



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
FAKULTAS KEDOKTERAN
Jl. Ir. Sutami 36 A Surakarta Tel/Fax (0271) 664178**

**BUKU MANUAL KETERAMPILAN KLINIK
TOPIK MEDICAL INTERVIEW: *HISTORY TAKING***

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
FAKULTAS KEDOKTERAN
2019**

TIM PENYUSUN

Dr. Eti Poncorini Pamungkasari, dr., MPd

Dwi Rahayu, dr., M.Gz

Arsita Eka Prasetyawati, dr., M.Kes

Dr. Veronika Ika B, dr., MPd

Wachid Putranto, dr., Sp.PD-KGH

Abstrak

Ketrampilan *medical interview: history taking* mempelajari tentang bagaimana seorang dokter dapat mengeksplorasi anamnesis dengan tetap menjalin komunikasi dua arah yang baik dan efektif dengan pasiennya. Ketrampilan ini untuk mahasiswa tahap awal sebagai dasar untuk dapat melakukan anamnesis secara baik dengan empat dasar dan tujuh atribut anamnesis. Kegiatan belajar-mengajar dilakukan dalam bentuk latihan terbimbing dan mandiri.

KATA PENGANTAR

Kami mengucapkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, karena dengan bimbingan-Nya pada akhirnya kami dapat menyelesaikan penyusunan Manual Keterampilan Klinis *Medical Interview: History Taking* bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta Semester 1 ini. Manual Keterampilan Klinis ini disusun sebagai salah satu penunjang pelaksanaan *Problem Based Learning* di FK UNS.

Perubahan paradigma pendidikan kedokteran serta berkembangnya teknologi kedokteran dan meningkatnya kebutuhan masyarakat menyebabkan perlunya dilakukan perubahan dalam kurikulum pendidikan dokter, khususnya kedokteran dasar di Indonesia. Seorang dokter umum dituntut untuk tidak hanya menguasai teori kedokteran, tetapi juga dituntut terampil dalam mempraktekkan teori yang diterimanya termasuk dalam melakukan medical interview yang benar pada pasiennya.

Dengan disusunnya buku ini kami berharap mahasiswa kedokteran lebih mudah dalam mempelajari dan memahami teknik komunikasi dokter-pasien.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan buku ini. Kami menyadari bahwa buku ini masih banyak kekurangannya, sehingga kami sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun untuk perbaikan dalam penyusunan buku ini.

Terima kasih dan selamat belajar.

Surakarta, Juli 2019

Tim penyusun

DAFTAR ISI

Tim Penyusun	1
Abstrak	2
Kata pengantar	3
Daftar isi	4
Pendahuluan	5
Rencana Pembelajaran Semester	6
<i>Medical interview: history taking</i>	8
Cekclist penilaian keterampilan <i>history taking</i>	22
Daftar pustaka	23

PENDAHULUAN

Seorang dokter masa depan, di samping harus mampu mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran yang sedemikian cepat, juga harus mempunyai kemampuan menjalin hubungan interpersonal yang efektif dan komunikasi yang baik. Saat ini, harapan pasien adalah dapat menjalin hubungan saling pengertian yang baik dengan dokternya, didasari rasa kepercayaan, kesetaraan, dan dapat diajak untuk bertukar informasi. Seorang dokter juga mempunyai peran penting dalam mengubah perilaku masyarakat yang kurang baik bagi kesehatan. Hal ini akan lebih mudah bila dokter juga memahami latar belakang pasien, termasuk nilai dan budaya di lingkungan pasien. Apabila hubungan dokter dan pasien ini telah terbina dengan baik, akan mudah bagi dokter untuk mendapatkan informasi yang dapat menunjang penegakan diagnosis yang akurat dan penatalaksanaan medis yang komprehensif. Dengan komunikasi yang baik, pasien juga akan melaksanakan terapi dengan yakin dan benar, sehingga menunjang kesembuhan dan peningkatan kesehatan pasien.

Dalam pertemuan dokter dan pasien di layanan kesehatan sangat diperlukan anamnesis sebagai bentuk penggalan *history taking*. Anamnesis yang dilakukan secara terstruktur dan baik merupakan modal yang besar bagi dokter dalam penentuan diagnosis pasien, sebelum dilakukan pemeriksaan fisik dan atau penunjang. Ketepatan pemeriksaan fisik, penunjang dan nantinya dalam mendiagnosis sangat ditentukan oleh anamnesis yang dilakukan.

~~Sebuah kejadian nyata, di sebuah tempat pelayanan kesehatan minim komunikasi, seorang nenek yang sakit diberi 3 macam obat tanpa penjelasan lebih lanjut. Dokter tidak merasa perlu untuk memberi penjelasan tentang aturan minum obat secara lisan karena sudah tertulis di bungkus masing masing obat diminum 3 x 1. Tiga hari kemudian pasien tersebut kembali ke klinik dan mengatakan penyakitnya sama sekali tidak berkurang. Setelah ditanya lebih lanjut, ternyata persepsi nenek tersebut dengan 3 x 1 adalah obat A diminum pagi, obat B diminum siang dan obat C diminum malam tanpa menghitung berapa lama jarak waktu minum obat. Melihat ilustrasi ini dapat kita lihat, komunikasi dokter-pasien yang kurang bisa berakibat tidak baik.~~

Topik *medical interview* terbagi dalam dua komponen kegiatan yakni empati dan sambung rasa serta *history taking*. Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran ini, diharapkan mahasiswa mampu membina empati dan sambung rasa serta melakukan *history taking* dengan pasien dan keluarganya. Adapun tujuan pembelajaran yang diharapkan pada ketrampilan *history taking*: Ketrampilan empati dan sambung rasa:

~~— Mampu menginisiasi komunikasi secara aktif dengan pasien atau keluarga~~

~~— Mampu menerapkan sambung rasa pada pasien atau keluarganya secara benar~~

Formatted: Font: Italic

- Menerapkan prinsip etika pada komunikasi dokter-pasien
- Menunjukkan sikap sebagai pendengar aktif

Ketrampilan history taking:

- 2.1. Mampu melakukan wawancara yang terstruktur dengan empat dasar dan tujuh atribut anamnesis
- 3.2. Mengikutsertakan pasien dalam suatu proses interaktif, meningkatkan pemahaman pasien, serta menjaga hubungan baik dengan pasien



**RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)
PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET**

Identitas Mata Kuliah

Kode Mata Kuliah : **SL101**
Nama Mata Kuliah : **Medical Interview**
Bobot Mata Kuliah (sks) : **0,5 SKS**
Semester : **1 (satu)**
Mata Kuliah Prasyarat : **-**

Identitas dan Validasi

Dosen Pengembang RPS : **Arsita Eka Prasetyawati, dr., M.Kes**
Koord. Kelompok Mata Kuliah : **Dr. Eti Poncorini P, dr., M.Pd**
Kepala Program Studi : **Dr. Eti Poncorini P, dr., M.Pd**

Nama Tanda Tangan

**Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)
Kode CPL**

Unsur CPL

CP 3 : Melakukan manajemen pasien mulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, penegakan diagnosis dan penatalaksanaan secara komprehensif
CP 7 : Mampu melakukan komunikasi efektif di bidang kedokteran dan kesehatan

CP Matakuliah (CPMK)

: Ketrampilan empati dan sambung rasa :
1. Mampu menginisiasi komunikasi secara aktif dengan pasien atau keluarga
2. Mampu menerapkan sambung rasa pada pasien atau keluarganya secara benar
3. Menerapkan prinsip etika pada komunikasi dokter-pasien
4. Menunjukkan sikap sebagai pendengar aktif
Ketrampilan *history taking* :
1. Mampu melakukan wawancara yang terstruktur dengan empat dasar dan tujuh atribut anamnesis
2. Mengikutsertakan pasien dalam suatu proses interaktif, meningkatkan pemahaman pasien, serta menjaga hubungan baik dengan pasien

Bahan Kajian Keilmuan

: Anatomi, Fisiologi, Bioetika

Deskripsi Mata Kuliah

: Topik *medical interview* terbagi dalam dua komponen kegiatan yakni empati dan sambung rasa serta *history taking*. Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran ini, diharapkan mahasiswa mampu membina empati dan sambung rasa serta melakukan *history taking* dengan pasien dan keluarganya.

Daftar Referensi

1. Bates, B. 2001. *An Overview of Physical Examination and History Taking*.
2. Claramita M, Utarini A, Soebono H, Van Dalen J, Van der Vjeuten. 2011. Doctor Patient Communication in A Southeast Asian Setting: The Conflict Between Ideal and Reality. *Adv in Health Sci Educ*; volume 16: 69 – 80
4. Mora C, et al. 2016. *Komunikasi Petugas Kesehatan dan Pasien dalam Konteks Budaya Asia Tenggara*. EGC. Jakarta.
5. Mulyohadi Ali, et al. 2006. *Manual Komunikasi Efektif Dokter-Pasien*. Edisi Pertama. Konsil Kedokteran Indonesia. Jakarta.

Tahap	Kemampuan akhir	Materi Pokok	Referensi	Metode Pembelajaran	Pengalaman Belajar	Waktu	Penilaian*	
							Indikator/kode CPL	Teknik penilaian /bobot
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I	Mampu menginisiasi komunikasi secara aktif dengan pasien atau keluarga	Mahasiswa menjelaskan prinsip komunikasi secara aktif dengan pasien atau keluarga	Bates, B. 2001. <i>An Overview of Physical Examination and HistoryTaking.</i>	Kuliah pengantar Skills lab terbimbing dan mandiri	Demontrasi oleh instruktur dan simulasi skenario	4x100 menit	CP 3 CP 7	OSCE
	Mampu menerapkan sambung rasa pada pasien atau keluarganya secara benar	Mahasiswa menerapkan sambung rasa pada pasien atau keluarganya secara benar						
	Menerapkan prinsip etika pada komunikasi dokter-pasien	Mahasiswa menerapkan prinsip etika pada komunikasi dokter-pasien						
	Menunjukkan sikap sebagai pendengar aktif	Mahasiswa menunjukkan sikap sebagai pendengar aktif						
II	Mampu melakukan wawancara yang terstruktur dengan empat dasar dan tujuh atribut anamnesis	Mahasiswa mampu melakukan wawancara yang terstruktur dengan empat dasar dan tujuh atribut anamnesis						
	Mengikutsertakan pasien dalam suatu proses interaktif, meningkatkan pemahaman pasien, serta menjaga hubungan baik dengan pasien	Mahasiswa mengikutsertakan pasien dalam suatu proses interaktif, meningkatkan pemahaman pasien, serta menjaga hubungan baik dengan pasien						

MEDICAL INTERVIEW : HISTORY TAKING

A. MATERI PEMBELAJARAN

Anamnesis merupakan pondasi utama dan modal awal dari berbagai keterampilan klinis yang ada di dunia medis. Anamnesis adalah bentuk wawancara sederhana di antara dokter dengan pasien yang bertujuan untuk mengingat kembali perjalanan alamiah dari penyakit dan mendapatkan segala informasi yang mendukung tegaknya diagnosis. Informasi yang diperoleh anamnesis bisa dari autoanamnesis melalui wawancara langsung dengan pasien dan heteroanamnesis dengan mewawancarai keluarga, kerabat maupun orang-orang terdekat dari pasien. Usahakan untuk selalu melakukan autoanamnesis agar mendapat kondisi riil dari penyakit pasien dengan bahasa yang terbuka, tanpa tekanan, dan peran dokter sebagai pengarah atau penanya.

Dalam melakukan anamnesis, perlu diingat tentang tahap komunikasi dokter-pasien meliputi :

1. Memulai wawancara (*initiating the session*)
2. Mengumpulkan informasi (*gathering information*)
3. Penjelasan dan perencanaan (*explanation and planning*)
4. Menutup wawancara (*closing the session*)

Pada saat melaksanakan tahap – tahap komunikasi dokter pasien tersebut ada dua hal yang harus selalu diperhatikan agar anamnesis (*history taking*) bisa berjalan dengan baik, yaitu :

1. Kemampuan menjalin hubungan/ sambung rasa dengan pasien (*building the relationship*) yang telah dipelajari pada pertemuan sebelumnya
2. Kemampuan menstruktur wawancara (*structuring the consultation*).

Kemampuan menjalin hubungan dan kemampuan menstruktur wawancara harus selalu digunakan (secara tepat) pada tiap tahap komunikasi dokter-pasien. Bisa dikatakan hal tersebut harus bisa berjalan secara paralel pada saat wawancara sedang berlangsung. Pada manual ini akan dibahas lebih lanjut mengenai proses mengumpulkan informasi (*gathering information*). Proses pengumpulan informasi ini lebih lanjut akan disebut sebagai proses ANAMNESIS (*HISTORY TAKING*).

Anamnesis yang baik harus mengacu pada pertanyaan yang sistematis, yaitu dengan berpedoman pada *comprehensive health history* yang didetailkan menggunakan empat pokok pikiran (*The Fundamental Four*) dan tujuh atribut anamnesis (*Seven attributes*). Yang dimaksud dengan empat pokok pikiran, adalah melakukan anamnesis dengan cara mencari data :

1. Riwayat Penyakit Sekarang (RPS)
2. Riwayat Penyakit Dahulu (RPD)
3. Riwayat Kesehatan Keluarga
4. Riwayat Sosial dan Ekonomi

Sebelum melakukan anamnesis lebih lanjut, pertama yang harus ditanyakan adalah identitas pasien, yaitu meliputi umur, jenis kelamin, ras, status pernikahan, agama, pekerjaan, dan hal-hal lain yang diperlukan.

1. Riwayat Penyakit Sekarang (RPS)

Hal ini meliputi keluhan utama dan anamnesis lanjutan. Keluhan utama adalah keluhan yang membuat seseorang datang ke tempat pelayanan kesehatan untuk mencari pertolongan, misalnya : demam, sesak nafas, nyeri pinggang, dan lain-lain. Keluhan utama ini sebaiknya tidak lebih dari satu keluhan. Kemudian setelah keluhan utama, dilanjutkan anamnesis secara sistematis dengan menggunakan tujuh atribut anamnesis, yaitu :

- a. Lokasi (dimana ? menyebar atau tidak ?)
- b. Onset / awitan dan kronologis (kapan terjadinya? berapa lama?)
- c. Kuantitas keluhan (ringan atau berat, seberapa sering terjadi ?)
- d. Kualitas keluhan (rasa seperti apa ?)
- e. Faktor-faktor yang memperberat keluhan
- f. Faktor-faktor yang meringankan keluhan
- g. Analisis sistem yang menyertai keluhan utama

Anamnesis secara sistematis ini akan dibahas secara rinci, yaitu :

- a. Lokasi Sakit

Anamnesis mengenai lokasi sakit ini harus benar-benar menanyakan dimana tepatnya lokasi nyeri yang dikeluhkan pasien.

Seorang penderita yang datang dengan nyeri di ulu hati, perlu ditanyakan lebih lanjut secara tepat bagian mana yang dimaksud, bila perlu penderita diminta menunjukkan dengan tangannya, dimana bagian yang paling sakit dan penjarannya ke arah mana.

Dengan keterangan yang lebih spesifik dari pasien, dokter dapat memperkirakan kemungkinan-kemungkinan permasalahan/ penyakitnya. Contoh : bila pusat sakit di tengah (linea mediana) dicurigai proses terjadi di pankreas dan duodenum; sebelah kiri → lambung; sebelah kanan → duodenum, hati, kandung empedu; di atas → hati, oesofagus, paru, pleura dan jantung. Penjaran nyeri tepat lurus di belakang menunjukkan adanya proses di pankreas atau duodenum dinding belakang; di punggung lebih ke atas → lambung dan duodenum; bawah belikat kanan → kandung empedu; bahu kanan → duodenum, kandung empedu, diafragma kanan; bahu kiri → diafragma kiri.

Namun, ada beberapa keluhan yang tidak perlu ditanyakan lokasi. Contoh, keluhan demam, batuk, dan sebagainya.

b. Onset dan kronologis

Perlu ditanyakan kapan mulai timbulnya sakit atau sudah berlangsung berapa lama. Apakah keluhan itu timbul mendadak atau perlahan-lahan, hilang timbul atau menetap. Apakah ada waktu-waktu tertentu keluhan timbul. Onset dan kronologis yang jelas juga akan membantu dokter menegakkan diagnosis masalah kesehatan/ penyakit pasien. Misalnya bila nyeri ulu hati timbul secara ritmik → curiga ulkus peptikum, malam hari → ulkus peptikum dan tiap pagi → dispepsia non ulkus.

c. Kualitas (sifat sakit)

Bagaimana rasa sakit yang dialami penderita harus ditanyakan. Misalnya rasa sakit yang tajam (jelas) seperti rasa panas, terbakar, pedih, diiris, tertusuk, yang menunjukkan inflamasi organ. Rasa sakit yang tumpul (*dull*) seperti diremas, kramp, kolik, sesuatu yang bergerak biasanya menunjukkan proses pada organ yang berongga (saluran cerna, empedu). Rasa sakit yang tidak khas menunjukkan organ padat (hati, pankreas).

d. Kuantitas (derajat sakit)

Ditanyakan seberapa berat rasa sakit yang dirasakan penderita. Hal ini tergantung dari penyebab penyakitnya, tetapi sangat subjektif, karena dipengaruhi antara lain kepekaan seorang penderita terhadap rasa sakit, status emosi dan kepedulian terhadap penyakitnya. Dapat ditanyakan apakah sakitnya ringan, sedang atau berat. Apakah sakitnya mengganggu kegiatan sehari-hari, pekerjaan penderita atau aktifitas fisik lainnya. Untuk yang dapat dinyatakan dalam wujud durasi/ frekuensi/ jumlah juga akan lebih dapat membantu dokter memperkirakan beratnya keluhan pasien. Contoh dalam sehari sudah BAB cair berapa kali ? Muntah berapa kali ? Seberapa banyak ? dan sebagainya.

e. Faktor yang memperberat keluhan

Ditanyakan adakah faktor-faktor yang memperberat sakit, seperti aktifitas makan, fisik, keadaan atau posisi tertentu. Adakah makanan/ minuman tertentu yang menambah sakit, seperti makanan pedas asam, kopi, alkohol panas, obat dan jamu. Bila aktifitas makan/ minum menambah sakit menunjukkan proses di saluran cerna empedu dan pankreas. Aktifitas fisik dapat menambah sakit pada pankreatitis, kolesistitis, apendisitis, perforasi, peritonitis dan abses hati. Batuk, nafas dalam dan bersin menambah sakit pada pleuritis.

f. Faktor yang meringankan keluhan

Ditanyakan adakah usaha penderita yang dapat meringankan sakit, misalnya dengan minum obat antasida rasa sakit berkurang, menunjukkan adanya inflamasi di saluran cerna bagian atas. Bila posisi membungkuk dapat mengurangi sakit menunjukkan proses inflamasi dari pankreas atau hati.

g. Keluhan yang menyertai

Perlu ditanyakan keluhan-keluhan lain yang timbul menyertai dan faktor pencetusnya. Sebagai contoh bila penderita mengeluh nyeri ulu hati, yang perlu ditanyakan lebih lanjut adalah :

- 1) Apakah keluhan tersebut berhubungan dengan aktifitas makan ?
- 2) Bagaimana buang air besarnya, adakah flatus ?
- 3) Adakah ikterik (kuning pada sklera mata, kulit) ?

- 4) Adakah pembengkakan, benjolan atau tumor, atau nyeri tekan ?
- 5) Adakah demam, batuk, sesak nafas, nyeri dada, berdebar-debar, keringat dingin atau badan lemas ?
- 6) Adakah penurunan berat badan ?

2. Riwayat Penyakit Dahulu (RPD)

Ditanyakan adakah penderita pernah sakit serupa sebelumnya, bila dan kapan terjadinya dan sudah berapa kali dan telah diberi obat apa saja, serta mencari penyakit yang relevan dengan keadaan sekarang dan penyakit kronik (hipertensi, diabetes mellitus, dll), perawatan lama, rawat inap, imunisasi, riwayat pengobatan dan riwayat menstruasi (untuk wanita). Ditanyakan juga mengenai obat-obat yang dikonsumsi pasien meliputi jenis obat, dosis dan frekuensi minum obat dalam satu hari. Pada poin ini juga harus menanyakan riwayat alergi obat yang dialami pasien. Obat – obatan yang membuat pasien alergi.

3. Riwayat Penyakit Keluarga

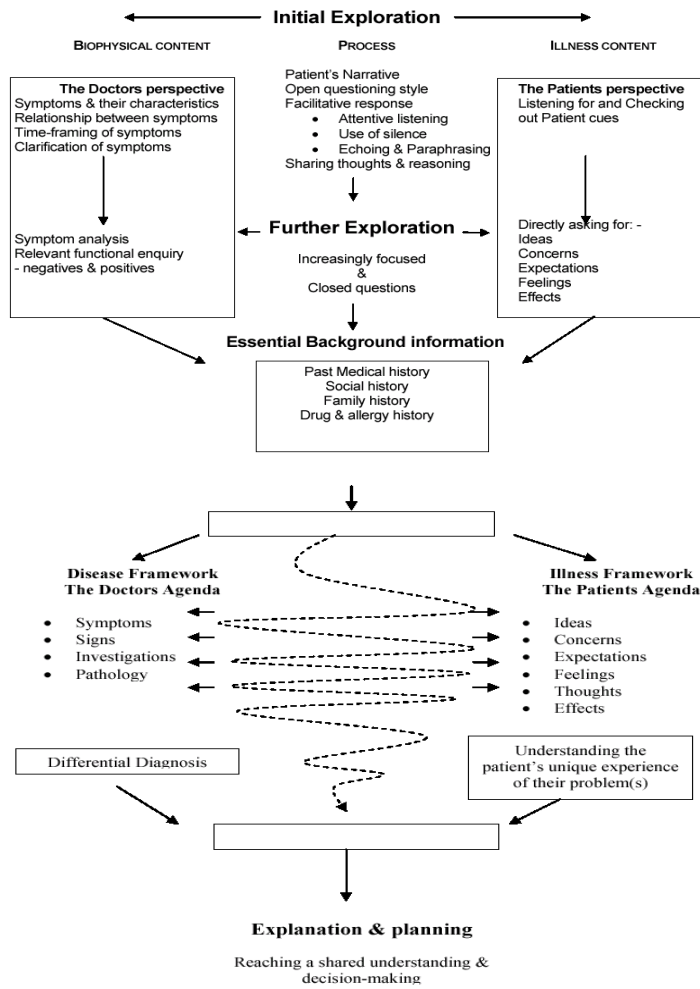
Anamnesis ini digunakan untuk mencari ada tidaknya penyakit keturunan dari pihak keluarga (diabetes melitus, hipertensi, tumor, dll) atau riwayat penyakit yang menular. Ditanyakan juga penyakit – penyakit genetik dalam keluarga pasien misalnya: *Polycystic kidney disease*.

4. Riwayat Sosial dan Ekonomi

Hal ini untuk mengetahui status sosial pasien, yang meliputi pendidikan, pekerjaan pernikahan, kebiasaan yang sering dilakukan (pola tidur, minum alkohol atau merokok, obat-obatan, aktivitas seksual, sumber keuangan, asuransi kesehatan dan kepercayaan).

B. BAGAN ALUR PROSES ANAMNESIS

Berikut ini disajikan bagan yang diharapkan dapat membantu pemahaman mengenai proses anamnesis.



Dari dua bagan di atas dapat kita lihat ada beberapa bagian dari "ANAMNESIS".

1. Tahap – Tahap Anamnesis yang terdiri atas:

- a. *Initial exploration* : berisi keluhan utama pasien, dikembangkan dengan bentuk pertanyaan terbuka yang prosesnya dilakukan dengan menggunakan *disease framework* dan *illness framework*
- b. *Further exploration* : untuk menggali lebih dalam mengenai keluhan pasien, baik dari sisi penyakit maupun perspektif pasien (dikembangkan dengan mengajukan pertanyaan dengan pertanyaan tertutup untuk memfokuskan pada permasalahan pasien)
- c. *Essential background information* (riwayat penyakit dahulu, riwayat sosial, riwayat kesehatan keluarga, riwayat pengobatan sebelumnya dan riwayat alergi)
- d. *Explanation and planning* (pada tahap anamnesis ini menjelaskan kepada pasien bahwa dari hasil wawancara terkait semua hal yang telah disampaikan oleh pasien didapatkan beberapa diagnosis banding yang akan dilanjutkan dengan tahap pemeriksaan selanjutnya untuk menegakkan diagnosis utama ataupun kemungkinan komplikasi lain bila ada. Tahapan ini penting untuk mendapatkan saling pengertian dan pengambilan keputusan yang disepakati antara dokter dan pasien.

2. Isi (*content*) yang terdiri atas :

- a. *Disease framework*
- b. *Illness framework*

Baik *disease framework* maupun *illness framework* termasuk dalam tahap *further exploration*. Dari dua bagan di atas dapat kita lihat pula bahwa tujuh atribut anamnesis (***The Sacred Attributes***) merupakan bagian dalam "*disease framework*", dan berguna untuk mencari kemungkinan penyakit apa yang diderita pasien. Untuk empat pokok pikiran (***The Fundamental Four***) dapat kita jabarkan sebagai berikut : Riwayat Penyakit Sekarang (RPS) bagian dari "*initial exploration*"; Riwayat Penyakit Dahulu (RPD), Riwayat Kesehatan Keluarga serta Riwayat Sosial dan Ekonomi merupakan bagian dari "*essential background information*".

Satu hal penting pada ketrampilan anamnesis adalah membuat resume dari anamnesis yang sudah dilakukan. Kita harus melakukan *review* apa yang

telah diceritakan oleh pasien. Ulangi beberapa hal yang menjadi poin penting sehingga pasien bisa melakukan konfirmasi ulang apabila terdapat kesalahpahaman/ketidaksesuaian antara dokter-pasien dalam proses anamnesis tersebut. Pada anamnesis ini pasien juga diberi kesempatan untuk menanyakan sesuatu tentang penyakitnya. Hal ini penting untuk menghindari supaya dokter tidak memberikan informasi yang salah.

C. KETERAMPILAN YANG HARUS DIKUASAI DALAM MELAKUKAN ANAMNESIS

Keterampilan mengeksplorasi masalah pasien :

1. Memberi kesempatan pada pasien untuk menceritakan permasalahan yang dihadapinya (dengan kata – kata pasien sendiri).
2. Gunakan pertanyaan terbuka dan tertutup secara tepat. Mulailah dengan pertanyaan terbuka terlebih dahulu, baru diikuti dengan pertanyaan tertutup.
3. Dengarkan dengan penuh perhatian. Berilah kesempatan pada pasien untuk menyelesaikan ceritanya, dan jangan menginterupsi.
4. Berilah kesempatan pada pasien untuk memberikan respons baik secara verbal maupun nonverbal. Tehnik yang digunakan bisa pemberian dukungan/ dorongan, adanya pengulangan, *paraphrasing*, interpretasi, dll.
5. Mengenali isyarat verbal dan non verbal yang ditunjukkan oleh pasien.
6. Mengklarifikasi pernyataan pasien yang kurang jelas, atau yang membutuhkan suatu keterangan tambahan.
7. Secara berkala buatlah ringkasan dari pernyataan yang dibuat pasien untuk memverifikasi pengertian anda. Mintalah pasien untuk mengkoreksi pernyataan anda, atau mintalah pada pasien untuk memberikan keterangan tambahan bila diperlukan.
8. Gunakan pertanyaan yang ringkas dan mudah dipahami. Hindari menggunakan istilah – istilah medis yang tidak dipahami pasien.
9. Buatlah urutan waktu suatu kejadian.

CONTOH KASUS

Skenario 1

Seorang laki-laki usia 20 tahun, datang ke IGD Rumah Sakit dengan keluhan utama nyeri pada perut.

Identitas pasien

Nama : Widhi Saputra
Jenis kelamin : laki-laki
Pekerjaan : mahasiswa
Usia : 20 tahun
Alamat : Petoran RT 03 RW 09, Jebres, Surakarta

Keluhan utama : nyeri pada perut

Riwayat Penyakit Sekarang :

- Lokasi : nyeri perut terutama dirasakan di perut kanan bawah
- Onset dan kronologi: nyeri dirasakan sejak 12 jam yang lalu awalnya nyeri dirasakan di ulu hati, makin lama makin berat
- Kualitas nyeri : nyeri berat sehingga mengganggu aktifitas (*Visual analog scale/VAS:8*)
- Kuantitas nyeri : nyeri tajam seperti ditusuk
- Yang memperberat : bila mencoba makan dan banyak bergerak semakin nyeri
- Yang memperingan : bila berbaring dan minum obat pereda nyeri keluhan sedikit berkurang
- Keluhan lainnya : mual, kembung, nafsu makan berkurang, demam, sehari tidak dapat BAB, kebiasaan BAB kurang teratur.

Riwayat Penyakit Dahulu : punya riwayat sakit maag, tidak ada alergi obat dan makanan, belum pernah rawat inap di RS

Riwayat Penyakit Keluarga : tidak ada orang tua yang menderita sakit, tidak ada Riwayat DM, hipertensi, maupun penyakit yang menahun

Riwayat Sosial Ekonomi : pasien merupakan anak pertama dari 2 bersaudara saat ini tinggal di kost kedua orang tua pegawai negeri Pasien mendapatkan asuransi kesehatan BPJS

Kebiasaan pribadi : Pola makan kurang teratur, jarang makan sayur maupun buah. Pasien jarang berolahraga tidak mengkonsumsi rokok maupun alkohol.

Skenario 2

Seorang laki-laki, umur 28 tahun datang ke puskesmas dengan keluhan sakit kepala.

Identitas pasien

Nama : Tn. Eka Nugraha
Usia : 38 tahun (tempat, tgl lahir mohon menyesuaikan *real time*)
Alamat : Kadipiro Rt 03 RW 10, Banjarsari, Surakarta
Pekerjaan : Karyawan perusahaan swasta
Status perkawinan: sudah menikah

Keluhan utama: sakit kepala

Riwayat Penyakit Sekarang :

- Lokasi : kepala bagian belakang
- Onset dan kronologis : sakit kepala dirasakan sudah kurang lebih selama satu minggu, sampai saat ini tidak menghilang.
- Kualitas : sakit kepala dirasakan seperti ada tekanan di bagian belakang kepala, leher belakang terasa tegang, tetapi keluhan masih dapat ditahan sehingga masih pasien dapat melakukan pekerjaan.
- Kuantitas : kepala bagian belakang terasa berat.
- Yang memperberat : sehabis makan jeruhan dan asin – asin
- Yang memperingan : tidur dan minum paracetamol dirasakan dapat mengurangi keluhan sakit kepala.
- Keluhan penyerta : tidak ada panas, mual, maupun nyeri otot.

Riwayat Penyakit Dahulu:

Pasien sering mengalami keluhan serupa biasanya sembuh setelah berobat ke dokter. Pasien pernah mengalami tensi tinggi tetapi tidak rutin minum obat penurun tensi

Riwayat Penyakit Keluarga:

Kedua orang tua menderita hipertensi, tetapi tidak ada riwayat DM maupun penyakit menahun yang lain

Riwayat Sosial Ekonomi:

Pasien adalah karyawan sebuah perusahaan *finance*, bagian pemasaran.
Sudah berkeluarga dengan 2 anak dan istri sebagai ibu rumah tangga.
Pasien tinggal di perumahan dengan lingkungan yang bersih.
Tidak ada tetangga yang sedang sakit.

Kebiasaan pribadi :

Pola makan teratur dengan menu yang cenderung tinggi garam dan lemak.
Pasien merokok 1 bungkus sehari, tidak mengkonsumsi alkohol.
Pasien melakukan aktivitas olah raga rutin berupa tenis 2 kali seminggu.

Skenario 3

Seorang wanita, berusia 22 tahun, datang mengunjungi dokter dengan keluhan demam.

Identitas Pasien

Nama : Tuti
Usia : 22 tahun (menyesuaikan setting *real time*)
Pekerjaan : karyawan perusahaan swasta bagian pemasaran
Alamat : Gang Kabut no. 8, Jebres, Surakarta
Status perkawinan : belum menikah

Keluhan utama : demam

Riwayat Penyakit Sekarang :

- Lokasi : tidak relevan untuk ditanyakan
- Onset dan kronologis : demam tinggi sejak 2 hari terakhir, demam dirasakan mendadak sejak 2 hari sampai saat ini demam belum turun.
- Kualitas : badan merasakan panas tinggi sampai tidak bisa bangun
- Kuantitas : demam menggigil
- Yang memperberat : tidak jelas, karena panas dirasakan terus
- Yang memperingan : panas berkurang sebentar setelah minum obat kemudian demam dirasakan lagi
- Keluhan penyerta : pasien merasakan pusing, mual, nyeri otot, tetapi pasien tidak mengeluhkan batuk pilek maupun nyeri tenggorok.

Riwayat Penyakit Dahulu:

Pasien belum pernah menderita sakit yang serupa dengan keluhan saat ini. Pasien belum pernah mengalami rawat inap di rumah sakit. Tidak mempunyai riwayat alergi obat dan makanan.

Riwayat Penyakit Keluarga:

Tidak ada anggota keluarga yang sedang menderita sakit serupa, orang tua sehat dan tidak menderita penyakit DM, hipertensi, asma, maupun penyakit menahun.

Riwayat Sosial Ekonomi:

Pasien tinggal dengan orangtuanya di daerah perumahan. Satu minggu yang lalu tetangga ada yang menderita panas dan di rawat di rumah sakit. Pasien mendapatkan asuransi kesehatan dari perusahaan tempat bekerja.

Kebiasaan pribadi :

Pola makan pasien teratur makan 3 kali sehari dengan menu seimbang, olah raga 3 kali seminggu, tidak mengkonsumsi rokok maupun alkohol.

D. PROSEDUR PELAKSANAAN KETERAMPILAN KLINIK

1. Alat dan bahan

Catatan dokter / rekam medis

Alat tulis

2. Tahap Persiapan

- a. Sebelum mengikuti kegiatan *history taking*, peserta didik mempelajari teori dasar-dasar anamnesis dari referensi yang dianjurkan. Instruktur akan mereview hal-hal yang dianggap penting pada awal pertemuan sesi diskusi terbimbing dan simulasi.
- b. Untuk berlatih *history taking*, setelah instruktur memberi contoh, peserta didik berlatih berpasangan dengan teman, satu orang sebagai dokter, satu orang sebagai pasien dengan menggunakan prosedur pelaksanaan sebagai acuan. Lakukan bergantian, bila satu pasang mahasiswa sedang berlatih, teman dalam kelompok menyaksikan dan setelah itu memberi masukan.

3. Tahap Pelaksanaan

Instruktur akan melatih ketrampilan *history taking* dengan meminta peserta didik untuk saling berlatih peran (*role play*) dengan beberapa contoh skenario. Peserta didik diminta untuk melakukan sambung rasa dengan prosedur berikut ini :

- a. Membuka wawancara
 - 1) Menyapa pasien
 - 2) Memperkenalkan diri
 - 3) Menunjukkan sikap hormat dan respek pada pasien
 - 4) Mengidentifikasi dan mengkonfirmasi permasalahan pasien
 - 5) Menegosiasikan agenda konsultasi
- b. Melakukan sambung rasa
 - 1) Menunjukkan tingkah laku (non verbal) yang sesuai
 - 2) Bila melakukan kegiatan lain (misal melihat catatan atau menulis tidak sampai mengganggu proses wawancara dengan pasien.
 - 3) Tidak menghakimi
 - 4) Memberikan empati dan dukungan terhadap pasien
 - 5) Tampak percaya diri

- c. Melakukan tahap-tahap anamnesis
 - 1) Menanyakan identitas pasien
 - 2) Menanyakan keluhan utama pasien
 - 3) Menanyakan lokasi sakit
 - 4) Menanyakan onset dan kronologis
 - 5) Menanyakan kualitas keluhan
 - 6) Menanyakan kuantitas keluhan
 - 7) Menanyakan faktor yang memperingan keluhan
 - 8) Menanyakan faktor yang memperberat keluhan
 - 9) Menanyakan keluhan penyerta lain yang relevan dengan keluhan utama
 - 10) Menanyakan riwayat penyakit dahulu
 - 11) Menanyakan riwayat penyakit keluarga
 - 12) Menanyakan riwayat sosial ekonomi
 - 13) Menanyakan kebiasaan pribadi pasien yang relevan dengan keluhan
- d. Melakukan strategi anamnesis
 - 1) Menggunakan bahasa yang mudah dipahami pasien
 - 2) Menggunakan pertanyaan terbuka secara tepat
 - 3) Menggunakan pertanyaan tertutup secara tepat
 - 4) Menjalankan wawancara dengan urutan yang logis dan tepat
 - 5) Memperhatikan waktu
- e. Menutup wawancara
 - 1) Menanyakan pada pasien apakah ada hal yang terlewat
 - 2) Membuat resume anamnesis
 - 3) Membuat kesepakatan dengan pasien (*contracting*)
 - 4) Menggunakan *signposting* dengan tepat

4. Interpretasi Hasil

Saat melakukan proses wawancara anamnesis, dokter sudah harus mempersiapkan peralatan yang diperlukan, yaitu rekam medis/ catatan medis dokter untuk mencatat status pasien dan alat tulis. Mulai tahap awal wawancara sampai dengan tahap akhir, dokter harus memperhatikan dan membangun sambung rasa dengan pasien untuk mendapatkan hubungan komunikasi yang baik. Dokter harus dapat melihat situasi dan kondisi emosional pasien selama

proses wawancara berlangsung, tidak hanya fokus pada daftar pertanyaan yang harus diajukan untuk dapat menegakkan diagnosis klinis pasien saja.

Hal-hal yang disampaikan oleh pasien yang telah dipilah oleh dokter harus dituliskan dalam rekam medis, namun dokter tetap tidak boleh melupakan pentingnya kontak mata dengan pasien.

LEMBAR EVALUASI

**CHECKLIST PENILAIAN
KETERAMPILAN HISTORY TAKING**

No	ASPEK PENILAIAN	CEK
MEMBUKA WAWANCARA		
1.	a. Menyapa pasien b. Memperkenalkan diri c. Menunjukkan sikap hormat dan respek pada pasien d. Mengidentifikasi dan mengkonfirmasi permasalahan pasien e. Menegosiasikan agenda konsultasi	
SAMBUNG RASA		
2.	Melakukan sambung rasa dengan komponen : a. Menunjukkan tingkah laku (non verbal) yang sesuai b. Bilamelakukan kegiatan lain (misal melihat catatan atau menulis), tidak sampai mengganggu proses wawancara dengan pasien. c. Tidak menghakimi d. Memberikan empati dan dukungan terhadap pasien e. Tampak percaya diri	
ANAMNESIS		
3	Menanyakan identitas penderita : a. Nama lengkap (minimal 2 suku kata, diakhir ditambah Ny/Nn) b. Alamat lengkap (Rt, Rw) c. Tempat, tanggal lahir/umur d. Pekerjaan e. Status perkawinan	
4	Menanyakan keluhan utama	
5	Menanyakan lokasi	
6	Menanyakan onset dan kronologi	
7	Menanyakan kualitas keluhan	
8	Menanyakan kuantitas keluhan	
9	Menanyakan faktor-faktor pembeda	
10	Menanyakan faktor-faktor peringan	
11	Menanyakan gejala penyerta	
12	Menanyakan riwayat penyakit dahulu	
13	Menanyakan riwayat kesehatan keluarga	
14	Menanyakan riwayat sosial ekonomi	
15	Menanyakan kebiasaan pribadi	
STRATEGI ANAMNESIS		
16	Penggunaan bahasa yang mudah dipahami pasien	
17	Menggunakan pertanyaan terbuka secara tepat	
18	Menggunakan pertanyaan tertutup secara tepat	
19	Menjalankan wawancara dengan urutan yang logis/ tepat	
20	Memperhatikan waktu	
MENUTUP WAWANCARA		
21	a. Menanyakan pada pasien apakah ada hal yang terlewat b. Membuat resume anamnesis c. Membuat kesepakatan dengan pasien (<i>contracting</i>) d. Menggunakan <i>signposting</i> dengan tepat	

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. 1996. Pengantar Administrasi Kesehatan. Binarupa Aksara. Jakarta
- Bates, B. 2001. *An Overview of Physical Examination and History Taking*.
- Claramita M, Utarini A, Soebono H, Van Dalen J, Van der Vieuten. 2011. Doctor Patient Communication in A Southeast Asian Setting: The Conflict Between Ideal and Reality. *Adv in Health Sci Educ*; volume 16: 69 – 80
- Effendy, OU. 2002. Hubungan Masyarakat Suatu Studi Komunologis. PT Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Fong Ha J, Anat DS, Longnecker. 2010. Doctor – Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal* ; volume 10:38 – 43. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/pdf/i1524-501210-1-38.pdf>. Diunduh pada tanggal 23 Juli 2016
- Mora C, et al. 2016. *Komunikasi Petugas Kesehatan dan Pasien dalam Konteks Budaya Asia Tenggara*. EGC. Jakarta.
- Mulyohadi Ali, et al. 2006. *Manual Komunikasi Efektif Dokter-Pasien*. Edisi Pertama. Konsil Kedokteran Indonesia. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2003. Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-prinsip Dasar. PT Rineka Cipta. Jakarta.
- Prabandari, Y.S. 2007. Dasar-dasar Komunikasi, Makalah disampaikan pada Inhouse Training Komunikasi di FK UNS.
- Sub-Unit of the Medical Skills Program University of Calgary. 2014. Communication. <http://www.ucalgary.ca/mdprogram/files/mdprogram/mdcn-320420medical-skills-communications-unit-year-1-2.pdf>. Diunduh pada tanggal 23 Juli 2016.
- WHO. 1992. Pendidikan Kesehatan. Penerbit bersama ITB dan Universitas Udayana. Band

