenomedular merupakan lingkaran perifer dari sistem stres, yang fungsi utamanya untuk memelihara homeostasis berkaitan dengan stres. Komponen sentral dari sistem ini berada di hipotalamus dan batang otak. Sistem stres aktif saat tubuh beristirahat, menanggapi sirkadian yang berbeda-beda, neurosensori, tekanan darah, dan sinyal limbik. Sinyal ini termasuk sitokin yang diproduksi oleh imunitas yang dipacu reaksi radang, seperti faktor α tumor nekrosis, interleukin-1, dan interleukin-6. Aktifasi dari sistem stres meningkatkan rangsangan, peningkatan reflek motorik, meningkatkan kewaspadaan dan fungsi kognitif, menurunkan hasrat dan rangsangan seksual, dan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Sistem aktif ini juga mengubah fungsi kardiovaskuler dan metabolisme antara dan menghambat imunitas terhadap radang.

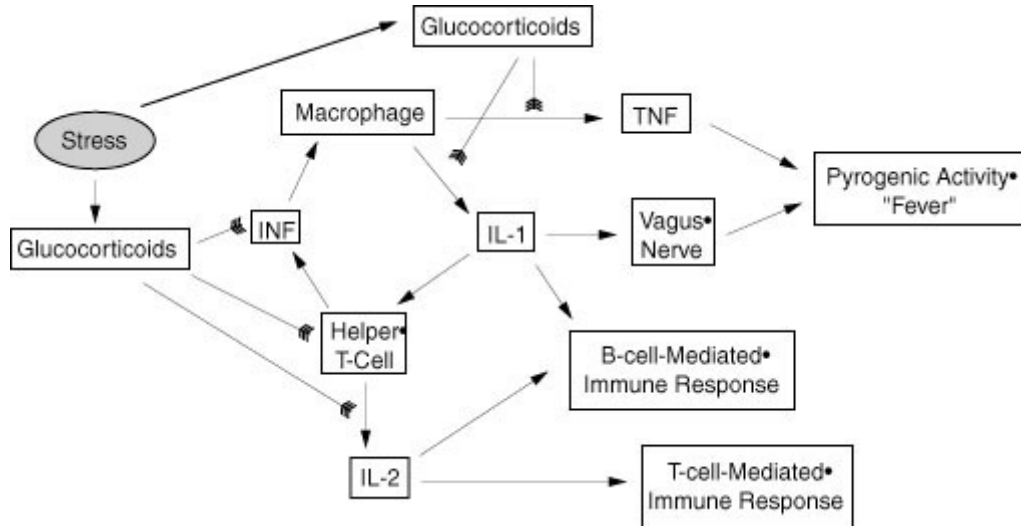


Gambar 2: "Hypothalamus-Pituitary-Adrenal Axis"

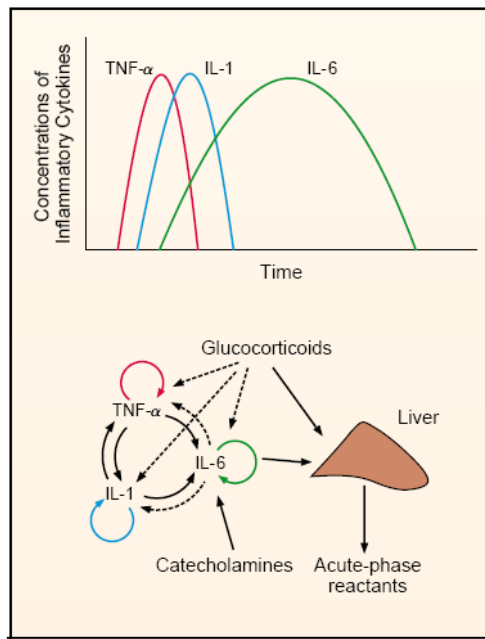
(diadaptasi dari Pennisi, 1997)



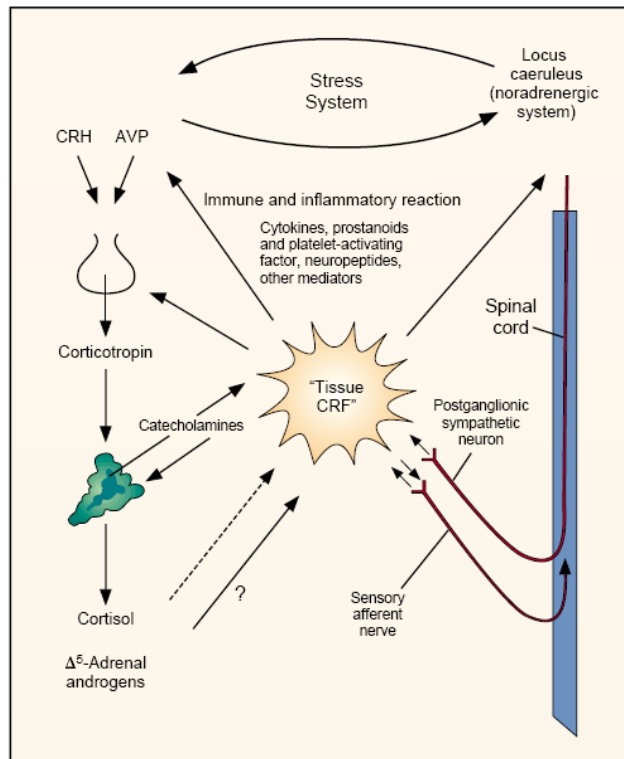
Gambar 3. Komponen utama dari Sistem Stress Sentral dan Perifer.



Gambar 4. Interaksi Glucocorticoids dan Cytokines (diadaptasi dari Munck & Gyre, 1981).



Gambar 5. Interaksi antara Sitokin inflamatori dan efek dari glukokortikoid dan katekolamin (diadaptasi dari Chrousos, 1995).



Gambar 6. Interaksi antara Sistem stress dan Inflamasi yang dimediasi oleh imun (diadaptasi dari Chrousos, 1995).

B. PANDUAN TERAPI CLP

Terapi psikiatri dan manfaat konsultan psikiater saat ini berkaitan dengan kesediaan pasien, keakutan pasien, faktor risiko, dan ketersediaan sumber daya setempat. Psikiatri C-L biasanya menggunakan terapi biologis dan psikoterapeutik yang telah menunjukkan kemanjuran (Westphal J.R dan Freeman A.M, 2000).

1. Terapi Biologis

a. Prinsip dalam terapi.

Prinsip terapi dalam CLP adalah (Jachana, Lane, dan Gelenberg, 1996):

- 1) Ingat bahwa menghentikan pengobatan sering merupakan tindakan yang menguntungkan.
- 2) Bila mungkin, perlu menghindari meresepkan "pengobatan bila perlu".
- 3) Jika ada kebutuhan memberikan dosis "pengobatan bila perlu", pantau frekuensi penggunaan untuk menentukan tingkat dosis yang tepat.
- 4) Penting untuk menggunakan dosis minimum dalam mempertahankan respons yang diinginkan.
- 5) Mengganti satu obat hanya dalam satu waktu.
- 6) Bila mungkin, gunakan hanya satu obat untuk mengobati gangguan atau gejala pada pasien.

- 7) Jaga campuran obat tetap sederhana.
- 8) Jangan memberikan pengobatan profilaksis kecuali ada alasan yang rasional.
- 9) Gunakan obat yang telah terbukti kemanjurannya.
- 10) Ingat bahwa kadar obat dalam serum hanya salah satu indikator dari efek, bukan merupakan bukti dari kemanjuran atau toksisitas.
- 11) Ketahui bahwa obat generik lebih murah, tetapi bioavailibilitasnya dapat rendah.
- 12) Pertimbangkan bahwa setiap pasien menampilkan suatu pengalaman baru.

Salah satu pengobatan psikofarmakologi yang paling bermanfaat yang dapat diberikan seorang konsultan CLP adalah merekomendasikan penghentian pengobatan. Penggunaan kombinasi psikotropik yang tidak sesuai dengan pengobatan yang lain memberikan efek samping yang tidak diinginkan yang dapat memberikan efek merugikan pada pasien secara fisik dan mental. Pasien yang secara medis sakit sangat rentan pada efek samping ini dan sering menerima pengobatan yang saling berinteraksi, jadi berpotensi menimbulkan efek samping (Jachana, Lane, dan Gelenberg, 1996).

Efek pengobatan jangka pendek dan panjang sering saling tercampur, seperti efek jangka pendek sedatif dan jangka panjang antipsikotik dari pengobatan neuroleptik. Jadi, untuk penilaian respons yang adekuat, sangat berguna untuk mengurangi jumlah variasi obat pada situasi tertentu, seperti menghentikan atau menghindari penggunaan neuroleptik pada pasien dengan demensia agitasi. Jika mungkin, dosis bila perlu sebaiknya dihindari sehingga respon pasien dapat diatur, dosis harian dapat ditetapkan. Kegagalan untuk melakukan ini dapat menghasilkan kebingungan dan kekacauan siklus dosis yang bila perlu dan yang tetap. Bila dibutuhkan dosis bila perlu, frekuensi dosis sebaiknya dipantau untuk menentukan jumlah pengobatan tambahan yang dibutuhkan (Jachana, Lane, dan Gelenberg, 1996).

Manajemen pengobatan yang efektif juga menerapkan penggunaan dosis minimum dari obat penting untuk mempertahankan respons yang diinginkan. Mengetahui pola umum dari respons dan memantau gejala individual pasien membantu untuk memastikan persepsian dosis yang sesuai untuk mempertahankan respons yang lengkap. Keefektifan dari perubahan pengobatan sering dapat ditentukan dengan baik dengan mengubah satu obat dalam satu waktu. Idealnya, dokter sebaiknya menggunakan satu macam obat untuk mengobati pasien dengan gejala atau gangguan tertentu. Pada beberapa pasien, seperti dengan depresi berulang, perlu merencanakan kombinasi obat dengan sangat hati-hati. Hampir tidak perlu untuk menggunakan lebih dari satu obat dari golongan yang sama dalam satu waktu. Disamping itu, jumlah obat efektif yang minimum seharusnya diberikan sehingga obat tambahan tidak dibutuhkan untuk mengatur efek samping. Sebagai contoh, menambahkan benzotropin untuk mencegah efek ekstrapiramidal dari neuroleptik juga dapat menimbulkan toksisitas. Situasi tertentu perlu diwaspadai dalam pemberian profilaksi (contoh, benzotropin) bila tidak ada gejala ekstrapiramidal; sebagai contoh, untuk menghindari reaksi distonik yang menakutkan setelah pemberian awal antipsikotik pada pasien yang gelisah yang mengalami episode awal dari skizofrenia. Penggunaan kombinasi obat harus dihindari karena tidak dapat mengontrol dosis individual dari kandungan obat (Jachana, Lane, dan Gelenberg, 1996).

Dalam memilih obat dari banyak yang tersedia, sering sangat membantu untuk menggunakan apa yang sebelumnya telah terbukti berguna secara individu. Obat generik dapat memberikan biaya yang minimal, bioavailibilitasnya dapat rendah. Absorpsi yang bervariasi dari lithium lepas lambat dapat memberikan masalah pada beberapa pasien. Sangat penting, informasi yang tersedia tentang respon khusus dari semua pengobatan

berdasarkan pada analisis statistik, bukan berdasarkan pengalaman klinis pada pasien individu. Setiap pasien adalah pengalaman baru! (Jachana, Lane, dan Gelenberg, 1996).

b. Prinsip dalam pemilihan obat.

Prinsip dalam pemilihan obat (Malt, 2006) adalah :

- 1) Efek pada masalah klinis.
- 2) Efek pada penyakit yang mendasari.
- 3) Implikasi gambaran efek samping.
- 4) Interaksi dengan obat "somatik".
- 5) Pengobatan oral atau parenteral.
- 6) Fungsi hati atau ginjal dan dosis.
- 7) Kesesuaian biologis?

c. Farmakodinamik, farmakokinetik , interaksi dan efek samping obat psikiatri.

Untuk terapi yang efektif dan manjur maka ada beberapa data penting yang harus diketahui untuk setiap obat yaitu data farmakokinetik, data farmakodinamik, dan data percobaan klinis.

Tabel 19. Formulasi individu tergantung kepada pengetahuan data obat

Data Farmakokinetik yaitu :

1. Enzim atau tranporter yang bertanggung jawab dalam eliminasi
2. Waktu paruh dan efek oleh penyakit ginjal atau hati pada waktu paruh
3. Variasi farmakokinetik antara kelompok etnis

Data Farmakodinamik yaitu :

1. Afinitas dan spesifisitas relativ reseptor terhadap obat yang lain
2. Efek yang tidak diharapkan (efek samping) klinis yang penting

Data percobaan klinis yaitu :

- Pengetahuan berkelanjutan terhadap semua penelitian dan percobaan klinis yang penting

(Fleckhart, 2006)

Tabel 20. Mekanisme potensial yang mendasari farmakokinetik interaksi antar obat

1. Ikatan protein
2. Enzim fase I CYPs (*cytochrome P450*) dan non CYPs
3. Enzim fase II
4. Tranporter ABC (*adenosine triphosphate binding cassette*)
5. Reseptor tingkat nuklear

(Fleckhart, 2006)

Tabel 21. Prinsip utama menghindari interaksi antar obat yang tidak diharapkan

1. Berhati-hati dan mengikuti praktek klinis yang baik
2. Menghindari pengobatan multipel target yang mempengaruhi target nonesensial
3. Gunakan logika lebih dari pada ingatan yang samar
4. Gunakan literatur dan perangkat lunak yang tersedia
5. Bila ragu-ragu, awali dengan bertahap dan ditingkatkan dengan bertahap
6. Pantau hasil yang tidak diharapkan
7. Antisipasi dan cegah dengan menghindari bila memungkinkan inducer atau inhibitor potensi tinggi dan obat dengan indeks terapi yang sempit.
8. Bila memungkinkan, pilih preparat dengan risiko rendah
9. Bila memungkinkan, pilih korban dengan jalur paralel yang multipel
10. Ingat bahwa efek samping dari banyak obat psikiatri mirip dengan penyakit yang sedang diterapi. Kenyataannya, pasien dapat merasa tidak bertambah baik karena pengobatan mereka daripada penyakitnya sendiri.

(Fleckhart, 2006)

Tabel 22. Kriteria untuk kombinasi obat yang rasional dalam psikiatri

1. Pengetahuan bahwa kombinasi mempunyai efek positif pada patofisiologi atau patoetiologi dari gangguan
2. Bukti yang nyata bahwa kombinasi lebih efektif, termasuk efektivitas pembiayaan, dari pada mono terapi
3. Kombinasi sebaiknya tidak menunjukkan posisi yang kurang aman dan kurang toleran dibanding mono terapi seperti mempunyai indikasi terapi yang sempit dan profil toleransi yang rendah
4. Obat sebaiknya tidak saling berinteraksi baik secara farmakodinamik maupun farmakokinetik
5. Obat sebaiknya berinteraksi dalam mencapai respon terapi yang diinginkan
6. Obat sebaiknya hanya mempunyai satu mekanisme aksi
7. Obat sebaiknya tidak mempunyai mekanisme aksi yang luas
8. Obat sebaiknya tidak mempunyai mekanisme aksi yang sama
9. Obat sebaiknya tidak mempunyai mekanisme aksi yang bertolak belakang
10. Masing-masing obat sebaiknya mempunyai metabolisme yang sederhana
11. Masing-masing obat mempunyai waktu paruh yang cukup
12. Masing-masing obat mempunyai farmakokinetik yang linier

(Fleckhart, 2006)

Tabel 23. Lima alasan untuk polifarmasi

1. Untuk mengobati gangguan yang lebih dari satu
2. Untuk terapi fase yang mengintervensi penyakit
3. Untuk mengobati efek samping
4. Untuk meningkatkan atau menambah efek yang diharapkan
5. Untuk mempercepat onset dari efek yang diharapkan

(Fleckhart, 2006)

2. Psikoterapi

Psikoterapi didefinisikan dengan istilah umum sebagai penggunaan bahasa verbal untuk memberikan pengaruh yang menguntungkan pada status mental dan emosi seseorang. Psikoterapi sendiri dalam psikiatri adalah proses dimana individu (pasien) turut serta dalam pertemuan terstruktur dan berkesinambungan dengan seseorang yang memiliki sertifikat, telah mengikuti pelatihan, mempunyai ijin, dan memiliki organisasi etika serta berkualifikasi untuk mempengaruhi status mental orang lain. Tidak ada perbedaan fundamental antara pasien dan terapis selain pelatihan yang diterima terapis sesuai tugasnya. Poin disini adalah psikoterapis tidak lebih superior dibandingkan pasiennya. Pasien dapat berpikiran seperti itu tetapi terapis harus menghindarinya (Nash, 2000).

Bentuk utama psikoterapi (Nash, 2000) :

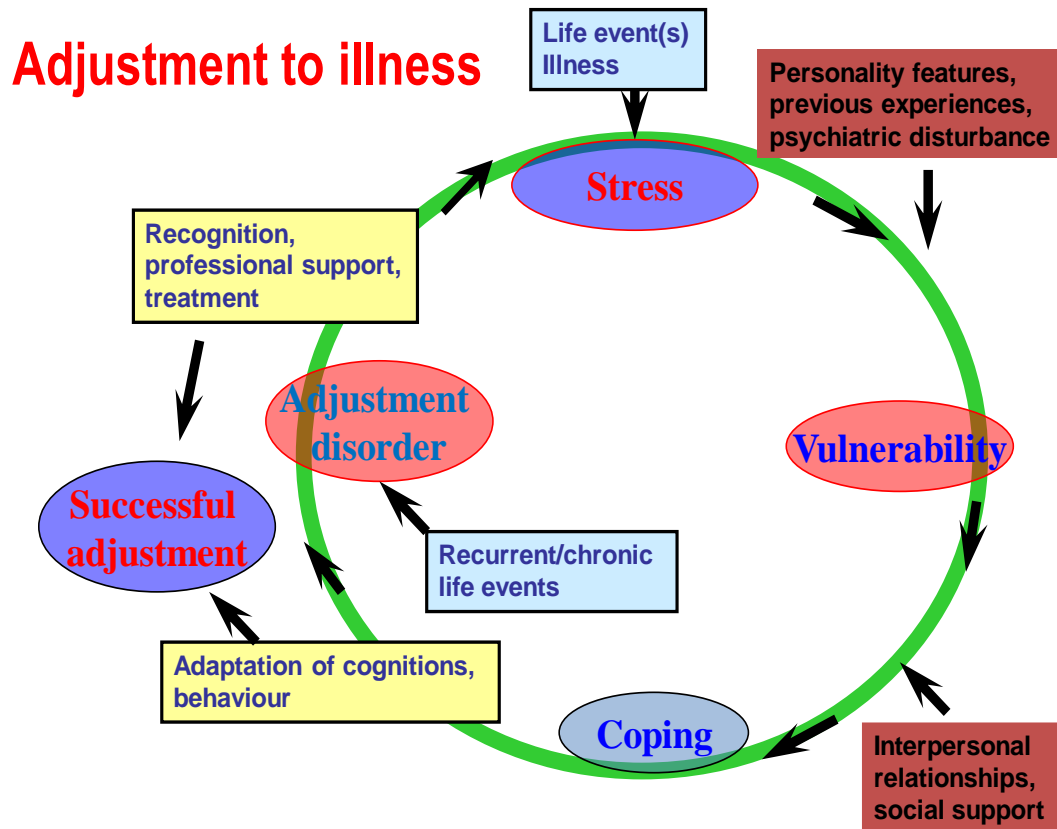
- a. Psikoterapi dinamik.
- b. Psikoterapi humanistik-eksperiental.
- c. Psikoterapi kognitif-behavioral.
- d. Psikoterapi eklikik atau integrasi.

Psikoterapi pada pasien yang menderita penyakit medis harus menyesuaikan dengan kebutuhan pasien (psiko-edukasi, relaksasi, hipnosis, imaginasi, CBT, terapi ekspresif-suportif), bila dibutuhkan kombinasikan teknik yang ada baik terapi individu maupun terapi kelompok. Libatkan orang-orang yang sangat berpengaruh bagi pasien (pasangannya atau keluarga) (Sollner, 2006).

Perlu dilakukan penyesuaian teknik psikoterapi pada pasien dengan penyakit medis (Sollner, 2006), antara lain :

- a. Lebih berpusat pada suportif bukan pada konflik, membangun hubungan terapeutik yang memberikan rasa aman.
- b. Memperkuat sumber daya yang telah ada pada pasien.
- c. Memfasilitasi luapan emosi pasien.
- d. Lebih terstruktur dalam membuat kerangka terapi yang aman.
- e. Pusatkan pada jangka pendek (perspektif waktu yang pendek).
- f. Perkuat dukungan sosial (yang menguntungkan).
- g. Libatkan orang-orang yang berpengaruh besar pada pasien.
- h. Berikan dukungan pada terapi medisnya.

Dalam psikoterapi harus mempertimbangkan penyesuain pasien terhadap penyakitnya.



W. Söllner, Lausanne 2006

Gambar 7. Penyesuaian Pasien dan penyakit

Terapi Kognitif-perilaku (CBT) pada pasien dengan penyakit medis bertujuan :

- Mengurangi gejala.
- Mengidentifikasi dan mengubah pikiran dan perasaan yang berperan dalam strategi koping yang maladaptif.

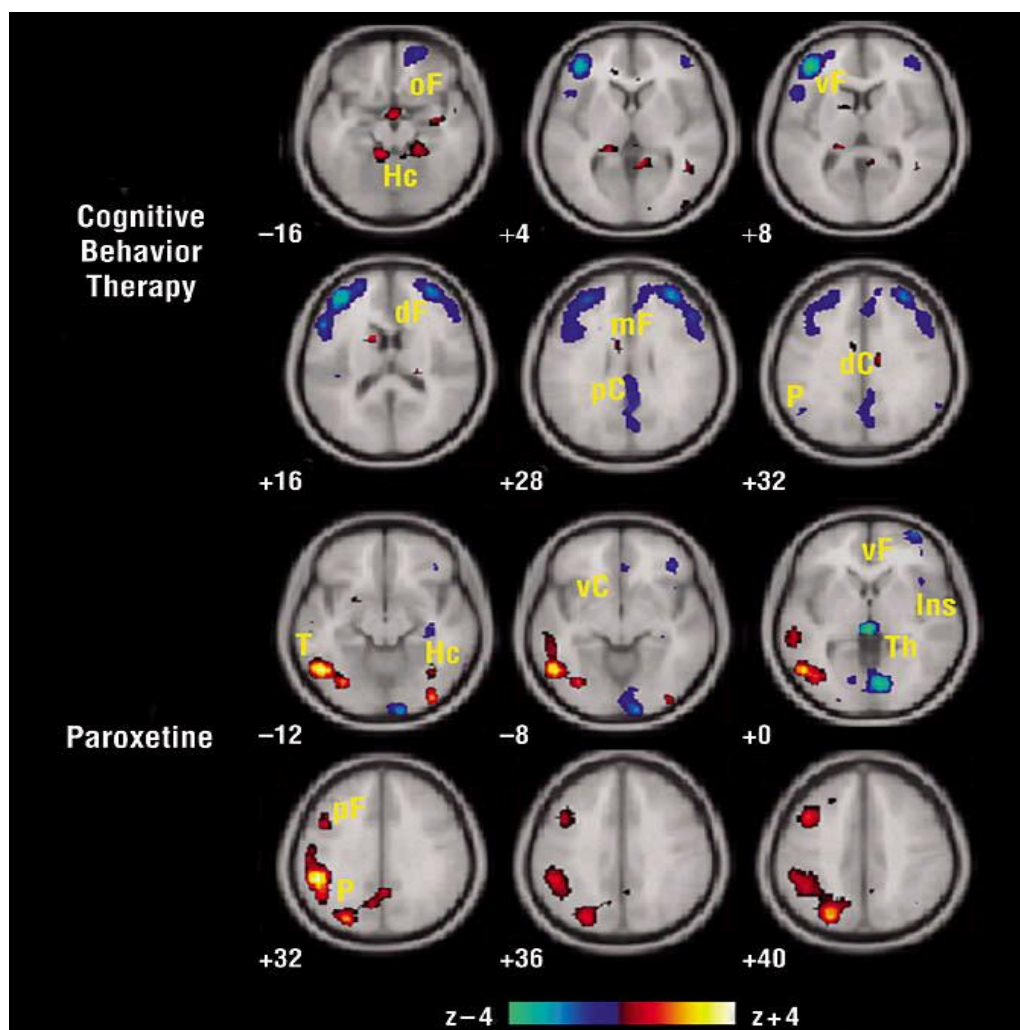
Metoda yang dipergunakan :

- Restrukturisasi kognitif.
- Menghilangkan pikiran yang tidak benar dengan intervensi perilaku yang sesuai.
- Menghindarkan dari pikiran dan perasaan yang membuat tidak nyaman.
- Relaksasi atau hipnosis.
- Manajemen stres.

Tabel 24. Perilaku dan kebutuhan psikologis pada pasien dengan penyakit medis

Perilaku	Kebutuhan
1. Cemas, kehilangan kontrol diri, hilang pengharapan	1. Mengembalikan kontrol dan kepercayaan diri
2. Kehilangan integritas tubuh, kecacatan, depresi	2. Memberi kesempatan untuk berduka, mengembangkan penghargaan diri yang baru
3. Ketergantungan	3. Menjaga kemandirian
4. Ketakutan diabaikan, ketakutan kematian	4. Menjaga hubungan dengan orang lain
5. Kehilangan identitas	5. Memperkuat identitas diri (ego)
6. Makna khusus dari penyakitnya	6. Memperkuat perasaan yang koheren.

W. Söllner, Lausanne 2006



Gambar 8. Pengaruh psikofarmaka dan psikoterapi terhadap aktivitas otak.

Pendekatan psikodinamik dengan terapi suportif-ekspresif dengan tujuan :

- a. Mengurangi gejala.
- b. Memperkuat dukungan sosial.
- c. Mengembangkan strategi koping yang adekuat.
- d. Menghilangkan ketakutan tentang kematian dan sekarat.
- e. Mengembangkan perasaan yang koheren.

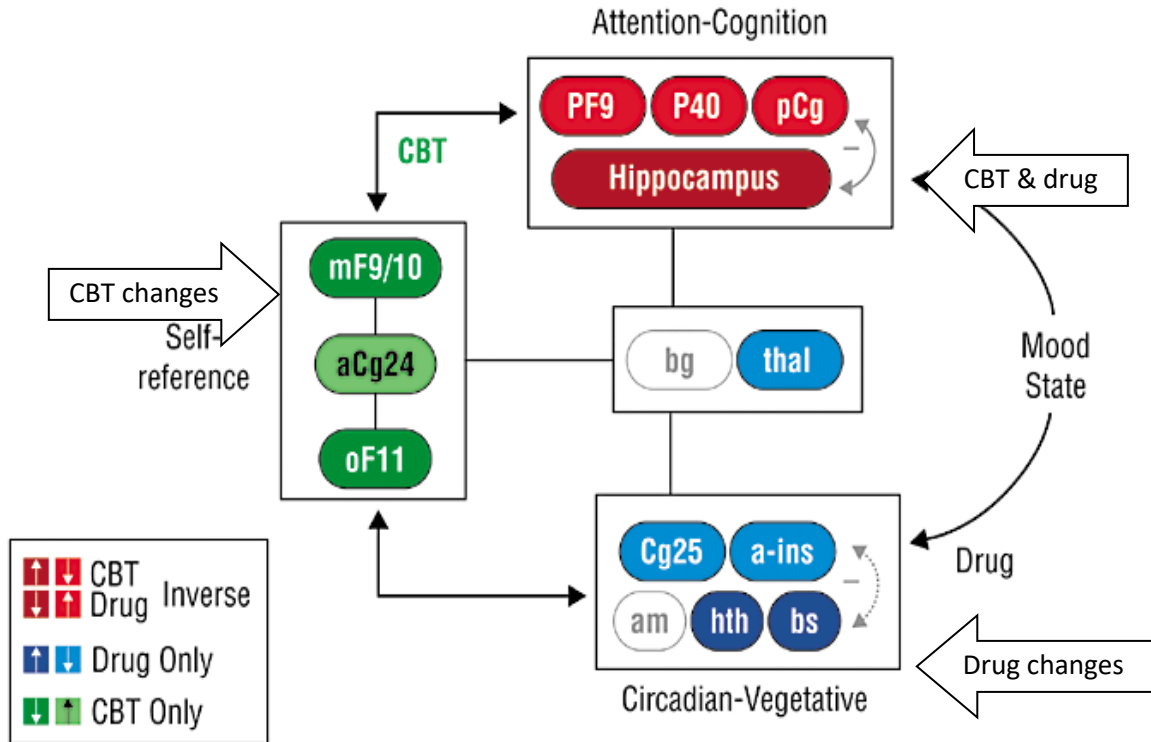
Metoda :

- a. Membangun hubungan terapeutik yang memberikan rasa aman (fungsi memberikan pegangan, Winnicott).
- b. Memberikan kesempatan mengekspresikan perasaan.
- c. Mengkombinasikan teknik suportif dan menghibur.
- d. Membicarakan kebesaran jiwa “toleransi yang besar didalam diri” (Freud).
- e. Mendefinisikan prioritas hidup.

3. Hubungan Psikofarmaka dan Psikoterapi

Perlu diingat bahwa psikofarmaka mempunyai bagian yang berbeda dalam efek dibandingkan psikoterapi dan mempunyai jalur yang berbeda. Sebagai contoh, perubahan pada metabolisme glukosa regional (fluorin-18-ditandai deoksiglukosa pada PET) pada pasien yang mendapat CBT (gambar atas) dan pasien yang mendapat paroksetin (gambar bawah) sebagai pengobatan. Peningkatan metabolisme ditunjukkan warna jingga dan penurunan warna biru (Malt, 2006).

Hubungan antara daerah yang dipengaruhi Kognitif-behavioral terapi (CBT) dan respons terhadap pengobatan.



Gambar 9. Pengaruh psikoterapi dan psikofarmaka terhadap fungsi kognisi dan vegetative.

Psikoterapi dan psikofarmaka efektif, tetapi besarnya efek yang diberikan tidak sangat luar biasa (tidak ada panasea) (Malt, 2006).

d. Peran Treatment CLP

Therapi dalam CLP dapat disimpulkan sebagai integrasi dalam pengobatan dimana pasien sebagai pusat dalam manajemen penyakit menggunakan kolaborasi antar profesional dengan memperhatikan kompleksitas pasien secara sistem organik dan elemen psikososial dan kompleksitas jumlah disiplin ilmu dan tipe pengobatan yang terlibat. Kolaborasi antar profesional meliputi kolaborasi antar lembaga, kolaborasi antar tim kerja dari berbagai disiplin ilmu, tim kerja dari sesama disiplin ilmu (Smith G, 2006).

BAB VII

KOMUNIKASI

Liaison service membutuhkan sumber daya manusia, uang dan motivasi. dibutuhkan personel yang cukup agar konsultasi psikiatri dapat menampilkan layanan yang lebih dari sekedar wawancara pasien di wilayah yang ditunjuk untuknya. Ia harus mampu melingkupi semuanya, membahas pasien dengan petugas di rumah dan mengajari perawat. Lebih lanjut, *liaison* dibedakan dari konsultasi dimana pasien dalam tanggung jawab konsultan psikiatri yang sama besar dengan dokter rujukan. Karena konsultan mencakup layanan sosial sekitar petugas rumah, ia mampu menemukan masalah psikiatri yang potensial (Hackett and Cassem 1979, p.5).

A. KOMUNIKASI PSIKIATRI

1. Kualitas Efektifitas dan Kompetensi Komunikasi Psikiatri.

Pelaksanaan CLP yang baik dimulai dengan penguasaan pengetahuan dan keahlian psikiatri dasar dan kedokteran serta bedah. Pengetahuan dasar dan keahlian tentang tubuh manusia dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan CLP meliputi pengertian tentang patofisiologi, psikoterapi (psikodinamik, kognitif, dan behavioral), manajemen administratif dari masalah sistem, ekonomi kedokteran, geriatrik, dan forensik. Beberapa pengetahuan seperti bagaimana komorbiditas psikiatri memberikan variasi dan pengaruh terhadap penyakit yang berbeda, usia, status sosioekonomi, dan faktor lain yang juga penting untuk CLP. Walaupun banyak psikiater melaksanakan konsultasi psikiatri sebagai bagian dari praktek klinis mereka, ada perbedaan keahlian yang sangat besar antara tingkan pendidikan dan pengalaman klinis (sebagai contoh, residen, spesialis, dokter) (Kunkel dan Thompson, 1996).

Secara umum, tujuan dari konsultasi psikiatri dalam pelayanan medis dan bedah adalah :

- a. Menjamin keamanan dan stabilitas dari pasien dalam lingkungan medis.
- b. Mengumpulkan riwayat dan data medis yang cukup dari sumber yang terpercaya untuk menilai pasien dan merumuskan masalah.
- c. Untuk mengatur pemeriksaan status mental dan pemeriksaan neurologis dan fisik bila diperlukan.
- d. Menetapkan diagnosis banding.
- e. Membuat rencana terapi.

Konsultan CLP harus memiliki pengertian klinis yang mendalam tentang gangguan fisik dan neurologis dan hubungannya dengan perilaku sakit yang abnormal. Konsultan CLP harus ahli dalam mendiagnosis, mampu menguraikan bagian dan merumuskan gangguan multiaksial pasien, dan mampu membuat rencana terapi yang efektif. Konsultan CLP juga harus mempunyai pengetahuan intervensi psikoterapi dan psikofarmakologi sebaik pengetahuan tentang seluruh aturan aspek medikolegal dari psikiatri dan penyakit medis dan perawatan rumah sakit. Dokter psikiater, dengan keahlian profesional yang tinggi dan pengetahuan, memiliki kemampuan untuk memimpin tim multidisipiner (Bronheim, Fulop, Kunkel, Muskin, Schindler, Yates, Shaw, Steiner, Stern, Stoudemire, 1998).

Evaluasi dari status mental pasien dengan penyakit medis yang serius, merumuskan masalah dan diagnosis mereka, dan mengatur serta menerapkan rencana terapi yang efektif termasuk keahlian klinis lengkap yang membutuhkan pelatihan khusus (Tabel 2-2). Di

sampling untuk pemeriksaan psikiatri yang biasa, pengetahuan khusus tentang diagnosis, masalah medikolegal, dan intervensi psikoterapi serta psikofarmakologi sangat penting. Konsultan psikiatri harus terbiasa dengan rutinitas lingkungan medis dan bedah dan mempunyai pengetahuan tentang penyakit medis dan bedah. Konsultan psikiatri juga harus waspada terhadap efek dari penyakit dan obat pada perilaku, khususnya sumbangan dan pengaruhnya pada diagnosis dan terapi. Lebih lanjut, konsultan psikiatri harus mendukung pasien dan lebih sensitif terhadap efek pasien terhadap tenaga medis (Bronheim, Fulop, Kunkel, Muskin, Schindler, Yates, Shaw, Steiner, Stern, Stoudemire, 1998).

Meskipun fakta bahwa semua proses konsultasi psikiatri membutuhkan keahlian untuk mengatur rencana terapi, tim yang tersusun dari profesional kesehatan dengan keahlian yang saling melengkapi dapat juga digunakan. Pemimpin dari tim multidisiplin ini harus psikiater dengan pelatihan khusus CLP (Bronheim, *et al.*, 1998).

Tabel 25. Karakteristik dari konsultan psikiatri yang efektif

1. Berdiskusi dengan dokter yang merujuk, tenaga perawat, dan tenaga lainnya (contoh, pekerja sosial) sebelum dan sesudah konsultasi. Dengan tujuan mendapatkan alasan untuk konsultasi. Dokter konsultan dapat dibingungkan dengan masalah pasien yang muncul sehingga tidak dapat merumuskan pertanyaan yang tepat.
2. Menetapkan status gawat-darurat, gawat, atau rutin.
3. Meninjau perencanaan dan data secara mendalam dan mengumpulkan informasi baru yang dibutuhkan.
4. Menyusun pemeriksaan status mental lengkap dan bagian yang berhubungan tentang riwayat dan pemeriksaan fisik.
5. Berdiskusi dengan keluarga dan sahabat pasien bila ada indikasi.
6. Membuat catatan singkat yang sesuai (contoh, tidak perlu membuat detail data yang telah tercatat dalam dalam lembar perencanaan).
7. Membuat diagnosis sementara berdasarkan tanda, gejala, hasil laboratorium, dan epidemiologi.
8. Merumuskan diagnosis banding diantara gangguan medis, neurologis, dan psikiatris.
9. Menyarankan bantuan diagnostik melalui pemeriksaan radiologik dan laboratorium.
10. Mempunyai pengetahuan untuk meresepkan obat psikotropik pada pasien dengan kondisi medis dan bedah dan waspada terhadap interaksi dengan pengobatan nonpsikotropik.
11. Membuat saran terapi : medikasi, ECT, psikoterapi, dan membatasi kemungkinan medis atau iotropenik yang menimbulkan gejala.
12. Secara khusus (contoh, orientasi jangka pendek dan tujuan). Memberikan kemungkinan rencana dan antisipasi masalah potensial. Membuat kontak pribadi langsung – khususnya jika saran sangat penting dan berpotensi kontroversial. Menghormati wilayah mereka (tidak mengambil alih perawatan pasien), dan mengajar dengan melampirkan (menyebutkan referensi, menggunakan komunikasi personal).
13. Mengatur pendidikan dan psikoterapi yang tepat untuk pasien, bila ada indikasi.
14. Mengikuti perjalanan pasien selama seluruh perawatan di rumah sakit.
15. Membuat saran yang tepat setelah pasien selesai rawat inap termasuk perawatan pasien rawat jalan.
16. Mengikuti perkembangan bidang medis lain dan tidak memisahkan diri dari komunitas medis lainnya.

Sumber : Diadaptasi dari Elisabeth J. Shakin Kunkel, M.D. dan Troy L. Thompson II, M.D. : “The Process of Consultation and Organization of a Consultation-Liaison Psychiatry Service.” *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, American Psychiatric Press, 1996.

Di Amerika Serikat. Recommended Guidelines for C-L Psychiatric Training in Psychiatry Residency Programs mengkhhususkan bahwa fakultas pelayanan C-L akan disertifikasi oleh American Board of Psychiatry and Neurology dan mempunyai keahlian

khusus dalam CLP. Pelayanan CLP yang ideal mempunyai fakultas yang memberikan pelatihan berkelanjutan dalam CLP atau mereka yang meningkatkan pengalaman klinik (Bronheim, Fulop, Kunkel, Muskin, Schindler, Yates, Shaw, Steiner, Stern, Stoudemire, 1998).

2. Harapan Dari bagian Lain.

Dokter yang konsul berharap konsultan dapat membantu memastikan diagnosis, menghilangkan gejala, dan membantu tenaga medis dan bedah dalam menangani pasien, terkadang mengambil beberapa atau seluruh tanggung jawab kepada pasien. Prioritas dari pelayanan konsultasi bervariasi di antara pelayanan-pelayanan itu sendiri. Untuk semua dokter, aspek yang paling penting dari /CLP adalah berurusan dengan masalah penempatan pasien (contoh, dipindah kebagian perawatan psikiatri; dipindah ke bagian rawat jalan psikiatri).

B. PENDEKATAN KOMUNIKASI

1. Model Pemeriksaan

Banyak perdebatan tentang cara terbaik untuk melakukan pemeriksaan psikiatri pada pasien medis atau bedah. Sudah jelas bahwa teknik psikoanalitik, seperti asosiasi bebas yang panjang dan sunyi, jarang yang sesuai dengan pasien CLP. Sebagian besar pasien tidak berpengalaman dengan psikiatri atau psikoterapi, banyak masalah psikologis dalam konteks pengalaman pasien dan biasanya tidak membutuhkan konsultan psikiatri, dan beberapa mempunyai gangguan kognitif yang dapat mempengaruhi pendekatan ini. Di sisi lain, menjaga secara mutlak kerahasiaan dokter-pasien tidak mungkin untuk konsultasi psikiatri karena dokter utama pasien mengaharapkan jawaban terhadap konsultasinya. Proses ini harus dijelaskan kepada pasien (contoh, "saya akan memberikan kesimpulan dari penemuan saya dan merekomendasikannya kepada dokter anda"). Jika pasien ingin mengatakan kepada konsultan suatu "rahasia", konsultan harus menjelaskan akan membagikan "rahasia" itu dengan dokter yang merawat pasien sehingga dapat meningkatkan pemahaman dokter tersebut terhadap sudut pandang pasien dan memberikan hasil yang aktual terhadap perbaikan perawatan pasien (Kunkel dan Thompson, 1996).

Variasi pertanyaan dengan pertanyaan terbuka dan tertutup berguna untuk mendapatkan data khusus yang dibutuhkan untuk riwayat dan pemeriksaan status mental; data ini kemudian memberikan dasar untuk pengembangan diagnosis dan rencana terapi. Formulasi psikodinamik dibuat dari data yang didapatkan dalam hal ini sering sangat berguna dalam mengerti masalah pasien. Formulasi ini harus diubah kedalam diskripsi yang bebas dari istilah dalam penulisan konsultasi dan diskusi dengan dokter dan tenaga medis yang berkonsultasi. Ini sering membantu untuk meningkatkan pemahaman tim terhadap pasien (Kunkel dan Thompson, 1996).

2. Alat Bantu Keterampilan.

Konsultan psikiatri menggunakan informasi dari yang didapatkan dari pengetahuannya, catatan rumah sakit dan riwayat dahulu, tenaga medis dan bedah, pemeriksaan pasien dan keluarganya, sumber referensi yang beragam. Catatan awal konsultasi menyimpulkan hasil pemeriksaan dari pasien dan peninjauan dari rekam medis. Mahasiswa kedokteran dan residen sering mendapatkan bahwa belajar CLP lebih mudah jika diawali dengan penggunaan format penilaian standard. Pemeriksaan *bed-side* dapat meliputi menggambar jam atau bentuk lain, Mini-Mental State Exam, Taylor Equivalent Drawing,

peralatan neuropsikologis. Biologis, psikoterapi, psikososial, dan intervensi sistem, semuanya digunakan dalam praktek CLP (Kunkel dan Thompson, 1996).

3. Proses Konsultasi

Proses dari kegiatan CLP sering paralel dengan proses yang dilakukan selama perjalanan psikoterapi. Informasi dan pola dari reaksi langsung selama kunjungan *follow-up* dan pandangan baru yang berkembang yang sering tidak ditemukan pada kunjungan awal. Ini merupakan salah satu alasan bahwa kunjungan *follow-up* diperintahkan pada semua konsultasi psikiatri yang baik (Kunkel dan Thompson, 1996). CLP dapat membutuhkan banyak waktu sebelum konsultan diterima dan dapat beradaptasi dengan praktisi dari tim medis (Bronheim, Fulop, Kunkel, Muskin, Schindler, Yates, Shaw, Steiner, Stern, Stoudemire, 1998).

Tabel 26. Elemen dari catatan awal konsultasi

1. Tanggal dan jam kunjungan – tuliskan psikiatri di atasnya
2. Nama dari dokter yang mengajukan konsultasi dan alasan untuk permintaannya
3. Ringkasan dari riwayat medis pasien yang berkaitan dengan situasi psikiatri saat ini; jangan hanya mencontoh catatan medis dan daftar masalah
4. Gejala psikiatri saat ini (atau kejadian yang membawa kepada konsultan psikiatri)
5. Riwayat psikiatri – harus spesifik tentang pengobatan atau terapi lain yang memberikan efek terapi dan efek samping.
6. Riwayat psikiatri keluarga (termasuk penggunaan alkohol dan penyalahgunaan obat)-anggota keluarga dengan gangguan yang sama dengan pasien; respon pengobatan dan terapi lain dalam anggota keluarga
7. Riwayat sosial - riwayat pekerjaan dan pendidikan; riwayat seksual, obat-obatan, dan alkohol; riwayat hukum, dukungan sosial, pengaturan hidup sekarang
8. Pemeriksaan status mental lengkap – penampilan; perilaku, pembicaraan; afek/mood; proses pikir/bentuk pikir; isi pikiran (bunuh diri, dibunuh, waham, halusinasi); orientasi; ingatan, konsentrasi, perhatian, dan test kognisi lain; tilikan; pengambilan keputusan atau penilaian
9. Pengobatan saat ini – peninjauan catatan pengobatan rumah sakit sesuai perintah dokter
10. Test terbaru dan yang berhubungan – contoh, penelitian laboratorium, sinar x, CT scan, MMRI, EKG, EEG
11. Aspek yang berhubungan dengan pemeriksaan fisik – contoh, tanda-tanda vital, pemeriksaan neurologis
12. Kesan – menggunakan diagnosis DSM IV (American Psychiatric Association 1994) dan terminologi pemahaman yang tersedia; hindari istilah psikiatri dan formulasi psikodinamik
13. Rekomendasi – harus jelas dan ringkas; catat hanya pengobatan yang secara pasti akan diberikan; termasuk peringatan bunuh diri, penahanan, dan konsultasi lain, dll; rekomendasi pengobatan dibuat hanya oleh dokter
14. Tulis semua catatan konsultasi dan *follow-up* dengan bijaksana – tetap diingat bahwa catatan medis atau bedah sering dibaca oleh tenaga medis rumah sakit dan terkadang pasien dan keluarganya
15. Tunjukkan tanggal dari kunjungan *follow-up* selanjutnya dan rencana frekuensi kunjungan
16. Tandai dan catat nama konsultan dan nomor telepon

Sumber : Diadaptasi dari Elisabeth J. Shakin Kunkel, M.D. dan Troy L. Thompson II, M.D. : “The Process of Consultation and Organization of a Consultation-Liaison Psychiatry Service.” *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, American Psychiatric Press, 1996.

Institusi harus mengikuti Recommended Guidelines for Consultation-Liaison Psychiatric Training in Psychiatry Residency Programs untuk pelayanan dan tenaga CLP. Dalam semua pelayanan medis, harus tersedia staff yang ahli untuk memberikan konsultasi psikiatri 24 jam/hari, sepanjang tahun. Dalam pelayanan di mana residen psikiatri memberikan

konsultasi, staff fakultas harus dapat memberikan bimbingan 24 jam/hari (Bronheim, Fulop, Kunkel, Muskin, Schindler, Yates, Shaw, Steiner, Stern, Stoudemire, 1998).

Konsultasi psikiatri harus dilakukan oleh psikiater dengan keahlian dalam pelayanan medis dan terpercaya dan legal di dalam institusi di mana konsultasi dilakukan. Terapi dapat didelegasikan kepada profesi kesehatan mental lainnya dibawah pengawasan langsung dari psikiater konsulan. Konsultasi psikiatri meliputi awal konsultasi dan pemeriksaan *follow-up* (Bronheim, Fulop, Kunkel, Muskin, Schindler, Yates, Shaw, Steiner, Stern, Stoudemire, 1998).

Jika pasien dalam pengobatan psikiatri membutuhkan pengobatan dari bagian lain, untuk menjamin kelangsungan perawatan medis bila memungkinkan diberikan dalam suatu fasilitas yang sama. Dalam pelayanan yang ideal, lokasi antara perawatan medis dan psikiatri menjadi satu (Bronheim, Fulop, Kunkel, Muskin, Schindler, Yates, Shaw, Steiner, Stern, Stoudemire, 1998).

Pada pasien yang dirawat bersama, permintaan pemeriksaan atau test laboratorium dan pengobatan oleh dokter ahli yang merawat harus memastikan tidak terjadi kontra indikasi. Tidak diperkenankan adanya konflik. Sebagian besar psikiater CLP yakin bahwa hal ini menjadi suatu masalah (Kunkel dan Thompson, 1996).

Konsultan psikiatri harus mengikuti perjalanan pasien secara menyeluruh sampai meninggalkan rumah sakit. Pertama, penting untuk “sign-of” pada pasien dalam kaitannya dengan masalah transferen atau kontratransferen dan reaksi positif atau negatif untuk penyembuhan permanen dari gejala yang ada. Kedua, pasien yang mempunyai tanda dan gejala psikiatri mempunyai risiko untuk kekambuhan. Akhirnya, *follow-up* berkelanjutan membantu untuk mempertahankan kepercayaan tim medis atau bedah dan memperkuat bahwa CLP selalu tersedia dan siap membantu dalam situasi klinis apapun (Kunkel dan Thompson, 1996).

4. Praktek Kelompok

CLP dapat berfungsi sebagai bagian dari kelompok multidisiplin (contoh, pusat nyeri) atau dapat berbagi praktek klinis dengan CLP lainnya. Psikiater CLP harus tidak hanya memberikan konsultasi yang berguna tetapi juga siap untuk memberikan pelayanan penanganan kepada staff yang stress dan memberikan penerangan sebagai juru bicara kepada masyarakat untuk masalah psikiatri yang penting dan berkaitan (Kunkel dan Thompson, 1996).

5. CLP Dengan Lain

Menyediakan konsultasi yang baik kepada dokter lain hanyalah awal dari hubungan konsultasi yang mantap dan padu. Konsultan psikiatri harus dapat mengembangkan keahlian dan pengalaman dalam menyelesaikan masalah dalam pelayanan CLP. Bertujuan untuk memadukan pelayanan psikiatri dan pembelajaran psikiatri dalam pelayanan medis ataupun bedah setiap hari. Ini juga membuktikan kemampuan dan komitmen dari seorang konsulan psikiatri (Kunkel dan Thompson, 1996).

C. KUNCI UNTUK PELAYANAN CLP YANG MANTAP DAN BERHASIL

CLP harus secara efektif menggunakan klinis, pendidikan, administrasi, badan pendidikan, pengetahuan, penelitian, dan keahlian untuk memantapkan dan memperluas pelayanan CLP. Prioritas secara relatif ditentukan sesuai dengan pelayanan CLP di tempat pelayanan (Kunkel dan Thompson, 1996). Meningkatkan pengertian dokter lain terhadap komorbiditas gangguan psikiatri di dalam

pelayanan mereka. Meningkatkan pengertian dokter lain terhadap peran CLP yang dapat membuat perawatan terhadap pasien lebih singkat, efektif, dan bersahabat (Kunkel dan Thompson, 1996).

Pendekatan lain untuk menjelaskan psikiatri liaison adalah fungsinya untuk mengajarkan konsep kesehatan mental tertentu pada dokter umum, yang bertemu dengan sebagian besar pasien dengan masalah kesehatan mental di Amerika Serikat. Untuk mengetahui model pelatihan kesehatan mental yang tepat maka direkrut residen dari tiga spesialisasi-interna (7000 residen), dokter keluarga (4000 residen), dan dokter umum (1000 residen)- tiga kontrak riset diberikan National Institute of Mental Health (NIMH) kepada penulis senior. Strain et al (1985) dan Pincus et al (1983) mengulas literatur, memeriksa proposal NIMH, mewawancarai personel agen pembiayaan, dan melakukan kunjungan ke 35 lokasi program pelatihan residen baik di bagian interna, dokter umum, dokter keluarga yang didukung oleh NIMH dan Health Resources Services Administration (HRSA). Berdasarkan survei ini, kami akan menerangkan enam model pelatihan kesehatan mental untuk dokter non psikiatri (Strain et al, 1987)

1. **Model konsultasi.** Model ini merupakan pendekatan konsultasi medis yang standar berdasarkan metode kasus (misalnya, konsulen berinisiatif untuk konsultasi dan menerima hasilnya secara tidak formal, pendidikan struktur misalnya sesi didaktik, seminar, dan bimbingan).
2. **Model liaison.** Sebagai tambahan pada elemen model konsultasi, formalitas, struktur, olahraga pedagogik dirangkum untuk mengajarkan pengetahuan dasar dan skill. Guru psikiatri seringkali menjadi bagian dari unit dan tim medis atau bedah.
3. **Model bridge.** Guru psikiatri, berafiliasi dengan bagian psikiatri yang ditunjuk bagi salahsatu tempat pendidikan pelayanan dasar (seringkali sebuah tempat pelatihan rawat jalan) untuk sebagian besar porsi dari waktunya; pelatihannya distruktur.
4. **Model hybrid.** Pelatihan dilakukan oleh seorang psikiater, seorang ahli ilmu perilaku (misal, psikolog, petugas sosial, atau sosiolog) yang merupakan bagian tim multidisipliner, dan fakultas pelayanan primer.
5. **Model psikiatri yang otonom.** Seorang psikiater dipekerjakan oleh kelompok pelayanan primer dan tidak memiliki hubungan primer dengan departemen psikiatri, atau pendidikan psikososial diberikan secara eksklusif oleh seorang ahli ilmu perilaku yang non psikiater (misal, psikolog, pekerja sosisl, atau sosiolog) yang tidak berafiliasi dengan departemen psikiatri.
6. **Model pelatihan setelah lulus pendidikan spesialisasi.** Dokter dilatih kesehatan mental selama 1 atau 2 tahun untuk mendapatkan keahlian baik dalam mendeteksi, diagnosis, dan mengelola gangguan kesehatan mental.

Beberapa metode pengajaran pengetahuan,skill, dan tingkah laku kesehatan mental dilaporkan. Interna merekrut model konsultasi psikiatri formal untuk 68% pelatihan kesehatan mental mereka, sebaliknya kedokteran keluarga menggunakan 30% dan kedokteran umum menggunakan 22,5%. Interna jarang menggunakan rotasi psikiatri tapi menggunakan rawat inapnya untuk 80% pelatihan kesehatan mentalnya. Residen interna meminta tiga atau empat konsultasi psikiatri tiap tahun dan menghabiskan waktu rata-rata 25 menit perkasus tiap berkonsultasi. Sehingga , akumulasi pelatihan kesehatan mental melalui model konsultasi psikiatri menghasilkan 3-4 jam instruksi selama kursus bagi residen interna yang bersangkutan untuk memulai konsultasi.

Lebih lanjut, interna yang menggunakan konsultasi untuk pendidikan, seperti dokter umum atau dokter keluarga yang berusaha untuk memenuhi tuntutan sosial budaya, menggunakan kemampuan komunikasi, menggunakan manajemen psikososial kompleks atau farmakoterapi sederhana, mengevaluasi penampilan peserta pelatihan sebagai usaha pedagogik, atau membayar

program pelatihan kesehatan mental yang telah diajarkan pada peserta. Tujuh puluh satu persen dana program pelatihan kesehatan mental di bagian interna telah dibayar oleh bagian psikiatri, sedangkan 15% bagi dokter umum dan 1,6% bagi dokter keluarga. Secara keseluruhan metode konsultasi yang berhubungan dengan obat-obatan merupakan model yang paling lemah yang ditawarkan bagian psikiatri. Ketika model konsultasi digunakan di pelayanan primer dan kedokteran keluarga, hal tersebut membuat jalurnya lebih pendek karena spesialisasi ini awalnya mempercayakan pelatihan ini pada ahli ilmu perilaku non psikiater. Mereka memilih hubungan liaison dengan pengajar daripada dengan konsultan keliling yang tidak menetap. Model pengajaran ini akan meningkatkan keutamaan dengan datangnya reformasi pelayanan kesehatan. Dimana proyek yang mengutamakan kesehatan mental akan digunakan pada pelayanan primer.

Klasifikasi program yang lain dikemukakan oleh Greenhill (1977), yang dijelaskan menjadi lima variasi psikiatri liaison:

1. **Basic liaison model.** Model liaison dasar biasanya melibatkan psikiater dari departemen psikiatri yang ditunjuk bagi unit medis-bedah untuk memberikan pengajaran.
2. **Critical care model.** Model pelayanan kritis lebih memberikan penugasan petugas kesehatan mental bagi unit-unit pelayanan kritis daripada departemen klinis lainnya. Tujuannya adalah pelayanan pasien dan konsultasi staf. Psikiater berperan sebagai salah satu anggota tim unit tersebut. Pengajarannya mengkombinasikan model perilaku dan psikodinamik seperti model psikiatri biologi.
3. **Biological model.** Model biologi lebih menunjukkan variasi yang lebih jelas pada model pelayanan kritis yang mencakup ilmu saraf, psikofarmakologi, dan manajemen psikologi. Psikiater berperan sebagai salah satu anggota unit diagnosis-centered treatment (penatalaksanaan yang berpusat pada diagnosis) (misal, klinik dysphoria, pain center, klinik psikofarmakologi) dan melalui manipulasi psikiatri, psikologis, psikofarmakologis dan lingkungan, melayani sebagai salah satu anggota tim.
4. **Millieu model.** Model millieu menekankan pada aspek-aspek kelompok antara lain, proses kelompok pelayanan pasien, reaksi dan interaksi staf, teori interpersonal, kreasi lingkungan terapi di bagal.
5. **Integral model.** Model integral muncul sebagai hasil tekanan sosial terhadap pelayanan medis. Model ini lebih mempercayakan pada pengelola rumah sakit daripada triase oleh dokter. Model-model program liaison tersebut tergantung pada konsultasi dengan pasien dan staf dan tergantung pada hubungan kerja antar dokter. Model ini tergantung, merupakan tambahan, meliputi pelayanan psikologis sebagai faktor integral yang mampu berfungsi secara terbuka bagi kebutuhan klinis dan administratif.

Hammer et al. (1985), di Northwestern University telah menggunakan model integral dari psikiatri liaison hingga menjadi bagian yang paling berkembang di departemen pelayanan manusia inovatif (Strain and Grossman 1975). Bergerak melampaui model konsultasi dan rujukan, Hammer dan koleganya mendirikan organisasi administratif untuk memberikan pelayanan biopsikososial rumah sakit pendidikan kontemporer. Model ini melakukan langkah evolusioner melampaui pendekatan tim multidisipliner dengan cara mengkombinasikan disiplin ilmu pelayanan psikososial dibawah kendali pimpinan medi yang terpusat: psikiatri liaison konsultasi, pelayanan petugas sosial, pelayanan pastor, pelayanan di rumah, pelayanan pendukung, dan perwakilan pasien. Sehingga tim investigasi menyatakan bahwa” tujuan jangka panjang organisasi ini adalah untuk memberikan pelayanan psikososial yang berharga efektif, ketika mengelola kontribusi yang unik dari masing-masing disiplin ilmu yang berpartisipasi” (Hammer et al, 1985, p.189).

Model psikiatri konsultasi liaison bagi pelayanan masyarakat yang terintegrasi memperbaiki keterasingan diantara disiplin ilmu kesehatan mental di lingkungan medis dan kelemahan struktur formal terintegrasi yang merupakan ciri khas model konsultasi tradisional.

D. PERAN KOMUNIKASI

CL *psichiatri* didasarkan pada model biopsikososial, suatu bentuk yang berdasarkan pada pengetahuan perilaku pasien dalam interaksi pada faktor biologi (trauma fisik, infeksi, atau status Gizi), faktir psikologi (ciri kepribadian, motivasi, pengalaman sebelumnya, intelegensi), dan faktor sosial (pengaruh orang tua, suami/istri, pekerjaan, gereja, komunitas). Aplikasi model biopsikososial saat ini pada pada banyak pasien menambah pengaru sosial dalam pelayanan kesehatan. Sering paien dengan interaksi multiple kompleks – dengan spesialis, dokter umum, tenaga kesehatan/pelayanan kesehatan, keuntungan menejemen, staf administrasi- berpengaruh terhadap perilaku. Informasi yang efisien, *gathering skill* diperlukan dalam memeriksa catatan medis atau psikiatri, mewawancarai pembantu pasien (perawat, personel pembantu, dokter dan mewawancarai sumber tambahan (keluarga dan sumber lain yang signifikan). Juga diperlukan ketrampilan dalam bebrbagai macam terapi psikiatri seperti psikoterapi individual singkat, psikofarmakologi, *brief marital* dan intervensi mkeluarga, sistim intervensi, intervensi pendidikan untuk pasien, kel;uarga dan pemberi pelayanan kesehatan. Pasien sulit adalah bidang yang sebagian besar memerlukan berbagai macam ketrampilan.

1. Komunikasi Pada Pasien Sulit.

Sebagian besar kesulitan untuk menangani pasien dengan gangguan kepribadian atau somatoform. Mengapa komunikasi penting dalam CL, dikarenakan dalam menangani beberapa keadaan dan situasi tertentu kepada pasien sangat diperlukan ketrampilan dan kemampuan khusus dalam wawancara kepada pasien. Berikut ini beberapa kondisi pasien yang memerlukan perhatian khusus dalam komunikasinya selama mendapatkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh, efektif dan bersahabat.

a. Pasien Dengan Gangguan Kepribadian

Gangguan kepribadian digambarkan pada DSM-IV sring tumpang tindih (lihat BAB 33). Pasien sering memenuhi lebih dari satu diagnosis gangguan kepribadian. Tidak kenalnya gangguan kepribadian adalah merupakan pemikiran faktor resistensi dalam pengobatan yang bermakna. Diperkirakan 10% dari masyarakat didapatkan satu atau lebih diagnosis ganggauan kepribadian. Persentase papulasi dengan diagnosis gangguan kepribadian meningkat dengan pesat dalam berbagai pelayanan kesehatan, sampai 48% dalam behavirol medicine clinic dan 67% pada pasien spikiatri kronis rawat inap.

Cloninger mengajukan tiga dimensi konsep yaitu: *self-directedness*, *coopertiveness*, dan *self-transedence*. Pada sistim ini, low self-directedness dan low coopetveness sering dijumpai pada semua gangguan kepribadian. Tridimensional personality questioner adalah 100 item laporan diri, diagnosis gangguan kepribadian disesuaikan dengan teoari model ini.

Gangguan kepribadian mungkin lebih mudah untuk diterangkan dan dinilai melalui dua langkah proses menurut gambar 14-67. langkah pertama menemukan ada atau tidaknya gangguan kepribadian dengan manilai faktor secara umum yaitu *low coopertiveness* atau *low self-directedness*. Langkah kedua adalah menemukan kelompok ganggaun kepribadian menurut DSM-IV; aloof/menyendiri, dramatic, anxious/cemas. Sebagian besar penanganan

gangguan ini, diagnosis dan penggolongannya oleh dokter umum sudah memadai. Contoh, pada populasi yang terinfeksi HIV, perkiraan aksis I diagnosis gangguan kepribadian dan fungsi. Lebih lanjut adanya gangguan kepribadian dapat diperkirakan morbiditas dan mortalitas pada pasien transplantasi jantung.

b. Pasien Dengan Gangguan Kepribadian Kelompok B

Beberapa dari pasien sulit adalah gangguan kepribadian kelompok B, dan pasien gangguan kepribadian borderline yang merupakan salah satu tantangan dalam pengobatan. Farmakoterapi dan psikoterapi sangat dibutuhkan pada pasien sulit. Ditambahkan menurut *low self-directedness*, *low cooperativeness*, *erratic*, *dramatic*, dan emosi, pasien gangguan kepribadian borderline cenderung dipisahkan ke dalam individu dan kelompok kategori baik semua atau buruk semua. Satu saat mereka mengidolakan dokter dan dilain waktu mereka menjelek-jelekannya, berparasangka negative. Emosinya labil dan fragile dengan cepat, dan cenderung mengancam atau mengisaratkan untuk bunuh diri.

Pendekatan terbaik pada pasien ini adalah manajemen, sikap tegas, dan konsisten dokter dalam hubungan dengan pasien dengan mengemukakan dan perasaan dihina. Dukungan pada pasien ini sangat penting. Mengurangi intensitas dan frekuensi siklus distruktive emosi pasien borderline kadang dapat membantu, dan memperbaiki hubungan. Dalam istilah medis, dokter harus menerangkan pada staf tentang dinamika pasien dan bagaimana staf harus menghindarkan kerusakan atau mendapatkan obat. Anxiolitik, antidepressant, mood stabilizer dan neuroleptik mungkin membantu sementara.

Pasien gangguan kepribadian antisosial merupakan pasien sulit secara khusus karena mereka secara khas berusaha menyembunyikan kejelekannya. Pasien sering pandai, menarik, dan memanipulative, dan pada awalnya mungkin kelihatan *self-directed* dan cooperative. Banyak dokter menggambarkan keengganan untuk berhubungan dengan pasien ini. Biasanya diperlukan pendekatan yang keras. Dokter harus menerangkan pada pasien bahwa mereka harus menyadari dan tidak akan ditoleransi pada manipulasi dan tidak bisa membantu jika pasien menolak kerjasama yang baik.

Banyak pasien antisosial dapat dinilai dari adherence rencana pengobatan, dan dapat berhasil dengan lebih baik. Bila rencana pengobatan berubah, hasilnya mungkin jelek. Tidak mengherankan pasien antisosial terkenal merusak *best-designed* rejimen terapi.

c. Pasien Gangguan Kepribadian Kelompok A

Pasien gangguan kepribadian kelompok A : paranoia, schizoid dan scizotipal, sering dijumpai dalam bagian medis/penyakit dalam. Ditambahkan inti ciri adalah *low self-directedness* dan *low cooperative*, pasien menunjukkan sikap tidak ramah, menyendiri, dan curiga, yang menyebabkan kesulitan dirinya dalam mematuhi pengobatan. Masalah prinsip pada pasien ini adalah *psychological* personal yang kuat. Staf medis harus mengurangi personal psikologi yang *intrusive*. Terkait dengan sikap tidak ramah pasien yang dibutuhkan adalah : pada saat yang sama, dokter harus secara elegan mengajak pasien bekerjasama dalam proses pengobatan. Sering pasien dalam kelompok gangguan kepribadian ini, khususnya ciri paranoid, akan berespon baik dengan intervensi medis, bila intervensi secara lambat, mereka sering kembali dan mencari pengobatan. Sukses dapat dicapai bila diberikan perhatian dan interaksi waktu.

d. Pasien Dengan Masalah Perjanjian Dan Sistem Medis

Medis dipisahkan menurut spesialisasi. Hal ini didapatkan dari langkah penelitian biomedik yang cepat, pendirian bidang spesialis, dan sampai sekarang prinsip ekonomi

menunjukkan bahwa spesialisasi akan memberikan *income* yang lebih baik kepada dokter. Tidak mengherankan banyak pasien akan hilang diantara spesialis dengan kekuatan besar (empet besar). Banyak pasien yang hilang dalam pelayanan kesehatan, atau mereka terfokus pada konflik spesialis mana yang menangani gangguan kepribadian. Inti dari pengertian gangguan kepribadian (*self-didertedness and low cooperativeness*) menjelaskan mengapa masalah pasien menimbulkan perpecahan dalam sistem kesehatan. Inti ciri kepribadian adalah pasivitas dan penurunan kemampuan untuk bekerjasama sehingga menyebabkan pasien tidak mampu untuk mengikuti rekomendasi atau pelayanan kesehatan yang memadai bila tidak diberikan bimbingan. Profesional kesehatan bereaksi yang biasanya "turf" pasien ke pelayanan lain untuk penanganan lanjutan atau mereka enggan kembali, atau menyebabkan penurunan *follow-up*.

Protes dari konsumen dan ekonomi menyebabkan pentingnya kembali pelayanan dokter umum. Dokter umum dilihat sebagai penjamin yang kuat hubungan dokter-pasien dan secara kontinyu merupakan bagian integral pelayanan kesehatan. C-L psikiatri sering dilaksanakan oleh dokter umum dengan berperan sebagai spesialis psikiatri. Secara luas C-L psikiatri dapat dikerjakan oleh dokter umum dan hal ini dapat meningkatkan kesuksesan mereka. Pelayanan yang optimal untuk sebagian besar pasien memerlukan kerjasama pelayanan dokter umum dan spesialis. Pentingnya peran C-L psikiatri memerlukan kerjasama yang baik antara kedua komponen.

e. Pasien Gangguan Somatoform

Pasien dengan gangguan somatoform akan menimbulkan kesulitan dalam penatalaksanaan dalam pelayanan kesehatan. Pasien ini ditandai adanya keluhan fisik yang diduga merupakan kondisi medis umum tetapi terdapat sumber psikologi. Sebagian besar dramatis pasien terdapat gangguan somatisasi (dulu disebut histeria atau *Briquet syndrome*), biasanya dimulai sebelum usia 30 tahun, berjalan kronis, dan berkaitan dengan berbagai gejala nyeri, gastrointestinal, seksual, dan sistem saraf. Gangguan konversi meliputi gejala yang mempengaruhi motorik volunter atau fungsi sensori. Hipokondriasis dijumpai pada pasien dengan keyakinan gejala tubuh yang salah bahwa dirinya mempunyai penyakit yang serius.

Pada kelompok ini, pasien akan merespon buruk dengan psikoterapi tradisional. Pasien ini memerlukan treatment yang menghargainya. Beberapa pasien enggan untuk memeriksakan faktor psikologis yang mendasari masalahnya. Diperlukan dukungan yang kuat dan hubungan dokter-pasien yang konsisten, serta beberapa hal yang menurunkan distress akan menghasilkan kesuksesan dalam pengobatan. Ansietas dan depresi pada pasien ini dapat diterapi dengan obat. Psikoterapi suportif kelompok dapat membantu pada beberapa pasien.

f. Pasien Nyeri

Secara khusus pasien sulit meliputi pasien dengan somatisasi atau gangguan kepribadian juga pasien dengan nyeri kronik. Nyeri akut atau kronik sering tidak tertangani oleh dokter. *The Agency For Health Care Policy And Research Practise Guideline* untuk penatalaksanaan nyeri akut memperkirakan bahwa setengah dari 20 juta pasien yang memerlukan tindakan pembedahan di USA pada tahun 1998 menginginkan terbebas dari nyeri secara adekuat. Nyeri kronik mempengaruhi pada 78-80 juta penduduk USA dan diperkirakan biayanya sebesar 16 juta \$ pertahun. Pasien nyeri kronik dirujuk ke C-L psikiatri biasanya atas indikasi rujukan dokter dengan pertimbangan bahwa gangguan psikiatri atau ketegangan kimia sehingga dokter kesulitan menangani pasien tersebut atau dokter tidak menemukan penyebab organik pada nyeri.

Semua diagnosis pasien perilaku nyeri memerlukan kecocokan criteria diagnosis standar DSM-IV. Bila faktor organik dari nyeri tidak ditemukan, hal ini bukan berate merupakan psien gangguan psikiatri. Kemungkinan besar axis I adalah gangguan psikiatri denga diagnosis depressi, anxietas atau gangguan somatoform. Ditambahkan gangguan ketrgantungan kimia mungkin tidak dialami pada pasien nyeri kronik.

Penting untuk membedakan antara sensasi nyeri fisik dan respon afektive dari sensasi fisik. Nyeri berpengaruh pada sebagian besar kehidupan untuk kebanyakan pasien. Penderitaan, reaksi perilaku negative terhadap nyeri dialami pada sebaina besar pasien. Pasien sering mengalami somatisasi, dan nyeri sangat sulit diobati dengan metode psikiatri. Beberapa berhasil dengan program perilaku khusus yang berorientasi nyeri kronik. C-L psikiatri diperlukan untuk mengetahui sumber lokal dalam merujuk untuk penatalaksanaan nyeri kronik.

g. Batuan Dalam Coutertranference Pada Pasien Sulit

Pada pasien sulit dijumpai reaksi yang kuat (biasanya didefinisikan sebagai coutertarnference) untuk dokter dan pembantu kesehatan yang lain. Memerlukan pendekatan yang sistematis pada pasien yang kecenderungan seperti ini namun hal ini juga lebih ditekankan kepada terapis untuk dapat berkomunikasi dengan baik dan profesional menghindari countertransferensi pasien.

BAB VIII

KESIMPULAN

Dengan demikian, model biopsikososial merupakan suatu sistem pendekatan terintegrasi yang mendorong pemahaman menyeluruh mengenai penyakit. Pendekatan ini dapat kita lihat pada *Consultation-Liaison Psychiatry* (CLP), suatu perkembangan lebih lanjut dari psikiatri klinik yang merupakan subspesialisasi dalam psikiatri yang menginkorporasikan pelayanan klinis, pengajaran, dan penelitian pada perbatasan antara psikiatri dengan ilmu kedokteran medis/bedah.

Perlunya pemahaman secara menyeluruh terhadap upaya penatalaksanaan dan pelayanan kesehatan kepada pasien dari sudut ilmu kedokteran yang holistik dengan mengutamakan kualitas hidup pasien dengan singkat, efektif dan bersahabat. Sehingga tercapainya hidup "sehat" yang tidak hanya terbebas dari penyakit fisik namun juga sehat rohani, sosial dan spritual dapat dicapai.

Case finding atau skrining merupakan langkah awal dalam proses liaison psikiatri. Para dokter perlu pelatihan dan pendidikan praktis dalam diagnosis dan pengobatan klinis gangguan jiwa, terutama dalam lingkungan medis dan bedah. Edukasi dokter non psikiater dan tenaga kesehatan yang berkaitan mengenai masalah medis dan psikiatri yang berhubungan dengan penyakit pasien merupakan hal penting dalam proses *case finding*.

Terapi dalam CLP dapat disimpulkan sebagai integrasi dalam pengobatan dimana pasien sebagai pusat dalam manajemen penyakit menggunakan kolaborasi antar profesional dengan memperhatikan kompleksitas pasien secara sistem organik dan elemen psikososial dan kompleksitas jumlah disiplin ilmu dan tipe pengobatan yang terlibat. Kolaborasi antar profesional meliputi kolaborasi antar lembaga, kolaborasi antar tim kerja dari berbagai disiplin ilmu, tim kerja dari sesama disiplin ilmu.

Konsultasi psikiatri menggunakan informasi dari yang didapatkan dari pengetahuannya, catatan rumah sakit dan riwayat dahulu, tenaga medis dan bedah, pemeriksaan pasien dan keluarganya, sumber referensi yang beragam. Catatan awal konsultasi menyimpulkan hasil pemeriksaan dari pasien dan peninjauan dari rekam medis.

CLP sebagai salah satu upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara holistik dan optimal harus diketahui, dimengerti, dihayati dan dilaksanakan dengan penuh rasa tanggungjawab sebagai insan kesehatan yang mempunyai tugas mulia. Untuk itu perlu mempelajarinya sejak sedini mungkin mulai jenjang awal pendidikan kesehatan sampai tingkat lanjutan.

KEPUSTAKAAN

- Adson DE., Meller WH., Magraw RM., 1998. Potential Drug-Drug Interactions on a Tertiary-Care Hospital Consultation-Liaison Psychiatry Service, *Psychosomatics* ; 39:360-365.
- Aladjem AD, 2005, Consultation-Liaison Psychiatry in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Archinard Marc, Dumont Patricia, De Tonnac Nicolas, : “Guidelines and Evaluation : Improve the Quality of Consultation-Liaison Psychiatry.” *Psychosomatic* 46:425-430, 2005.
- Berluchii G, Rizzolatti ,G, 1987. Speial Issue: Selective Visual Attention. *Neuropsychologia* 25: 1-145.
- Benson D, Peterson LG., Bartay J, 1983. Neuropsychiatric Manifestations of Antihypertensive Medications. *Psychiatr Med I*; 205-214.
- Black DW.,Yates WR., Andreassen CW., 1988. Schizophrenia, Schizophreniform Disorder, and Delusional (Paranoid) Disorder, in the American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry. Ed by Talbot JA, Hales RE, Yudofsky SC, Washington DC, American Psychiatric Press ; 357-402.
- Bracha, HS.,Wolkowitz OM., Lohr JB.,1989. High Prevalence of Visual Hallucination In Research Subjects With Chronic Schizophrenia.*Am J Psychiatry* 146: 526-528.
- Black FW., 1986. Gigit Repetition in Brain-Damaged Adult: Clinical Anf Theoretical Implications. *J Clib Psychol* 42;770-782.
- Boutin-Foster C, Ferrando S.J, Charlson ME, 2003. The Cornell Psychiatric Screen : A Brief Psychiatric Scale Hospitalized Medical Patients, *Psychosomatics*; 44 : 382-387.
- Bronheim, Fulop, Kunkel, Muskin, Schindler, Yates, Shaw, Steiner, Stern, Stoudemire : “The Academy of Psychosomatic Medicine Practice Guidelines fo Psychiatric Consultation in General Medical Setting.” *Psychosomatic* 39: S8-S30, 1998.
- Chrousos, G. P. 1995. “*The hypothalamic–pituitary–adrenal axis and immune-mediated inflammation*” . This article is being provided free of charge for use in Indonesia. Massachusetts Medical Society.
- Cutting J, 1980, Physical Illness and Psychosis. *BMJ* 136; 109-119.
- D'Souza R. 2007. “*The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice*” dalam *Spirituality and Health MJA* Volume 186 Number 10.
- De Renzi E, 1985, Disorder of Spatial Orientation, in *Handbook of Clinical Neurology*, Edited by Frederick JAM, Amsterdam pp 405-422.
- Devor M, Rowbotham MC, Wiesenfeld-Hallin Z. *Proceedings of the 9th World Congress on Pain, August 22–7, 1998, Vienna, Austria.* Seattle (WA); IASP Press; 2000.
- Dirjen. Pelayanan Medik, 1993, *Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III*, cetakan pertama. Departemen Kesehatan RI.
- Elisabeth J. Shakin Kunkel, dan Troy L. Thompson II, : “The Process of Consultation and Organitization of a Consultation-Liaison Psychiatry Service.” *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, American Psychiatric Press, 1996.
- Feher EP, Doody R, Pirozollo et al.1989. Mental Status Assessment of insight and Judgment. *Clin Geriatr Med* 5: 477-498.

- Frasure-Smith N. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995, 91:999–1005.
- Francis A, 1994, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4 th ed. American Pub.Inc. Washington DC.
- Folstein MF, Mc Hugh PR.,1975. Mini-Mental State; a Practical Method for Grading The Cognitive State of Patients for Clinician. *J Psychiatr Res* 12: 189-198.
- Gitlin F. David, Levenson James. J, Lyketsos Constantine G, : “Psychosomatic Medicine : A New Psychiatry Subspeciality.” *Academic Psychiatry* 28:1, 2004.
- Goodwin FK., Jamison KR., 1990. Manic Depressive Illness. New York, Oxford University Press.
- Gold MS., Pottash AIC., Extein I, 1981. Hypothyroidism and Depression, Evidence From Thyroid Function Evaluation, *JAMA* 245; 1919-1922.
- Handrinos D, McKenzie D, Smith GC.,1998. Timing of Referral to a Consultation-Liaison Psychiatry Unit *Psychosomatics* ; 39:311-317.
- Hackett T, Cassem N : *The Massachusetts General Hospital Handbook of Psychiatry*. St Lois,MO, Mosby, 1979.
- Holland JC, Rowland JH (eds): *Handbook of Psycho-oncology: Psychological Care of the Patient With Cancer*. New York, Oxford University Press, 1989.
- Jacobs JW, Bernhard MR.,Delgado A,et al.1977. Screening For Organik Mental Syndromes in Medically Ill.*Ann Intern Med* 86: 40-46.
- James 2000. “Consultation-Liaison Psychiatry” in Kaplan and Sadock Textbook Synopsys of Psychiatry, 2000.
- James L. Levenson : “Consultation-Liaison Psychiatry Research: More Like a Ground Cover Than a Hedgerow.” *Psychosomatic Medicine* 59:563-564 (1997).
- James R. Rundell, dan Thomas N. Wise: “Consultation-Liaison Psychiatry Research.” *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, American Psychiatric Press, 1996.
- Jachana, Lane, dan Gelenberg, 1996: “Treatment” in *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, American Psychiatric Press, 1996.
- Kaplan HI, Saddock BJ., 1990: *Pocket Handbook of clinical Psychiatry*. Baltimore, MD, Williams and Wilkins, 1990.
- Kornfeld Donald S, 2002: “Consultation-Liaison Psychiatry : Contributions to Medical Practice.” *American Journal of Psychiatry* 159:1964-1972, 2002.
- Lautenbacher S, Sernal J, Schreiber W, Krieg JC. 1999. Relationship between clinical pain complaints and pain sensitivity in patients with depression and panic disorder. *Psychosom Med* 1999;61:822–7.
- Lishman WA., 1987. *Organik Psychiatry*, 2 nd edition.Oxford UK Blackwell,Scientific pp 78-125.
- Lipowski ZJ, 1990. *Delirium; Acute Convusional States*. New York, Oxford University Press.
- Lipsitt Don R, 2001: “Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine : The Company They Keep.” *Psychosomatic Medicine* 63:896-909, 2001.
- Malt U.F, 2006. “*What every C-L psychiatrist should know about psychopharmacology*” Department of Psychosomatic and Neurobehavioural Medicine Rikshospitalet University Hospital NO-0027 Oslo, Norway E-mail: ulrik.fredrik.malt@rikshospitalet.no.

- Magoun HW, 1963. *The Waking Brain*, Springfield IL, Charles C Thomas.
- Mayou R, Hawton K. Psychiatric disorder in the general hospital. *Brit J Psychiatry* 1986;149:172–90.
- Meyers CA: Neurocognitive dysfunction in cancer patients. *Oncology* 2000; 14:75–79.
- Mercan S, Kivanc, Altunay, 2006. Psychodermatology: A Collaboration Between Psychiatry and Dermatology, *Turkish Journal Psychiatry* 17(4): 305-313.
- Mayfield D, *et al*, The CAGE Questionnaire : Validation of a New Alcoholism Screening Instrumen, *Am J Psychiatry*, 131 : 10, 1121-1123.
- Pasnau Robert O., 1982: "Consultation-Liaison Psychiatry at the Crossroads : In Search of a Definition for 1980s." *Hospital and Community Psychiatry* 33:989-995, 1982.
- Parish RM., Robinson RG., Lipsey JR.,1990, The Impact of Post Stroke Depression on Recovery in Activities indaily Living Over a 2–Years Follow–Up. *Arch Neurol* 47; 785-789.
- Rundell JR., Wise MG., 1989, Causes of Organik Mood Disorder, *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* I; 398-400.
- Reitan RM., 1984, *Aphasia and Sensory-Perceptual Deficits in Adult*, Tucson, AZ, Neuropsychology Press.
- Richard C. W. Hall, James R. Rundel, Ted W. Hirsch. 1996: "Economic Issues in Consultation-Liaison Psychiatry." *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, American Psychiatric Press, 1996.
- Robert I. Simon. 1996: "Legal and Ethical Issues." *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, American Psychiatric Press, 1996.
- Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, *et al*, 1994. Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorder in Primary Care : The PRIME-MD 1000 Study, *JAMA*, 272 : 1749-56.
- Strub RL.,Black FW.,1985, *The Mental Status Examination In Neurology*, 2nd Ed.Philadelphia, PA, FA Davis.
- Smith GC, Clarke DM *et al.*, 2000, Consultation-Liaison Psychiatristsf Management of Somatoform Disorders ,*Psychosomatics* 41:481-489.
- Smith D, Rohrberg. 2000. "*Interactions Between Mental States, Physiology, and Immunity*" A Dynamic Psychoneuroimmunologic Network The Harvard Brain Volume 7.
- Shaw RJ., Wamboldt M, *et al.*2006, Practice Patterns in Pediatric Consultation-Liaison Psychiatry, A National Survey ,*Psychosomatics* ; 47:43-49.
- Strain jj, Lyans js, Hammer js, *et al*: Cost Offset from off Psychiatric consultation liaison Intervention with elderly hip fracture patients. *Am j Psychiatry* 148:1044-1049, 1991.
- Strain JJ, Hammer JS, Fulop G. APM Task Force on psychosocial interventions in the general hospital setting. A review of cost-offset studies. *Psychosomatics* 1994;35:253–62.
- Söllner W. 2006. "*Psychotherapy is the basic treatment*" Dept. of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy General Hospital Nuremberg, EACLPP.
- Smith G. 2006. "*Effectiveness of integrated care: terminology and approach*" School of Psychology, Psychiatry and Psychological Medicine Monash University Melbourne, Australia, EACLPP.
- Smith MY, Redd WH, Peyser C, Vogl D: Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psychooncology* 1999; 8:521–537.

- Westphal JR, Freeman AM, 2000. Consultation-Liaison Psychiatry in *Current Diagnosis and Therapy in Psychiatry*,
- Wibisono Sasanto : "Kuliah Consultation Liaison Psychiatry." FK UI, 2001.
- Wise MG, Strub RL, 1996. Mental Status Examination and Diagnosis in *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Wujoso Hari, 2007 : "Kuliah Etika dan Hukum Kedokteran" Program Pasca Sarjana Biomedik FK UNS, 2007.
- Wise MG., Strub RL., 1993, Mental Status Examination and Diagnosis, The American Psychiatry Press Textbook Of Consultation-Liaison Psychiatry 6; 67-84.
- Westphal JR., Freeman AM., 1995 Consultation-Liaison Psychiatry. 14; 169-171.
- Wise TN., Ramchandani D, 2004, The Changing Content of Psychosomatics: Reflection of the Growth of Consultation-Liaison Psychiatry?. *Psychosomatics* 2004; 45:1-6.
- Weinstein EA., Friedland RP., 1977, Hemi-Inattention and Hemispheric Specialization. *Advances Neurology Series Vol 18*. New York, Raven.
- Wise MG, Taylor SE., 1990, Anxiety and Mood Disorder in Medically Ill Patients, *J Clin Psychiatry* 51; 27-32.
-