

KOMUNIKASI EFEKTIF DAN ANAMNESIS

LEARNING OUTCOME:

- ✚ Mahasiswa mampu melakukan anamnesis, menggunakan ketrampilan komunikasi efektif berdasarkan paradigma komunikasi ilmiah untuk memperoleh riwayat medis pasien secara akurat.
- ✚ Menerapkan prinsip-prinsip komunikasi untuk membantu pengelolaan pasien serta kerja sama yang produktif dengan pasien, keluarganya, masyarakat, sejawat dan profesi terkait.
- ✚ Menerapkan prinsip-prinsip komunikasi untuk menetapkan dan mempertahankan pengobatan lengkap dan hubungan dokter pasien yang etikal.
- ✚ Menggunakan prinsip komunikasi untuk mendapatkan, memberikan dan bertukar informasi.
- ✚ Mahasiswa mampu mengembangkan hubungan interpersonal dan situasi dinamis dalam hubungan dokter-pasien

PENDAHULUAN

Komunikasi efektif merupakan kompetensi yang harus dikuasai oleh seorang dokter. Dokter harus menerapkan prinsip-prinsip komunikasi untuk menetapkan dan mempertahankan pengobatan lengkap dan hubungan dokter pasien yang etikal. Juga menerapkan prinsip kerahasiaan, otonomi pasien, reaksi positif dan aspek pengobatan dalam hubungan pasien dokter, dalam hal anamnesis, konseling, penjelasan berbagai prosedur, negosiasi pembuatan keputusan dengan keluarga dan pendidikan pasien. Hubungan dokter-pasien dan keluarga yang baik sangat menunjang proses terapeutik. Pasien dan keluarga dengan senang hati menyampaikan keluhan kepada dokter tanpa perasaan curiga. Dokter perlu memahami spiritualitas, kondisi kejiwaan dan budaya yang mempengaruhi konsep sehat, sakit keinginan untuk hidup penderita. Pasien yang berbeda memerlukan pendekatan yang berbeda. Pemahaman tentang hubungan interpersonal meningkatkan sensitifitas dokter dalam memandang penderitaan dari sudut pandang penderita dan mengembangkan sikap empati.

Anamnesis atau wawancara merupakan langkah pertama dalam tata cara kerja yang harus ditempuh untuk membuat diagnosis. Mengumpulkan riwayat penyakit yang lengkap merupakan langkah penting untuk mengerti dan memahami penderita yang sedang dihadapi. Mengambil riwayat merupakan bagian yang dapat dimengerti serta difahami oleh setiap penderita. Langkah tersebut perlu ditempuh untuk menegakkan diagnosis, tetapi mempunyai arti yang berbeda-beda dalam proses diagnostik.

Pasien datang ke dokter untuk meminta bantuan dalam mengatasi masalah yang dapat disebabkan oleh *Disease* (penyakitnya), *Discomfort* (rasa tidak nyaman), *Disability* (ketidakmampuan), *Dissatisfaction* (ketidakpuasan) dan *Death* (kematian). Mahasiswa harus belajar keterampilan untuk mendapatkan riwayat medis dari pasien sebelum menjadi dokter.

Riwayat medis pasien terdiri dari :

- ♣ Identitas pasien :Nama, alamat, nomor telepon, keluarga pasien, umur, kelamin, ras, pekerjaan dan khusus untuk wanita mengenai riwayat kehamilan.
- ♣ Keluhan utama
- ♣ Riwayat penyakit sekarang.
- ♣ Riwayat penyakit dahulu
- ♣ Riwayat penyakit keluarga
- ♣ Riwayat sosial dan pekerjaan.
- ♣ Riwayat alergi
- ♣ Penelusuran sistem sesuai dengan penyakit pasien. Dalam hal ini dilakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien.

PEDOMAN KOMUNIKASI EFEKTIF DAN ANAMNESIS

Komunikasi yang tidak efektif sering menurunkan ketepatan diagnosis dokter. Penelitian menunjukkan bahwa dokter menyediakan waktu bagi pasien hanya 18 menit untuk memperoleh riwayat penderita. Biasanya hanya 2% pasien yang memperoleh kesempatan menyelesaikan riwayatnya. Kemampuan untuk mencurahkan perhatian penuh kepada setiap pasien akan sangat mempengaruhi keberhasilan seorang dokter. Perhatian terhadap kepribadian pasien akan mencegah dokter melukai perasaannya. Pasien berharap agar seorang dokter bersikap tidak berlebihan dan peka terhadap hal-hal yang menakutkan dan menggangukannya. Komunikasi efektif sangat diperlukan pada saat wawancara dengan pasien. Ada beberapa hal yang perlu disiapkan sebelum memulai interaksi dengan pasien. Persiapan ini merupakan aspek penting untuk dapat memperoleh informasi tentang kondisi pasien yang sesungguhnya.

Persiapan untuk melakukan wawancara adalah :

1. Tunjukkan perhatian anda, merupakan kunci untuk menjalin hubungan
2. Pelajari teknik-teknik melakukan wawancara
3. Pelajarilah rekaman medis dan persiapkan peralatan
4. Selalu, perkenalkan diri anda pada pasien
5. Dengarkanlah pasien anda
6. Mulailah pertemuan dengan cara yang tenang dan tidak tergesa-gesa, dengan senyum dan sikap berdiri yang seimbang
7. Adakan kontak mata segera
8. Perkenalkan diri anda dengan memberikan jabatan tangan yang erat
9. Jelaskan peran anda dalam tim yang merawat kesehatan pasien
10. Jelaskan tujuan anda dan uraikan tanggung jawab pasien dalam mencapai tujuan anda

Memperoleh riwayat pasien yang akurat adalah langkah kritis pertama dalam menentukan etiologi masalah pasien. Nilai kualitas riwayat pasien tentunya akan bergantung pada kemampuan dalam mengkaji informasi yang relevan. Alasan pasien datang kepada dokter adalah merupakan keluhan utama (chief complaint).

Meningkatkan hubungan dengan pasien

1. Duduklah di luar kawasan pribadi pasien
2. Pastikan pencahayaan, tempat menulis dan tempat duduk anda memadai
3. Mintalah ijin kalau diperlukan untuk mengubah ruangan
4. Kalau mungkin duduklah sedemikian rupa sehingga ketinggian mata sama atau dibawah ketinggian mata pasien
5. Pasien sedapat mungkin dalam posisi duduk tegak

Hal yang harus diperhatikan saat wawancara :

1. Perhatikanlah petunjuk-petunjuk verbal dan non-verbal
2. Semua komunikasi harus dijaga kerahasiaannya
3. Jangan memberikan pertimbangan moral
4. Bersikaplah jujur dan bertindak dengan semestinya
5. Hargailah sikap pasien terhadap penyakitnya

Cara mengendalikan wawancara

1. Hindarilah percakapan yang kurang penting dan menyimpang
2. Kendalikan pertanyaan dan jawaban
3. Mulailah dengan pertanyaan yang tidak terbatas dan singkat
4. Batasilah jumlah pertanyaan langsung
5. Pakailah lebih banyak pertanyaan tidak langsung
6. Perlihatkanlah respon yang tegas
7. Pakailah pernyataan-pernyataan peralihan untuk mengendalikan

- pasien yang berbicara bertele-tele
8. Mintalah izin untuk menyelidiki persoalan yang sensitif
 9. Berikanlah respon singkat kalau pasien mengungkapkan emosinya
 10. Hindarilah memberikan pertanyaan yang bertubi-tubi

Memulai wawancara




Selalu perkenalkan diri anda pada pasien. Kemudian coba membuat lingkungan tetap privacy dan bebas dari berbagai distraksi. Ini mungkin sulit, tergantung dimana interview dilakukan. Lakukan yang terbaik yang dapat kamu lakukan dan bebas untuk melakukan kreasi. Jika mungkin, persilahkan pasien untuk duduk, ketika interview dilakukan.

Idealnya, dengarkan pasien ketika menggambarkan masalah dengan kata-katanya sendiri. Pertanyaan terbuka (*open ended questions*) merupakan cara yang terbaik untuk memperoleh informasi yang lengkap. Tidak ada cara yang terbaik untuk menanyai pasien. Kesuksesan dalam interview memerlukan pencegahan dalam penggunaan istilah medis dan gunakan gambaran bahasa yang familier. Ada beberapa bahasa yang dapat digunakan pada beberapa keluhan, yaitu :

1. Durasi/lama terjadi
2. Karakter/derajat keparahan
3. Lokasi/penyebaran
4. Apakah sudah mencoba mengobati?
5. Apakah ada gejala penyerta lain?
6. Apa yang anda kira tentang masalah ini?
7. Apakah masalah tambah baik, tetap atau bertambah buruk?

ANAMNESIS

Anamnesis berasal dari kata *ana* yang artinya hal-hal yang telah terjadi dan *nesa* artinya ingatan. Dibedakan 2 anamnesis yaitu :

1. Auto anamnesis yang berasal dari penderita sendiri
2. Allo anamnesis yang berasal dari orang lain seperti keluarga, polisi, penduduk lain. Dikerjakan pada keadaan sebagai berikut:
 -  Pasien dengan penurunan atau perubahan kesadaran.
 -  Pasien bayi, anak-anak atau orang sangat tua
 -  Untuk konfirmasi auto anamnesis

Anamnesis awal

Identitas pasien merupakan data pokok yang harus dikaji lebih awal. Nama penderita yang anda periksa, umur, jenis kelamin, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, tempat tinggal, dokter yang merujuknya harus pula anda catat pada saat pemeriksaan dilakukan. Jika ini bukan merupakan kunjungan yang pertama, maka jumlah serta tanggal kunjungan sebelumnya harus juga anda catat. Tambahkan pula suatu pernyataan yang menerangkan sejauh mana seluruh keterangan yang diberikan oleh penderita dan pelapor dapat dipercaya. Riwayat maupun pemeriksaan tersebut harus pula ditandatangani dan diberi keterangan kedudukan orang yang melakukan pemeriksaan.

Keluhan Utama

Keluhan utama adalah pernyataan dengan bahasa sendiri sebagai penyebab utama pasien untuk mencari bantuan kesehatan. Keluhan utama dapat berupa nyeri (seperti nyeri perut), gejala tidak enak (seperti kelelahan), kehilangan fungsi normal (seperti fungsi kandung kemih), perubahan dari tubuh (seperti bengkak) atau keluhan kejiwaan (seperti cemas, depresi), yang tidak harus merupakan masalah sebenarnya.

Keluhan utama yang dinyatakan oleh pasien merupakan dasar utama untuk memulai evaluasi masalah pasien. Keluhan tersering yang membuat seseorang datang ke dokter adalah nyeri atau yang erat hubungannya dengan ketidaknyamanan. Tulislah pernyataan singkat, sejauh mungkin dengan mempergunakan kalimat yang dipakai oleh penderita itu sendiri, mengenai apa sebenarnya yang tengah dialaminya, dengan mengemukakan gejala-gejala atau tanda-tanda serta berapa lama semua gejala-gejala serta tanda-tanda tersebut sudah berlangsung. Hindarkan, jika memungkinkan, penggunaan kata-kata atau ungkapan-ungkapan yang menggambarkan suatu diagnosis atau yang mempunyai kaitan diagnostik murni.

Lama waktu terjadinya keluhan utama harus ditanyakan. Apakah gangguan yang dialaminya bersifat akut atau kronis? Beberapa penyakit timbul dan berakhir secara mendadak, sedangkan penyakit lain mulai secara perlahan dan tidak nyata. Sudah pasti penting untuk mengetahui dengan baik lokasi rasa nyeri atau perasaan tidak nyaman tersebut. Lokalisasi rasa nyeri atau ketidaknyamanan akan membantu memusatkan perhatian kita kepada organ atau daerah tertentu. Apakah rasa nyeri tersebut tetap terlokalisir atautakah merambat atau memancar ke daerah yang lain.

Perkembangan gejala-gejala berkaitan erat dengan lamanya penyakit. Apakah gangguan berkembang cepat atau lambat? Apakah gejala bertambah baik pada waktu-waktu tertentu, sedangkan waktu lain malah bertambah buruk? Perhatikan sifat rasa nyeri atau perasaan tidak nyaman yang dikeluhkan oleh pasien. Apakah rasa nyeri bersifat tajam atau tumpul? Apakah yang dikeluhkan benar-benar rasa nyeri atau perasaan tidak nyaman belaka. Tetapkan dengan pasti pengaruh kegiatan-kegiatan normal terhadap

gejala. Apakah pengaruh sikap tubuh terhadap gejala tersebut? Tidur, makan dan istirahat apakah mempengaruhi rasa sakit/ ketidaknyamanan tersebut?

Riwayat Penyakit Sekarang(RPS)

RPS adalah rincian gambaran dari keluhan utama pasien dengan sasaran untuk mendapatkan hubungan dan gambaran umum bagaimana keluhan utama pasien terjadi. Yang paling penting adalah fungsinya sebagai sumber informasi yang hakiki untuk membuat diagnosis.

Bila, mengapa dan bagaimana penderita sampai menjadi sakit? Rinci kronologis yang disusun secara ringkas, semua keterangan yang berhasil dikumpulkan yang mempunyai kaitan dengan permulaan timbulnya penyakit, maupun perjalanan penyakit. Bila mungkin, pancing serta korek pengertian serta pemahaman yang dimiliki oleh penderita tentang penyakit yang tengah dialaminya tersebut serta harapan-harapan yang terkandung dalam dirinya mengenai kunjungan ini. Untuk membuat RPS ada 7 dimensi dari gejala klinik yang harus ditanyakan dalam anamnesa, yaitu :

1. **Lokasi** : Dimana lokasi masalah tersebut? Apakah ada penjaran? Contoh : Tolong tunjukkan dengan satu jari dimana lokasi nyeri yang tepat?
2. **Kualitas** : Seperti apa keluhan tersebut dan bagaimana rasanya ? Apakah tajam atau tumpul, hilang timbul atau menetap?
3. **Kuantitas/beratnya** : Seberapa berat penyakitnya?. Misalnya beratnya nyeri dengan skala 1 sampai 10 dimana skala 1 tidak nyeri sedangkan 10 sangat nyeri.
4. **Kronologis/waktu** : Kapan gejala atau masalah mulai?.Bagaimana kejadiannya? Misalnya pada nyeri dada perlu ditanyakan pertama kali terjadi atau sebelumnya pernah terjadi. Pada diare ditanyakan berapa kali mencretnya.
5. **Kejadian yang memperberat keluhan** : Misalnya pada ulkus ventrikuli diperberat dengan makan pedas, nyeri dada bertambah pada saat bekerja dan sebagainya
6. **Kejadian yang memperingan keluhan** : Misalnya pada gastritis nyeri uluhati berkurang dengan makan dan sebagainya
7. **Gejala klinik yang menyertai** : Misalnya kolik ureter disertai dengan kesulitan defekasi

Teknik untuk mendapatkan Riwayat Penyakit Sekarang

1. Tipe pertanyaan :

- ✚ *Open ended*, umumnya dipergunakan pada saat mulai wawancara sampai selesai.
- ✚ *Direct*, artinya langsung menuju apa yang ditanyakan. Misalnya "kapan nyeri itu dimulai?", " Berapa kali beraknya"
- ✚ *Design*, merancang informasi spesifik tentang sesuatu yang khusus.
- ✚ *Multiple*, hindari pertanyaan yang banyak namun tidak berhubungan. Misalnya "apakah ada perubahan dalam kencing atau berak, darah dalam tinja atau nyeri perut?". Karena kita bisa lupa tentang apa yang

ditanyakan.

- ✚ *Laundry List*, hindari pertanyaan seperti pada multipel sehingga pasien sulit untuk menjelaskan gejala yang dialami. Misalnya " apakah nyeri tajam atau tumpul ". Seharusnya ditanyakan seperti " seperti apa nyeri yang diderita ?"

2. Cara komunikasi :

- ☞ Yakinkan pasien nyaman
- ☞ Yakinkan pasien siap untuk mendengar
- ☞ Perkenalkan diri anda
- ☞ Hormati pasien dengan menyebut nama yang lengkap.
- ☞ Fasilitasi bila cerita pasien terhenti.
- ☞ Perlihatkan rasa empati.
- ☞ Bangkitkan rasa kasihan terhadap penderitaan pasien.
- ☞ Timbulkan suasana keheningan
- ☞ Klarifikasikan cerita pasien bila kurang jelas.
- ☞ Ulangi lagi cerita yang didengar untuk meyakinkan.
- ☞ Gunakan ringkasan.
- ☞ Gunakan pernyataan peralihan
- ☞ Gunakan pernyataan atau pertanyaan dari kesimpulan seperti "ada lagi yang bapak mau kemukakan?, " ada hal-hal yang penting yang bapak mau kemukakan?"

Riwayat Penyakit Dahulu(RPD)

RPD adalah catatan tentang penyakit dan pengobatan yang dialami pasien pada masa lalu, merupakan informasi yang dapat menambah keterangan penyakit sekarang dan atau yang berpengaruh terhadap pengelolaan pasien.

Elemen inti dari RPD adalah :

1. *Kelahiran dan perkembangan dini*. Buatlah ikhtisar mengenai apa yang diketahui penderita tentang kelahiran, makanan, pertumbuhan, tingkah laku dan lingkungannya, dengan menekankan hubungan antar pribadi serta peristiwa-peristiwa penting pada masa kanak-kanaknya.
2. *Penyakit-penyakit yang diderita sebelumnya (masa kanak-kanak dan lain-lain)*. Catatlah penyakit-penyakit menular serta gejala-gejala sisa yang dialaminya, imunisasi, reaksi-reaksi alergi dan hipersensitivitas dan reaksi-reaksi yang ditimbulkan oleh obat-obatan.
3. *Pembedahan, cedera, kecelakaan dan masuk rumah sakit*. Berikan tanggal-tanggal peristiwa terjadinya dengan keadaan yang menyertai; pancing serta koreklah ulasan-ulasan penderita mengenai anestesia, reaksi-reaksi obat dan hasil dari pengobatan yang diberikan kepadanya.
4. *Obat-obatan, pengobatan dan kebiasaan*. Tanyakan kepada penderita mengenai penggunaan teh, kopi, alkohol, tembakau, obat-obat pencahar atau pengobatan lain yang dipergunakan secara teratur.

5. *Kesehatan/keadaan umum.* Catatlah penilaian penderita anda tentang kesehatannya sebagai baik, sedang ataupun buruk.

Riwayat Penyakit Keluarga (RPK)

RPK adalah riwayat penyakit yang diderita keluarga sebagai informasi apakah merupakan penyakit yang diturunkan atau penyakit keturunan.

Elemen inti RPK adalah :

1. *Latar belakang keluarga.* Usia kedua orangtuanya, keadaan kesehatan mereka, penyakit-penyakit fisik dan emosional yang pernah mereka derita di masa lalu, kejadian-kejadian penting yang berhubungan dengan umur penderita pada saat peristiwa itu terjadi. Cakup juga pertanyaan-pertanyaan yang menyangkut kakek serta neneknya dan anggota keluarga lainnya.
2. *Saudara kandung.* Jumlah kehamilan yang pernah dialami oleh ibunya; jumlah saudara laki-laki dan saudara perempuannya, keadaan kesehatan mereka semua, penyakit-penyakit yang pernah mereka derita.
3. *Riwayat perkawinan.* Suatu pernyataan tentang istri/suami serta anak-anak penderita, termasuk umur mereka masing-masing, keadaan kesehatan mereka, penyakit-penyakit ataupun persoalan-persoalan yang pernah dialami serta hubungan emosional yang terdapat antara mereka.
4. *Riwayat keturunan.* insiden penyakit-penyakit tulang dan sendi, alergi, kanker, diabetes melitus, gangguan perdarahan, hipertensi, epilepsi, penyakit ginjal, migren, gangguan saraf dan jiwa, demam rematik, tukak lambung dan lain-lain pola penyakit yang dominan yang terdapat di lingkungan keluarga penderita.

Riwayat obstetric dan aktivitas seksual. Apakah dia pernah melahirkan/hamil? Jika ya, berapa kali, bagaimana hasil kehamilannya? Aktivitas seksual merupakan masalah yang tidak nyaman untuk ditanyakan, tetapi ini dapat memberikan informasi penting tentang penganiayaan, kemampuan untuk mendapatkan keturunan dan lain-lain.

Riwayat Sosial dan Lingkungan

1. *Pendidikan, dinas kemiliteran dan kegiatan keagamaan.* Uraikan bila ada hubungannya.
2. *Riwayat pekerjaan.* Uraikan kegiatan-kegiatan yang dilakukan penderita, baik di dalam, maupun di luar rumah, termasuk contoh kegiatan sehari-hari yang khas.
3. *Pengaturan kehidupan.* Uraikan aspek-aspek fisik dan sosial rumah penderita.
4. *Masalah-masalah yang mempunyai hubungan dengan penyakit yang diderita sekarang ini.* Perhatikan serta pertimbangkan masalah-masalah

keuangan, perubahan-perubahan dalam pekerjaan serta di rumah, penyaluran seksual yang dilakukannya serta penggunaan alkohol, obat-obatan dan tembakau. Lakukan penilaian terutama mengenai reaksi emosional penderita terhadap penyakit yang sekarang ini.

Tinjauan Sistem. Bagaimanakah cara anda melakukan tinjauan berbagai sistem? Bilakah hal itu anda lakukan? Lakukan hal itu ketika anda sedang memeriksa penderita. Pada waktu anda tengah memeriksa kepalanya, tanyakan apakah ia menderita sakit kepala. Ketika anda sedang melihat matanya, tanyakan apakah penderita mengalami kesukaran dengan penglihatannya, konjungtivitis dan gangguan-gangguan lainnya. Anda melihat tubuh penderita di hadapan anda. Catatlah semua tanda, gejala dan nilai-nilai yang berhubungan. Gunakan tinjauan sistem-sistem ini untuk memperoleh keterangan yang mungkin terabaikan sebelumnya.

1. *Umum.* Keletihan, penurunan berat badan, demam, dingin, menggigil, berkeringat, berat badan waktu berusia 18 tahun, berat badan maksimal waktu dewasa.
2. *Kulit.* Ruam, gatal-gatal, tahi lalat, borok, kanker, rambut, pigmentasi.
3. *Kepala dan leher.* Sakit kepala, trauma, perasaan nyeri, kekakuan, pembengkakan.
 - ✚ Mata: kaca mata yang dipakai, perasaan nyeri, diplopia, skotoma, gatal gatal, kekeringan, infeksi, kemerahan.
 - ✚ Telinga: Penurunan atau hilangnya pendengaran, infeksi, perasaan nyeri, tinitus, vertigo.
 - ✚ Hidung: Kekeringan, perdarahan, perasaan nyeri, kotoran yang dikeluarkan, penyumbatan, penciuman, bersin-bersin.
 - ✚ Mulut: Luka-luka; perasaan nyeri, infeksi; ulkus, suara serak, kekeringan, keadaan gusi, lidah, gigi dan gigi palsu; menelan.
4. *Buah dada.* Pengeluarnya, bongkol yang terdapat, perasaan nyeri, perdarahan, infeksi.
5. *Pemafasan.* Batuk, perasaan nyeri, sputum, asma, dispnea, hemoptisis, sianosis, kontai? akibat pekerjaan, tuberkulosis, pneumonia, pleuritis.
6. *Jantung.* Angina, dispnea, ortopnea, paroksismal nokturnal dispnea, edema, palpitasi, bising, kegagalan, infark, hipertensi, penyakit-penyakit jantung yang diketahui, demam rematik, keterbatasan gerak badan.
7. *Pembuluh darah.* Klaudikasio, flebitis, ulkus, keadaan vena dan arteri.
8. *Saluran cema.* Nafsu ma-kan, menelan, anoreksia, mual, muntah, serdawa, darah, melena, perasaan nyeri abdomen, diare, konstipasi, perubahan kebiasaan buang air besar, hemoroid, hernia, pemakaian obat-obat pencahar atau antasida, ikterus, gangguan hati, hepatitis.
9. *Ginjal dan saluran kemih.* Disuria, hematuria, inkontinensia, nokturia, berapa kali berkemih, batu, nefritis, infeksi.

10. *Ginekologik*. Sediaan hapus pap (tanggal pembuatan dan hasilnya), menarche (usia berapa), siklus, menopause (usia), menoragia, metroragia, bercak-bercak, pengeluaran, gatal, disparenia, penggunaan kontrasepsi, penyakit kelamin, tumor, jumlah kehamilan yang telah dialami, kelahiran hidup, abortus.
11. *Genitalia pria*. Perasaan nyeri, pembengkakan, pengeluaran, penyakit kelamin, kemampuan seksual, tumor, ulkus.
12. *Muskuloskeletal*. Perasaan nyeri, kepekaan yang berlebihan, kekejangan, kelemahan, trauma, terkilir, patah tulang, nyeri pada perse. ndian, pembengkakan, kekakuan, nyeri punggung.
13. *Hematologik*. Anemia, perdarahan, kelebaman, keganasan, transfusi-transfusi yang pernah diterima.
14. *Endokrin dan metabolisme*. Perubahan berat badan, diabetes, toleransi terhadap suhu, polidipsia, perubahan pada rambut.
15. *Susunan saraf*. Sinkop, kejang, pusing, stroke, termor, gangguan koordinasi, gangguan sensoris, perasaan nyeri, gangguan motoris, daya ingat.
16. *Emosi*. Kecemasan, tidur, depresi, keinginan bunuh diri, gambaran mengenai diri sendiri, kepuasan dalam kehidupan.

ALAT DAN BAHAN

Alat tulis dan kertas

DAFTAR PUSTAKA :

1. Anonim, 2002. History of Present Illness, The School of Medicine, The University of California, San Diego.
2. Burnside-Mc Glynn, 1995. Adams Diagnosis Fisik, EGC, Jakarta.
3. Delp and Manning, 1996. Major Diagnosis Fisik, EGC, Jakarta.
4. Goldberg, 2001. Practical guide to clinical medicine. University of California, San Diego.
5. Fletcher SW.2000. Clinical decision making: approach to the patient, In: **Goldman: Cecil Textbook of Medicine, 21st ed.,** London. W. B. Saunders Company, 78-9.
6. DeGowin, RL. and Brown, DD. 2000. .Diagnostic Examination.7th ed. New York. MacGraw-Hill.1-36.
7. Anonym, Twelve strategies for effective communication and collaboration in medical teams, BMJ Career Focus.htm

8. Mock, KD. 2001. Effective clinician-patient communication, Published February 2001
9. Lewis, B. 2002. From cradle to Rocker: Providing Care Across the Human Life Cycle. Dalam: Sloane P D, Slatt Lisa M, Ebell M H, Jacques LB. Essential of Family Medicine. Ed 4, Philadelphia, Lippincott William & Wilkins, p3-18

PENILAIAN KETRAMPILAN ANAMNESIS

Nama :

No mahasiswa :

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
1	Persiapan diri, ruangan dan alat yang diperlukan			
2	Memberikan salam dan tersenyum pada pasien			
3	Memperkenalkan diri			
4	Menanyakan nama panggilan kesukaan			
5	Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan			
6	Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya			
7	Keluhan utama			
8	Riwayat penyakit sekarang			
9	Riwayat penyakit dahulu			
10	Riwayat penyakit keluarga			
11	Riwayat social dan lingkungan			
12	Riwayat obstetric dan sexual			
13	Meminta persetujuan jika ingin memeriksa lebih detail			
14	Pertanyaan berkaitan secara runtut			
15	Melakukan wawancara sesuai rencana			
16	Berhadapan, mempertahankan kontak mata			
17	Membungkuk ke arah pasien dan mempertahankan sikap terbuka			
TOTAL SKOR				

Keterangan :

- 0 = tidak dilakukan
- 1 = dilakukan tetapi kurang sempurna
- 2 = dilakukan dengan sempurna
- * = Critical point (item yang harus dilakukan)

Batas lulus 75% , dengan tidak ada *critical point* yang bernilai = 0

Nilai = (Jumlah/42) x 100 =

Purwokerto,
Evaluatur

.....

