**Modul Pertemuan 10**

**Mata Kuliah : Psikologi Kesehatan**

**Kode mata Kuliah : PSI320**

**Perawatan Medis**

Halo Mahasiswa ! Selamat berjumpa kembali dalam mata kuliah psikologi kesehatan. Dalam pertemuan ini kita akan membahas tentang Perawatan medis. Harapannya setelah kita mengikuti perkuliahan ini mahasiswa mampu :

1. Menjelaskan prosedur perawatan medis pasien.
2. Menjelaskan lingkungan perawatan medis pasien.
3. Menjelaskan efek perawatan medis bagi pasien.
4. Menjelaskan proses penyesuaian emosional pasien di rumah sakit.
5. Membantu pasien di rumah sakit.

Jadi sebelum kita membahas lebih lanjut tentang pencegahan penyakit mari kita refleksi terlebih dahulu, Apakah Anda atau keluarga Anda pernah sakit yang memerlukan perawatan medis ? Lalu bagaimana dengan perasaan kita saat harus berada dalam perawatan medis ? Bagaimana kita menghadapi lingkungan dan prosedur medis ? Dan apa yang sangat kita butuhkan saat itu ?

Nah pengalaman Anda tersebut akan menjadi pengalaman yang berharga yang menambah wawasan materi kita. Kemudian mari kita lanjutkan dengan memahami materi tentang Perawatan medis.

1. **Latar Belakang**

Psikologi Kesehatan dikembangkan untuk memahami pengaruh  psikologis terhadap bagaimana seseorang menjaga dirinya agar tetap sehat, dan mengapa mereka menjadi sakit dan untuk menjelaskan apa yang mereka lakukan saat mereka jatuh sakit. Selain mempelajari hal-hal tersebut di atas, psikologi kesehatan mempromosikan intervensi untuk membantu orang agar tetap sehat dan juga mengatasi kesakitan yang dideritanya.

Psikologi kesehatan tidak mendefinisikan sehat sebagai tidak sakit. Sehat dilihat sebagai pencapaian yang melibatkan keseimbangan antara kesejahteraan fisik, mental dan sosial. Psikologi kesehatan mempelajari seleruh aspek kesehatan dan sakit sepanjang rentang hidup.

Simposium Internasional pertama tentang psikologi kesehatan diselenggarakan di La Habana, Cuba tahun 1984. Sejak itu telah banyak ketertarikan dunia luas pada konsep dan penerapan serta pengetahuan dan kemampuan psikologi untuk masalah-masalah sistem kesehatan.

Pengertian perilaku kesehatan adalah sebuah bentuk perilaku yang menunjukkan adanya kaitan antara sehat atau sakit. Perilaku kesehatan menurut Skinner adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman, dan lingkungan. (Notoatmodjo, 2007).

**B. Sejarah rumah Sakit**

Dalam **sejarah kuno**, kepercayaan dan pengobatan berhubungan sangat erat. Salah satu contoh institusi pengobatan tertua adalah **kuil** [**Mesir**](http://id.wikipedia.org/wiki/Mesir). Kuil [Asclepius](http://id.wikipedia.org/wiki/Asclepius) di Yunani juga dipercaya memberikan pengobatan kepada orang sakit, yang kemudian juga diadopsi bangsa Romawi sebagai kepercayaan. Kuil Romawi untuk Æsculapius dibangun pada tahun [291 SM](http://id.wikipedia.org/wiki/291_SM) di tanah [**Tiber**](http://id.wikipedia.org/wiki/Tiber), Roma dengan ritus-ritus hampir sama dengan kepercayaan Yunani.

Institusi yang spesifik  untuk pengobatan pertama kali, ditemukan di [India](http://id.wikipedia.org/wiki/India). **Rumah sakit Brahmanti** pertama kali didirikan di Sri Lanka pada tahun [431 SM](http://id.wikipedia.org/wiki/431_SM), kemudian Raja [Ashoka](http://id.wikipedia.org/wiki/Ashoka) juga mendirikan 18 rumah sakit di [Hindustan](http://id.wikipedia.org/wiki/Hindustan) pada [230 SM](http://id.wikipedia.org/wiki/230_SM) dengan dilengkapi tenaga medis dan perawat yang dibiayai anggaran kerajaan.

**Rumah sakit** pertama yang melibatkan pula konsep pengajaran pengobatan, dengan mahasiswa yang diberikan pengajaran oleh **tenaga ahli**, adalah [**Akademi Gundishapur**](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Akademi_Gundishapur&action=edit&redlink=1) di **Kerajaan Persia**.

**Bangsa Romawi** menciptakan valetudinaria untuk pengobatan budak, [Gladiator](http://id.wikipedia.org/wiki/Gladiator), dan prajurit sekitar [100 SM](http://id.wikipedia.org/wiki/100_SM). Adopsi kepercayaan [Kristiani](http://id.wikipedia.org/wiki/Kristiani) turut mempengaruhi **pelayanan medis** di sana. [***Konsili Nicea*** I](http://id.wikipedia.org/wiki/Konsili_Nicea_I) pada tahun [325](http://id.wikipedia.org/wiki/325) memerintahkan pihak Gereja untuk juga memberikan pelayanan kepada orang-orang miskin, sakit, janda, dan musafir. Setiap satu **katedral** di setiap kota harus menyediakan satu **pelayanan kesehatan**. Salah satu yang pertama kali mendirikan adalah [***Saint Sampson***](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Saint_Sampson&action=edit&redlink=1) di **Konstantinopel** dan [**Basil, *Bishop of Caesarea***](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Basil_of_Caesarea&action=edit&redlink=1). Bangunan ini berhubungan langsung dengan bagunan gereja, dan disediakan pula tempat terpisah untuk **penderita lepra**.

**Rumah sakit abad pertengahan** di Eropa juga mengikuti pola tersebut. Di setiap tempat peribadahan biasanya terdapat pelayanan kesehatan oleh [pendeta](http://id.wikipedia.org/wiki/Pendeta) dan [suster](http://id.wikipedia.org/wiki/Suster)  (**Frase Perancis** untuk rumah sakit adalah ***hôtel-Dieu***, yang berarti “***hostel of God***.”). Namun beberapa di antaranya bisa pula terpisah dari tempat peribadahan. Ditemukan pula rumah sakit yang terspesialisasi untuk **penderita lepra**, kaum miskin, atau musafir.

Rumah sakit dalam **sejarah** [**Islam**](http://id.wikipedia.org/wiki/Islam) memperkenalkan standar pengobatan yang tinggi pada abad 8 hingga 12. Rumah sakit pertama dibangun pada abad 9 hingga 10 mempekerjakan 25 staf pengobatan dan perlakuan pengobatan berbeda untuk penyakit yang berbeda pula. Rumah sakit yang didanai pemerintah muncul pula dalam sejarah Tiongkok pada awal abad 10.

Perubahan rumah sakit menjadi lebih sekular di Eropa terjadi pada abad 16 hingga 17. Tetapi baru pada abad 18 rumah sakit modern pertama dibangun dengan hanya menyediakan pelayanan dan pembedahan medis. Inggris pertama kali memperkenalkan konsep ini. [**Guy’s Hospital**](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Guy%27s_Hospital&action=edit&redlink=1) didirikan di [London](http://id.wikipedia.org/wiki/London) pada [1724](http://id.wikipedia.org/wiki/1724) atas permintaan seorang saudagar kaya ***Thomas Guy***. Rumah sakit yang dibiayai swasta seperti ini kemudian menjamur di seluruh Inggris Raya. Di **koloni Inggris** di Amerika kemudian berdiri [**Pennsylvania General Hospital**](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Pennsylvania_General_Hospital&action=edit&redlink=1) di [Philadelphia](http://id.wikipedia.org/wiki/Philadelphia) pada [1751](http://id.wikipedia.org/wiki/1751). setelah terkumpul sumbangan £2,000. Di Eropa Daratan biasanya rumah sakit dibiayai dana publik. Namun secara umum pada pertengahan abad 19 hampir seluruh negara di Eropa dan Amerika Utara telah memiliki keberagaman rumah sakit.

Sejarah perkembangan rumah sakit di Indonesia pertama sekali didirikan oleh VOC tahun 1626 dan kemudian juga oleh tentara Inggris pada zaman Raffles terutama ditujukan untuk melayani anggota militer beserta keluarganya.

**C. Definisi Rumah Sakit**

Rumah Sakit  adalah Suatu organisasi yang melalui  tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana  kedokteran yang permanen  menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis  serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien(Menurut American Hospital Assocition).

Menurut Kotter (1983) definisi rumah sakit adalah merupakan suatu perusahaan yang bergerak di bidang pelayanan atau jasa kesehatan, berbagai faktor mempengaruhi perkembangan RS, antara lain; teknologi, epidemiologi, demografi, sosial ekonomi, faktor kebutuhan masyarakat terhadap mutu pelayanan dan peraturan, serta faktor kebijaksanaan pemerintah yang berlaku.

Sedangkan menurut Wolper  dan Pena (1987), mereka mendefinisikan rumah sakit sebagai  tempat dimana orang sakit  mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat serta berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan.

1.       Jenis Rumah Sakit

Rumah sakit dapat dibagi dalam beberapa jenis menurut kategorinya masing-masing

1. Menurut pemilik : pemerintah, swasta
2. Menurut filosofi yang dianut : profit hospital dan non profit hospital
3. Menurut jenis pelayanan yang diselenggarakan : General Hospital dan Specialty Hospital
4. Menurut lokasi (pemerintah) : pusat, provinsi dan kabupaten

Sedangkan menurut kemampuan yang dimiliki rumah sakit di Indonesia dapat digolongkan dalam beberapa kategori, yaitu :

1. Rumah sakit tipe A, ciri-ciri : Specialis dan sub specialis lebih luas, Top referral hospital
2. Rumah sakit tipe B, ciri-ciri :  Specialis dan sub specialis terbatas, pelayanan rujukan dari kabupaten
3. Rumah Sakit tipe C, ciri-ciri : Spesialis terbatas, Pelayanan rujukan dari Puskesmas
4. Rumah sakit tipe D, ciri-ciri : Pelayanan rujukan dari Puskesmas
5. Rumah sakit tipe E (rumah sakit khusus) : RS Jiwa, RS Jantung, RS Paru, kanker, Kusta  dll

Dalam beberapa kebutuhan rumah sakit juga dapat di golongkan menjadi 2, yaitu : RS pendidikan dan non pendidikan. RS pendidikan dikelompokkan menjadi 2 golongan: (1) pusat ilmu kesehatan pada universitas besar yang mengadakan penelitian ilmu kesehatan dasar; dan (2) RS pendidikan yang mengadakan tiga atau lebih program kedokteran spesialis (Trisnantoro, 1992).

2.      Fungsi Rumah Sakit

1. Pelayanan pasien.
2. Pelayanan komunitas berupa suatu kerjasama dengan pihak-pihak lain di luar rumah sakit yang biasanya berupa upaya-upaya preventif, promotif dan rehabilitatif
3. Pendidikan, terutama bagi rumah sakit-rumah sakit besar yang berfungsi sebagai tempat pendidikan.
4. Penelitian
5. Pelayanan Informasi

**D. Lingkungan, Prosedur dan Pengaruhnya terhadap Pasien**

Bagi pasien, lingkungan RS tidak menyenangkan, menambah aspek negatif lain pada pengalaman sakitnya. Secara drastis menghancurkan kehidupan seseor, spt taraf ketergantungan tinggi pada yang lain. Dan menampilkan beberapa kejadian yg dapat menjadi sengsara secara ekstrim.

Perasaan tidak menyenangkan pasien berhub dengan interaksi antara pasien dan staf RS.

**1. Syarat kesehatan lingkungan rumah sakit**

Rumah Sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan dimana di dalamnya terdapat bangunan, peralatan, manusia (petugas, pasien dan pengunjung)  dan   kegiatan  pelayanan   kehatan, selain  dapat menghasilkan dampak positif berupa produk pelayanan kesehatan yang baik  terhadap pasien dan memberikan keuntungan retribusi bagi pemerintah dan lembaga pelayanan itu sendiri, rumah sakit juga dapat menimbulkan dampak negatif berupa pengaruh buruk kepada manusia, seperti sampah dan limbah rumah sakit yang dapat menyebabkan pencemaran lingkungan, sumber penularan penyakit dan menghambat proses penyembuhan serta pemulihan penderita.

Sampah dan limbah rumah sakit sangat layak diduga banyak mengandung bahaya atau resiko karena dapat bersifat racun, infeksius dan juga radioaktif (Suwarso, 1996). Selain itu, karena kegiatan atau sifat pelayanan yang diberikan, maka rumah sakit bisa menjadi depot segala macam penyakit yang ada di masyarakat, bahkan dapat pula sebagai sumber distribusi penyakit karena selalu dihuni, dipergunakan, dan dikunjungi oleh orang-orang yang rentan dan lemah terhadap penyakit. Di rumah sakit pula dapat terjadi penularan baik secara langsung (crossinfection), melalui kontaminasi benda-benda ataupun melalui serangga sehingga  dapat   mengancam     kesehatan (vector   borne   infection) masyarakat umum (Kusnoputranto, 1993).Untuk mengantisipasi dampak negatif yang tidak diinginkan dari institusi pelayanan kesehatan ini, maka dirumuskan konsep sanitasi lingkungan yang bertujuan untuk mengendalikan faktor-faktor yang dapat membahayakan bagi kesehatan manusia tersebut. Menurut WHO, sanitasi lingkungan (environmental sanitation) adalah upaya pengendalian semua faktor lingkungan fisik manusia yang mungkin menimbulkan atau dapat menimbulkan hal-hal yang merugikan bagi perkembangan fisik, kesehatan dan daya tahan hidup manusia. Dalam lingkup rumah sakit, sanitasi berarti upaya pengawasan berbagai faktor lingkungan fisik, kimiawi dan biologik di rumah sakit yang menimbulkan atau mungkin dapat mengakibatkan pengaruh buruk terhadap kesehatan petugas, penderita, pengunjung maupun bagi masyarakat di sekitar rumah sakit. (Musadad, 1993).

Dari pengertian di atas maka sanitasi rumah sakit merupakan upaya dan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit dalam memberikan layanan dan asuhan pasien yang sebaik-baiknya. Karena tujuan dari sanitasi rumah sakit tersebut adalah menciptakan kondisi lingkungan rumah sakit agar tetap bersih, nyaman, dan dapat mencegah terjadinya infeksi silang serta tidak mencemari lingkungan.

Keberadaan rumah sakit sebagai tempat berkumpulnya orang sakit atau orang sehat yang dapat menjadi sumber penularan penyakit dan pencemaran lingkungan (gangguan kesehatan), maka untuk mengatasi kemungkinan dampak negatif yang ditimbulkan dari institusi pelayanan kesehatan, khususnya rumah sakit ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/Menkes/SK/X/2004 menetapkan persyaratan- persyaratan [kesehatan lingkungan](http://www.indonesian-publichealth.com/kesehatan-lingkungan-2/) rumah sakit.

Persyaratan yang harus dipenuhi instansi pelayanan kesehatan, khususnya sanitasi  lingkungan   rumah   sakit   antara    lain  mencakup:  (1)Penyehatan      Ruang    Bangunan    dan    Halaman       Rumah    Sakit,(2) Persyaratan Hygiene dan Sanitasi Makanan Minuman, (3) PenyehatanAir, (4) Pengelolaan Limbah, (5) Pengelolaan tempat Pencucian  (Laundry), (6) Pengendalian Serangga, Tikus dan Binatang Pengganggu Lainnya, (7) Dekontaminasi melalui Disinfeksi dan Sterilisasi, (8) Persyaratan Pengamanan Radiasi,(9) Upaya Promosi Kesehatan dari Aspek Kesehatan lingkungan.

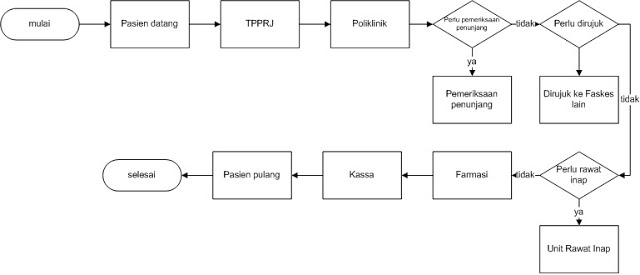
**2. Prosedur rumah sakit**

Rumah Sakit adalah fasilitas kesehatan yang penting bagi masyarakat. Karena Rumah Sakit adalah tulang punggung fasilitas kesehatan di Indonesia. Karena Rumah Sakit bisa dimiliki oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah atau swasta. Tenaga di Rumah Sakit pun beragam, ada tenaga dokter, perawat, apoteker, ahli gizi, tenaga perekam medis, tenaga manajemen kesehatan maupun tenaga non kesehatan.  
Pasien yang datang ke Rumah Sakit pun memiliki beragam jenis penyakit mulai dari penyakit menular sampai penyakit degeneratif. Oleh karena itu, disini saya berusaha untuk menyusun alur dan prosedur pendaftaran pasien baik pasien rawat jalan, rawat darurat dan rawat inap.

Unit Rawat Jalan adalah bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan berupa tindakan/ perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab atas segala kegiatannya di rawat jalan.  
  
Ciri-ciri unit rawat jalan :

1. Melayani pasien baik pasien yang berobat maupun yang membutuhkan pelayanan kesehatan.
2. Buka pada jam-jam tertentu
3. Menentukan apakah pasien tersebut dapat dirujuk di sarana pelayanan kesehatan atau di rawat inap.
4. Biasanya melayani pasien dalam jumlah banyak, oleh karena itu membutuhkan kartu tunggu agar pasien dapat antri
5. Melayani pasien yang memiliki penyakit/ gangguan yang tidak mendesak.

**Tugas pokok Unit rawat jalan :**

1. Menyiapkan segala peralatan dan perlengkapan yang dibutuhkan di Unit Rawat Jalan.
2. Melakukan pencatatan pasien di buku register
3. Memberikan pelayanan dan informasi medis serta pengobatan
4. Melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien di DRM rawat jalan dengan lengkap
5. Membuat dan menerima surat rujukan
6. Membuat surat pengantar ke IPP ( Instalasi Pemeriksaan Penunjang ), URI ( Unit Rawat Jalan ) dan surat keterangan sehat ( bila perlu ).
7. Membuat Sensus Harian Rawat Jalan ( SHRJ ).
8. Menerima DRM rawat jalan dari TPPRJ dan mengirimkan ke bagian assembling dengan buku ekspedisi.
9. Membuat informed consent, visum et repertum dan general consent ( bila perlu ).
10. Dokumen-dokumen yang harus ada di Unit Rawat Jalan :  
    1. Surat perintah rawat inap ( Admission Note )  
    2. Sensus Harian Rawat Jalan ( SHRJ )  
    3. Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan  
    4. BUku register poliklinik  
    5. Buku resep  
    6. Surat Pengantar rujukan  
    7. Surat Jawaban rujukan  
    8. Surat Keterangan Sehat  
    9. Surat Keterangan Kematian  
    10. Informed consent  
    11. Kartu tunggu pasien  
    12. Buku ekspedisi rawat jalan  
    13. Buku Catatan Tindakan rawat jalan  
    14. Formulir pengantar pembayaran jasa pelayanan dan tindakan.  
      
    Informasi yang dihasilkan di unit rawat jalan :
11. Identitas pasien
12. Jumlah kunjungan pasien di Unit Rawat Jalan ( per poliklinik ), baik pasien lama dan baru.
13. Jumlah pasien yang dirujuk, pasien rujukan dan jumlah pasien yang dirawat
14. Jumlah pasien rawat jalan BPJS, asuransi maupun mandiri.
15. Riwayat penyakit, anamnesis dan  pemeriksaan  fisik, diagnosa/ jenis penyakit, terapi ( pengobatan ) dan tindakan
16. Penanggung jawab pasien ( dokter dan perawat )
17. Jumlah pembayaran jasa pelayanan medis dan tindakan dari pasien rawat jalan
18. Fungsi-fungsi yang terkait :  
      
    1. Fungsi distribusi DRM di TPPRJ/ Filling  
    2. Bagian assembling, coding dan indexing  
    3. Fungsi pemeriksaan penunjang  ( Laboratorium dan Radiologi )  
    4. Farmasi  
    5. Kassa  
    6. TPPRI  
      
    [](https://4.bp.blogspot.com/-uHeI74aRZDo/WPo1CGFJjcI/AAAAAAAAAbo/MI3Yd1xzYGoK_FjcqoQIJuD01_sJXwFpgCLcB/s1600/alur%2Brajal.jpg)

Format alur pelayanan pasien rawat jalan

Unit Rawat Darurat adalah bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan berupa tindakan/ perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab atas segala kegiatannya di Unit Gawat Darurat.  
  
Ciri-ciri unit rawat Darurat :

1. Buka 24 jam
2. Terdiri dari minimal satu orang dokter jaga dan satu orang perawat yang harus ada di UGD
3. Melayani pasien yang membutuhkan pertolongan yang bersifat segera dan mengancam nyawa.
4. Terdapat obat dan alat kesehatan yang mencukupi dan dapat digunakan untuk merawat pasien yang membutuhkan pertolongan mendesak dan mengancam nyawa.

Tugas Pokok Unit Rawat Darurat :

1. Mempersiapkan peralatan dan perlengkapan yang dibutuhkan di Unit Rawat Darurat.
2. Menerima pasien dengan baik dan segera memberikan pertolongan/ perawatan dengan cepat dan tepat.
3. Melakukan perekaman/ pencatatan kondisi pasien di DRM Gawat Darurat dengan lengkap.
4. Menerima DRM Gawat Darurat dari TPPGD dan mengirimkan ke bagian Assembliong dengan buku ekspedisi.
5. Memberikan tindak lanjut atas pasien dengan cepat ( bisa dirujuk, dirawat inap maupun rawat jalan ).
6. Membuat surat pengantar rawat inap ( Admission Note ), Instalasi Pemeriksaan Penunjang, rujukan, surat keterangan sehat dan surat kematian ( bila perlu )
7. Melakukan registrasi di Buku Register Rawat Darurat
8. Membuat Sensus Harian Rawat Darurat ( SHRD )

Dokumen-dokumen yang harus ada di Unit Gawat Darurat :  
  
1. Surat Perintah Rawat Inap ( Admission Note )  
2. Sensus Harian Rawat Darurat   
3. DRM Rawat Darurat  
4. Buku register rawat darurat  
5. Buku resep  
6. Surat pengantar rujukan   
7. Surat jawaban rujukan  
8. Surat keterangan sehat  
9. Surat keterangan kematian  
10. Informed consent  
11. Buku ekspedisi rawat darurat  
12. Buku Catatan Tindakan rawat darurat  
14. Formulir pengantar pembayaran jasa pelayanan dan tindakan.  
  
Fungsi-fungsi terkait :  
  
1. Fungsi distribusi DRM di TPPRJ/ Filling  
2. Bagian assembling, coding dan indexing  
3. Fungsi pemeriksaan penunjang  ( Laboratorium dan Radiologi )  
4. Farmasi  
5. Kassa  
6. TPPRI  
  
Informasi-informasi yang dihasilkan di Unit Gawat Darurat :

1. Identitas pasien
2. Jumlah kunjungan pasien di Unit Rawat Darurat, baik pasien lama dan baru.
3. Jumlah pasien yang dirujuk, pasien rujukan dan jumlah pasien yang dirawat
4. Jumlah pasien rawat darurat BPJS, asuransi maupun mandiri.
5. Riwayat penyakit, anamnesis dan  pemeriksaan  fisik, diagnosa/ jenis penyakit, terapi ( pengobatan ) dan tindakan
6. Penanggung jawab pasien ( dokter dan perawat )
7. Jumlah pembayaran jasa pelayanan medis dan tindakan dari pasien rawat darurat
8. Kondisi pasien saat datang
9. Kendaraan yang dipakai untuk tiba di Rumah Sakit

[](https://3.bp.blogspot.com/-v0u1ucxur1o/WPo1CAKSFQI/AAAAAAAAAbk/TVoNoBO8WlQF8Z9Q2LuKQSU7NE-jkwILgCLcB/s1600/alur%2Bradar.jpg)

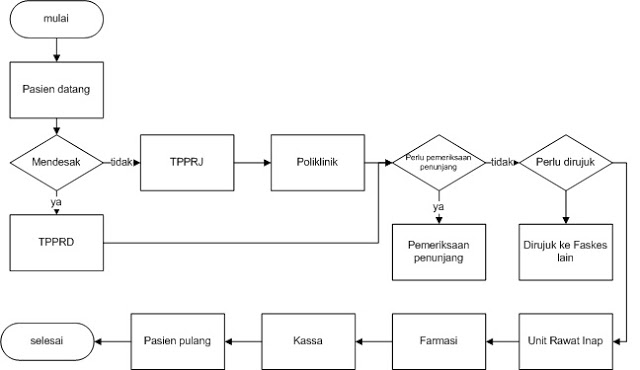
Format alur pelayanan pasien rawat darurat

Unit Rawat Inap adalah bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan berupa tindakan/ perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab atas segala kegiatannya di Unit Rawat Inap.  
  
Ciri-ciri unit rawat inap :  
  
1. Buka 24 jam  
2. Terdiri dari dua orang perawat jaga untuk tiap kelas.  
3. Melayani pasien yang di rawat inap termasuk memberikan perawatan dan pengobatan.   
  
Tugas Pokok Unit Rawat Inap :

1. Mempersiapkan peralatan dan perlengkapan yang dibutuhkan di Unit Rawat Inap ( ruang perawat )
2. Memberikan pengawasan, perawatan, dan pengobatan secara intensif kepada pasien
3. Memberikan informasi kesehatan yang jelas dan transparan kepada pasien atau orang yang bertanggung jawab terhadap pasien dan kepada dokter penanggung jawab pasien.
4. Melakukan pencatatan/ perekaman kondisi pasien ke DRM Rawat Inap, dan rencana penatalaksanaan/ tindak lanjut pasien.
5. Melakukan registrasi pasien ke dalam buku register
6. Membuat surat pengatar rujukan, Instalasi Pemeriksaan Penunjang, surat keterangan sehat, informed consent, visum et repertum ( bila perlu )
7. Setiap ada mutasi pasien melaporkan ke TPPRI
8. Membuat Sensus Harian Rawat Inap ( SHRI )
9. Melakukan kontrol pendapatan jasa pelayanan bersama dengan Kassa.

Dokumen-dokumen yang harus ada di Unit Rawat Inap :

1. DRM rawat inap yang sesuai dengan jenis penyakitnya.
2. Sensus Harian Rawat Inap ( SHRI )
3. Informed consent, surat-surat persetujuan, surat pengantar rujukan dan dirujuk, serta surat keterangan  sehat.
4. Formulir laporan penyakit menular
5. Formulir laporan individual pasien
6. Buku laporan perawatan
7. Buku resep
8. Buku register rawat inap
9. Buku ekspedisi rawat inap
10. Buku Catatan Tindakan rawat inap
11. Formulir pengantar pembayaran jasa pelayanan dan tindakan rawat inap.

Fungsi-fungsi terkait :  
  
1. Fungsi distribusi DRM di TPPRJ/ Filling  
2. Bagian assembling, coding dan indexing  
3. Fungsi pemeriksaan penunjang  ( Laboratorium dan Radiologi )  
4. Farmasi  
5. Kassa  
6. TPPRI  
7. Instalasi Gizi  
8. Instalasi Bedah Sentral, terdiri dari : Instalasi Kebidanan, Instalasi Kamar Operasi, Instalasi Kamar Intensif dan, Instalasi Kamar Bayi ( VK )  
  
Informasi yang dihasilkan di unit rawat inap :  
  
1. Identitas pasien  
2.  Jumlah pasien yang masuk setiap bangsal   
3. Jumlah pasien keluar dan masuk serta cara keluarnya  
4. Hasil pelayanan dan jumlah pasien yang meninggal < 2x24 jam dan >=48 jam.  
5. Jumlah hari pasien dirawat di setiap bangsal  
6. Jumlah pasien BPJS, asuransi dan mandiri.  
7. Jumlah dan jenis pemeriksaan penunjang pasien  
8. Jumlah dan jenis tindakan atau operasi.  
9. Jumlah dan jenis penyakit menular dan wabah.  
10. Jumlah pembayaran jasa pelayanan medis dan tindakan dari pasien rawat inap.  
11. Cara pembayaran jasa rawat inap  
  
  
[](https://4.bp.blogspot.com/-egHGSbFhoww/WPo1BQCmNjI/AAAAAAAAAbg/xp8_qEtuUUcH2iN8sV9wu8wgIeFgwf9JwCLcB/s1600/alur%2Branap.jpg)

Format alur pelayanan pasien rawat inap

**E. Efek Perawatan Medis bagi Pasien**

RS mrpkan tempat yang sibuk, petugas medis memp keterbatasan waktu sehingga gagal melengkapi informasi yang mereka butuhkan. Praktisi kadang memegang informasi karena mrk menganggap pasien akan salah paham atau membahayakannya.

Bbrp pasien bereaksi tidak mengerti informasi dokter, menanyakan informasi pada pasien lain, bertanya pada perawat, dan petugas lain.

Pada dasarnya orang adalah sumber informasi, namun jika informasi diterima secara tidak langsung dapat menjadi tidak benar atau salah. Maka dari itu, memegang informasi lebih baik dari pada menimbulkan kesalahpahaman dan berbahaya bg pasien.

Cara lain bagi praktisi berinteraksi dg pasien adalah dengan Depersonalisasi, atau Nonperson Treatment, melakukan tritmen seperti pasien itu tidak ada dihadapannya, artinya mencoba mengamankan pasien dari semua permasalahan, kekacauan, dan kecemasan dengan bertindak seolah-olah pasien dipisahkan dari kerusakan tubuhnya.

Hubungan pasien dan praktisi di RS tidak hanya dipengaruhi oleh perilaku staf RS, ttp juga oleh perilaku pasien.

RS mrpkan lingkungan tidak biasa & mbahayakan yang memerlukan penyesuaian psikologis dan sosial yang sulit bg pasien.

Mrk terpaksa mengurangi privasi, mentaati aturan dan jadual yang membatasi aktivitas, sedikit kontrol thd semua kegiatan, dan menjadi ketergantungan pada orang lain. Ini ad perubahan psikososial pada peran sakit.

Reaksi pasien dapat berpikir aktif atau pasif. Bila aktif yakin pd argumentasi staf maka komplain ketidaknyamanan sedikit.

Reaksi staf medis pada perilaku peran sakit pasien, pd akhir perawatan sbg “good pasient”, “active/ problem pasient”. Good pasient bila pasif, kooperatif, uncomplain, dan tenang. Problem pasient bila uncooperative, complain, overemotional, dan tergantung.

Konsekuensi hubungan buruk pasien-praktisi adalah pasien kurang taat pada rekomendasi medis.

Pada dasarnya, perilaku peran sakit tergantung pada sebaik mana pasien mengatasi kondisi medis dan prosedur tritmen medis yang mereka alami di RS.

Seseor memp hub dg staf RS untuk mendptkan pelayanan/ informasi yg diinginkan.

Pasien dg peran sosial nyata, menjadi tergantung pd staf medis untuk kehidupannya, karena staf medis memp penget, otoritas, dan power.

Pasien adalah asing bagi komunitas RS, tidak biasa dg struktur, prosedur, dan istilah RS, sehingga kondisi ini sering membuat seseor merasa tidak mudah dalam situasi yg mengecewakan.

Anxiety merpkan perasaan yang sgt umum bg pasien. Jika penyakit belum teridentifikasi, kecemasan ttg penyakit akan mempengaruhi kehidupannya.

Jika diagnosa didapatkan, pasien cemas thd diagnosa tsb, spt tritment spt apa dan taraf mana akan menjadi sembuh.

Kekecewaan pasien umumnya berasal dari ketidaktentuan yg dihasilkan dari kurangnya informasi, yg mungkin terjadi karena tes belum komplit, atau karena tidak seorangpun mempunyai waktu menginformasikan kpd nya.

**F. Proses Penyesuaian Emosional pada Pasien**

**1. Reaksi Emosi Pasien**

Pada umumnya, masyarakat luas masih membutuhkan kejelasan dalam berbagai pelayanan medis. Berikut adalah contohnya :

Bayangkan pasien menunggu operasi tumor besar yang tumbih di paru-parunya. Bayangkan bahwa operasinya buruk, tidak semua tumor terangkat, dan radiasi dan kemoterapi lebih dari beberapa minggu menyebabkannya lemah. Menderita penyakit serius di RS menyebabkan stres dan cemas.

Pasien RS harus mengatasi emosinya, dan mereka umumnya cenderung menyesuaikan diri namun kadang tingkat kecemasan pasien meningkat pd waktu tertentu.

Cara pasien menyesuaikan problem dan tritmen kesehatan di RS tergantung pada beberapa faktor, spt usia seseor, atau gender, karakter sakit atau lukanya.

Pada remaja muda sering lebih sukar mengatasi penyakit serius dari pada remaja tua. Juga lebih stres pada wanita.

Ada beberapa respon emosional yang muncul pada pasien atas penyakit kronis yang dideritanya, yaitu :

1. Penolakan (Denial)  
 Merupakan reaksi yang umum terjadi pada penderita penyakit kronis seperti jantung, stroke dan kanker. Atas penyakit yang dideritanya ini, pasien akan memperlihatkan sikap seolah-olah penyakit yang diderita tidak terlalu berat (menolak untuk mengakui bahwa penyakit yang diderita sebenarnya berat) dan menyakini bahwa penyakit kronis ini akan segera sembuh dan hanya akan memberi efek jangka pendek (menolak untuk mengakui bahwa penyakit kronis ini belum tentu dapat disembuhkan secara total dan menolak untuk mengakui bahwa ada efek jangka panjang atas penyakit ini, misalnya perubahan body image).

2. Cemas  
 Setelah muncul diagnosa penyakit kronis, reaksi kecemasan merupakan sesuatu yang umum terjadi. Beberapa pasien merasa terkejut atas reaksi dan perubahan yang terjadi pada dirinya bahkan membayangkan kematian yang akan terjadi padanya. Bagi individu yang telah menjalani operasi jantung, rasa nyeri yang muncul di daerah dada, akan memberikan reaksi emosional tersendiri. Perubahan fisik yang terjadi dengan cepat akan memicu reaksi cemas pada individu dengan penyakit kanker.

3. Depresi  
 Depresi juga merupakan reaksi yang umum terjadi pada penderita penyakit kronis. Kurang lebih sepertiga dari individu penderita stroke, kanker dan penyakit jantung mengalami depresi. Untuk dapat memahami respon yang terjadi atas perubahan yang ada pada penderita penyakit kronis, perlu pemahaman yang mendalam tentang diri individu (self) itu sendiri. Self merupakan salah satu konsep utama dalam ilmu psikologi. Para psikolog mengacu pada self concept sebagai keyakinan atas kualitas dan penilaian yang dimiliki seseorang.  
Penyakit kronis dapat menghasilkan perubahan yang drastis pada self concept dan self esteem. Beberapa perubahan yang ada bisa bersifat sementara, walaupun ada juga yang bersifat permanen. Self concept itu sendiri merupakan bagian dari self evaluation termasuk didalamnya beberapa aspek seperti body image, prestasi, fungsi sosial dan the private self.

1. The Physical Self  
Body image merupakan penilaian dan evaluasi atas fungsi dan penampilan fisik seseorang. Body image yang rendah berhubungan dengan harga diri yang rendah diikuti dengan terjadinya peningkatan depresi serta kecemasan.

2. The Achieving Self  
Jika keadaan penyakit kronis menjauhkan individu dari aktivitas ini, konsep diri individu yang bersangkutan bisa terkoyak dan rusak. Namun jika pekerjaan dan hobi sama sekali tidak terpengaruh oleh keadaan sakit dan sebagainya, individu dapat memperoleh kepuasan tersendiri dan meningkatkan harga dirinya.

3. The Social Self  
Sebagaimana yang telah diketahui bersama, menciptakan kembali kehidupan sosial pasien penderita penyakit kronis merupakan aspek yang penting. Bentuk sumber daya sosial yang dapat membantu individu yang menderita penyakit kronis misalnya dengan pemberian informasi, bantuan dan dukungan emosional. Partisipasi keluarga dalam proses rehabilitasi merupakan sesuatu yang sangat dianjurkan. Memberikan informasi pada anggota keluarga lain (bahkan anak-anak) yang akurat dan cukup mengenai keadaan individu yangs akit (misalnya gangguan/penyakit yang dialaminya, proses/treatment yang akan dijalaninya bahka perubahan emosional yang terlihat) merupakan sesuatu yang penting untuk dilaksanakan agar terhindar dari kebingungan dan kesalahpahaman dalam berkomunikasi antara individu yang sakit dengan pihak keluarga.

**2. Penyesuaian Emosi pada Pasien :**

* Proses *coping* pasien di RS.
* Proses kognitif dalan *coping.*
* Membantu pasien *coping.*
* Mempersiapkan pasien untuk prosedur medis yang sangat stres.
* Persiapan psikologis untuk prosedur bukan pembedahan/ *nonsurgical.*
* Jenis *coping* dan persiapan psikologis.
* Kasus anak

**G. Peran Psikologi dalam Bidang Kesehatan**

Kesehatan sebagai kontribusi dari disiplin ilmu psikologi yang didasarkan pada pendekatan ilmiah dan profesional terhadap hal-hal berikut:

1)  Promosi gaya hidup sehat (*health promotion*), praktisi psikologi kesehatan dapat membantu merancang program promosi maupun edukasi kesehatan yang sesuai bagi masyarakat, baik bagi para siswa maupun orang dewasa. Misalnya seperti kampanye anti rokok, atau kampanye pencegahan HIV Aids dengan menggunakan kondom bekerja sama dengan praktisi kesehatan dari bidang ilmu lain maupun pihak institusi seperti sekolah dan sebagainya. Bahkan praktisi yang bergerak di bidang psikologi kesehatan ini bisa membantu kita untuk menyusun pola hidup sehat yang mencakup diet dan membantu mengubah pola pikir kita soal diet tersebut. Tentunya  bekerja sama dengan praktisi kesehatan lain seperti ahli gizi.

2)   Pencegahan dan perawatan terhadap penyakit, praktisi psikologi kesehatan dapat membantu menyusun program-program pencegahan maupun perawatan terhadap penyakit melalui pendekatan psikologis. Contohnya seperti memperkenalkan metode relaksasi dan pemecahan masalah untuk membantu pasien darah tinggi agar tidak terlalu tegang dalam menghadapi stres sehari-hari, membantu proses penyesuaian dan rehabilitasi bagi pasien *stroke*seperti menentukan kegiatan yang dapat dilakukan, bagaimana mengatur pola makan, membantu pasien dan keluarga untuk menyalurkan emosi negatif mereka, dan sebagainya

3)  Identifikasi penyebab kemunculan penyakit dan diagnosis kondisi kesehatan individu/disfungsi lain, praktisi psikologi kesehatan dapat membantu praktisi kesehatan lain untuk menentukan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kemunculan suatu penyakit dari sisi psikologis, seperti kepribadian pasien, gaya hidup, dan sebagainya seperti yang telah dijelaskan sebelumnya. Praktisi psikologi kesehatan juga dapat membantu sejauh mana individu sesuai dengan metode perawatan tertentu

4)      Analisis dan peningkatan terhadap sistem perawatan kesehatan dan penyusunan peraturan-peraturan yang berkaitan dengan industri kesehatan (*health-policy*), praktisi psikologi kesehatan dapat membantu untuk menganalisis sejauh mana fasilitas perawatan kesehatan yang ada, seperti rumah sakit, puskesmas, anggota praktisi kesehatan, biaya perawatan, maupun sistem perawatan kesehatan yang ada dapat berfungsi secara optimal bagi proses perawatan kesehatan masyarakat. Dalam hal ini, praktisi psikologi kesehatan membantu memberikan rekomendasi bagi pembuat kebijakan, memberikan pelatihan-pelatihan terkait kondisi psikologis individu terhadap praktisi kesehatan maupun kader puskesmas, dan sebagainya.

**H. Ruang Lingkup Psikologi Kesehatan**

**a. Meningkatkan komunikasi dokter-pasien**

Kesehatan psikolog upaya untuk membantu proses komunikasi antara dokter dan pasien selama konsultasi medis Ada banyak masalah dalam proses ini, dengan pasien menunjukkan kurangnya pemahaman yang cukup banyak istilah medis, khususnya istilah anatomis (misalnya, usus). Salah satu bidang utama penelitian tentang topik ini melibatkan "dokter-berpusat" atau "pasien -berpusat "konsultasi. Dokter-konsultasi berpusat umumnya direktif, dengan menjawab pertanyaan-pertanyaan pasien dan kurang memainkan peran dalam pengambilan keputusan.

**b. Meningkatkan kepatuhan untuk nasihat medis**

Membuat orang untuk mengikuti nasihat medis dan mematuhi rejimen pengobatan mereka adalah tugas yang sulit bagi psikolog kesehatan. Orang sering lupa untuk minum pil atau terhambat oleh efek samping obat-obatan mereka.

**c. Cara pengukuran kepatuhan**

Psikolog Kesehatan telah mengidentifikasi sejumlah cara untuk mengukur kepatuhan pasien terhadap rejimen medis:

* Menghitung jumlah obat pil dalam botol-meskipun ini memiliki masalah dengan privasi dan / atau dapat dianggap menggurui atau menunjukkan kurangnya kepercayaan pada pasien
* Menggunakan laporan diri walaupun pasien mungkin gagal untuk kembali laporan diri atau berbohong tentang kepatuhan mereka
* Meminta dokter atau petugas kesehatan-meskipun ini menyajikan masalah pada kerahasiaan dokter-pasien
* Menggunakan "Trackcap" botol, yang melacak berapa kali botol dibuka, namun ini baik menimbulkan masalah [informed consent](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=id&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Informed_consent&prev=/search?q=scope+of+health+psychology&hl=id&biw=1366&bih=578&prmd=ivnsb&rurl=translate.google.co.id&usg=ALkJrhhgdth-xyFvQoiBfA_iI9b-dTUWIQ) atau, jika informed consent diperoleh, pengaruh melalui [karakteristik permintaan](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=id&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Demand_characteristics&prev=/search?q=scope+of+health+psychology&hl=id&biw=1366&bih=578&prmd=ivnsb&rurl=translate.google.co.id&usg=ALkJrhitlg22ABiIG6H6cxzjebYryZFqxw) .

**d. Mengelola rasa sakit**

Kesehatan psikologi mencoba untuk menemukan perawatan untuk mengurangi dan menghilangkan rasa sakit, serta memahami anomali nyeri seperti episodik [analgesia](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=id&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Analgesia&prev=/search?q=scope+of+health+psychology&hl=id&biw=1366&bih=578&prmd=ivnsb&rurl=translate.google.co.id&usg=ALkJrhhXgda0d7q3QxFIJ02x3cZKCR462Q) ,[causalgia](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=id&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Causalgia&prev=/search?q=scope+of+health+psychology&hl=id&biw=1366&bih=578&prmd=ivnsb&rurl=translate.google.co.id&usg=ALkJrhgvFhs2t7jsiqQGzFFL_7kp8PYMng) , [neuralgia](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=id&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Neuralgia&prev=/search?q=scope+of+health+psychology&hl=id&biw=1366&bih=578&prmd=ivnsb&rurl=translate.google.co.id&usg=ALkJrhifwgnt10edpyf85qAdFiLcy7FQvw) , dan [nyeri tungkai siluman](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=id&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Phantom_limb_pain&prev=/search?q=scope+of+health+psychology&hl=id&biw=1366&bih=578&prmd=ivnsb&rurl=translate.google.co.id&usg=ALkJrhi3Czd6rxNqLPouVs-kGYGXK4ZG7g) . Meskipun tugas mengukur dan menggambarkan rasa sakit telah bermasalah, pengembangan [McGill Pain Questionnaire](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=id&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/McGill_Pain_Questionnaire&prev=/search?q=scope+of+health+psychology&hl=id&biw=1366&bih=578&prmd=ivnsb&rurl=translate.google.co.id&usg=ALkJrhgKo_k_Ayj13u8K-0LnEKJHtRlKow) telah membantu membuat kemajuan di bidang ini. Pengobatan untuk nyeri melibatkan pasien-diberikan [analgesia](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=id&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Analgesia&prev=/search?q=scope+of+health+psychology&hl=id&biw=1366&bih=578&prmd=ivnsb&rurl=translate.google.co.id&usg=ALkJrhhXgda0d7q3QxFIJ02x3cZKCR462Q) , [akupunktur](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=id&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Acupuncture&prev=/search?q=scope+of+health+psychology&hl=id&biw=1366&bih=578&prmd=ivnsb&rurl=translate.google.co.id&usg=ALkJrhiantONw6idAhiE5ev1rmzWKo7h8g) (ditemukan oleh Berman untuk menjadi efektif dalam mengurangi rasa sakit untuk [osteoarthritis](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=id&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Osteoarthritis&prev=/search?q=scope+of+health+psychology&hl=id&biw=1366&bih=578&prmd=ivnsb&rurl=translate.google.co.id&usg=ALkJrhhx9Y8a0dCbDZeAKt0SXU7n3IgfJA) lutut  ), [biofeedback](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=id&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Biofeedback&prev=/search?q=scope+of+health+psychology&hl=id&biw=1366&bih=578&prmd=ivnsb&rurl=translate.google.co.id&usg=ALkJrhiNCVlSRe_pnisqLiVYcr8h5Mpscg) , dan [terapi perilaku kognitif](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=id&sl=en&u=http://en.wikipedia.org/wiki/Cognitive_behavior_therapy&prev=/search?q=scope+of+health+psychology&hl=id&biw=1366&bih=578&prmd=ivnsb&rurl=translate.google.co.id&usg=ALkJrhjKXW6NWL5d0NTswd6l3c3roNn7dw) .

**I. Aspek untuk**[**Psikologi Kesehatan**](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=id&sl=en&u=http://free-books-online.org/tag/health-psychology/&prev=/search?q=scope+of+health+psychology&hl=id&biw=1366&bih=578&prmd=ivnsb&rurl=translate.google.co.id&usg=ALkJrhgoRIC4FOUJnP6Rl6C6kGIcUTz8rA)

Ada lima aspek utama [psikologi kesehatan](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=id&sl=en&u=http://free-books-online.org/tag/health-psychology/&prev=/search?q=scope+of+health+psychology&hl=id&biw=1366&bih=578&prmd=ivnsb&rurl=translate.google.co.id&usg=ALkJrhgoRIC4FOUJnP6Rl6C6kGIcUTz8rA) , di mana masing-masing memberikan kontribusi pada keseluruhan keberadaan [psikologi kesehatan](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=id&sl=en&u=http://free-books-online.org/tag/health-psychology/&prev=/search?q=scope+of+health+psychology&hl=id&biw=1366&bih=578&prmd=ivnsb&rurl=translate.google.co.id&usg=ALkJrhgoRIC4FOUJnP6Rl6C6kGIcUTz8rA) .

**a. Mind-Body Connection**

Ini termasuk pentingnya penyesuaian masyarakat 'setelah diagnosa kematian, penyakit, atau cedera.

**b. Penyesuaian Psikologis**

negara psikologis, seperti depresi dan kecemasan, dapat mengubah fungsi kekebalan tubuh dan proses biologis lainnya, yang mengarah ke praktik kesehatan yang buruk dan penggunaan perawatan kesehatan berkurang.

**c. Mencegah Penyakit**

Kesehatan psikolog meningkatkan kesehatan dan harapan yang pada gilirannya akan mencegah penyakit. Ada banyak penyakit kronis yang dapat dicegah.

**d. Optimisme**

Sikap optimis dan perilaku yang terkait terkait dengan laporan yang lebih baik tentang kesehatan fisik dan pemulihan lebih cepat dari penyakit.

J**. Bantuan Psikolog Kesehatan**

**1. Bantuan tahap pertama**

* Bantuan tahap pertama
* Tes asessment psikologis pasien medis
* Peningkatan kesehatan & penyesuaian pasien
* Umumnya bukan atas permintaan pasien, ttp permintaan dr dokter atau perawat yang harus melaporkan problem psikologis, sosial, atau intelektual.
* Staf medis tidak terlatih mengidentifikasi tanda-tanda distres atau problem perilaku.
* Dokter tidak sangat baik mengenal problem emosi pasien.
* Setelah psikolog menerima permintaan, berkonsultasi dg peminta dan meninjau kembali *medical record* pasien.
* Tahap selanjutnya, menginterview pasien dan atau anggota keluarga seputar sejarah dan keadaan problem

**2. Bantuan tahap kedua**

* Psikolog mengembangkan ratusan instrumen untuk mengumpulkan sejumlah karakteristik psikologis seseorang.
* Administrasi tes psikologis tergantung pada jenis penyakit atau problem pasien.
* Pasien dg luka kepala serius – tes inteligensi, keterampilan akademik, dan fungsi persepsi khusus dan fungsi motor.
* Pasien yg mbutuhkan perubahan eksistensi diri dan perencanaan karier dites minat dan kemampuan vokasional.
* Beberapa untuk kebutuhan dan problem psikososial.

**3. Bantuan Peningkatan kesehatan dan penyesuaian pasien**

* Psikolog kesehatan menentukan luas kesukaran pasien, dibagi dalam teknik terapi khusus yang akan dilakukan. Metode perilaku dan kognitif diaplikasikan dg upaya prevensi primer, sekunder dan tertier.
* Teknik ini digunakan untuk membantu memperbaiki kebiasaan makan, latihan, berhenti merokok dan minuman, dan mengurangi stres dan keadaan emosional negatif lain yang dialami.
* Mengembangkan problem psikososial, terutama jika penyakitnya terus menerus mengancam kehidupan. Pasien dan keluarganya sering dbantu menyelasaikan perasaan depresi dan konseling kesulitan yang dialaminya.
* Pendekatan pada problem psikososial dg menggunakan group diskusi, terapi perilaku kognitif untuk mengidentifikasi , menguji, dan menempatkan pola pikir negatif dengan lebih konstruktif.
* Diharapkan staf medis dan psikologis dapat bekerja bersama untuk memperbaiki hubungan ini bagi keuntungan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Brannon, L &Feist, Jess (2000). *Health psychology: An Introduction to behavior and health* (4th ed.). United State: Wadsworth Thomson Learning.

Sarafino, P.E., & Smith, T. (20). Health Psychology(8th). Clinical Health Psychology

Heryana, Ade. (2016). Pengantar Psikologi Kesehatan. Retrieved from <http://adeheryana.weblog.esaunggul.ac.id/wp-content/uploads/sites/5665/2016/10/Ade-Heryana_PENGANTAR-PSIKOLOGI.pdf>

Rustika, I.M., Astiti, P.D., Lestari, D.M., et.al. (2016). Bahan Ajar Psikologi Kesehatan Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran: Universitas Udayana. Retrieved form <https://www.google.co.id/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_pendidikan_1_dir/305b3d834afe1217b78bae725163108.pdf&ved-2ahUKEwjbmtDUhcLdAhUIRo8KHaV-DhkQFjAFe>

Widodo, Edo. (2009). Praktik Wanita Pekerja Seks (WPS) Dalam Pencegahan Penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) Dan HIV & AIDS di Lokalisasi Koplak, Kabupaten Grobogan. Retrieved from <https://ejournal.undip.ac.id/indx.php/jpki/article/view/2345>