

**BUKU PANDUAN
KETRAMPILAN MEDIK
SEMESTER 1**



**PENDIDIKAN DOKTER,
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
2018**

BUKU PANDUAN KETRAMPILAN MEDIK SEMESTER 1

Kontributor:

dr. Muhammad Kurniawan, M. Sc

dr. Dita Ria Selvyana, Sp. PD, M.Sc

dr. Oryzati Hilman, M. Sc., CMFM, Ph.D

Dr. dr. Warih Andan P., Sp.KJ (K), M.Kes

dr. Denny Anggoro Prakoso, M.Sc

dr. Nur Hayati, M. MedEd, Sp. Rad

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

Puji syukur kami haturkan kepada Allah SWT, Sang pengatur kehidupan. Tuhan yang telah menganugerahkan kesempatan dan kemampuan sehingga Buku Panduan ini dapat tersusun dan berada di tangan kita.

Ketrampilan medik merupakan salah satu kegiatan rutin yang wajib ditempuh oleh setiap mahasiswa strata 1 (satu) dalam rangka mencapai gelar tingkat kesarjanaan di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Buku Panduan Ketrampilan Medik ini disusun dengan maksud membantu para mahasiswa, instruktur ketrampilan medik, dosen, dan pihak lain yang berkepentingan untuk dapat memperoleh informasi yang benar sehingga proses kegiatan ketrampilan medik dapat berjalan dengan baik sesuai dengan yang kita harapkan.

Buku Panduan Ketrampilan Medik ini memuat materi yang harus dikuasai oleh mahasiswa, panduan kegiatan ketrampilan medik, dan daftar tilik kegiatan ketrampilan medik. Berbagai hal tersebut disusun sesuai dengan Standar Pendidikan Dokter dan Standar Kompetensi Dokter Indonesia yang berlaku di Indonesia. Sehingga diharapkan dengan kegiatan ketrampilan medik tersebut, dapat membantu pencapaian kompetensi dokter umum.

Ucapan terimakasih kami haturkan kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan Buku Panduan Ketrampilan Medik ini. Akhirnya kritik dan saran sangat kami harapkan demi perbaikan buku ini.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Yogyakarta, September 2018

Penulis

TATA TERTIB SKILLS LAB

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

SYARAT DAN PELAKSANAAN SKILLS LAB

1. Skills lab dimulai sesuai jadwal yang telah ditentukan, diberikan dispensasi 5 menit dari jadwal tersebut bagi mahasiswa yang terlambat.
2. Mahasiswa diperkenankan pindah kelompok dengan alasan sebagai delegasi dari fakultas/universitas dengan membawa surat tugas yang sudah ditandatangani pejabat yang berwenang (Kaprosdi/Wakil dekan II/Wakil Rektor III)
3. Sebelum kegiatan belajar dimulai, dilaksanakan pretest.
4. Mengikuti pretest adalah syarat mahasiswa mengikuti kegiatan skills lab.
5. Bagi mahasiswa yang terlambat namun sudah di luar waktu pretest, tidak diperkenankan mengikuti kegiatan belajar dan harus mengikuti inhal.
6. Mahasiswa tidak diperkenankan mengikuti kegiatan skills lab bila nilai pretest ≤ 40
7. Mahasiswa yang mengikuti skills lab wajib menggunakan jas praktikum, dikancingkan rapi sesuai dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Jas panjang putih selutut, lengan pendek tepat di atas siku.
 - b. Tidak ketat dan tidak transparan.
 - c. Di bagian dada kanan terdapat badge nama mahasiswa tertulis lengkap dan PSPD-FKIK UMY sebagai identitas diri pemilik jas laboratorium.
 - d. Di bagian dada kiri terdapat badge logo UMY sebagai identitas almamater pemilik jas laboratorium.
 - e. Terdapat dua kantong di sisi kanan dan kiri bawah depan jas laboratorium.
8. Bagi mahasiswa yang tidak membawa jas praktikum sesuai ketentuan, tidak diperkenankan mengikuti kegiatan belajar.
9. Mahasiswa yang mengikuti skills lab wajib berpenampilan sopan dan rapi serta berbusana sesuai dengan ketentuan yang berlaku:

Laki-laki:

 - a. Menggunakan atasan kemeja kain/kaos yang berkerah, tidak berbahan jeans atau menyerupai jeans dan dikancingkan rapi.
 - b. Menggunakan bawahan celana panjang kain, tidak berbahan jeans atau menyerupai jeans.
 - c. Rambut pendek tersisir rapi, tidak menutupi telinga dan mata serta tidak melebihi kerah baju.
 - d. Kumis dan jenggot dipotong pendek dan tertata rapi.
 - e. Tidak diperkenankan menggunakan peci atau penutup kepala lainnya selama kegiatan belajar berlangsung.
 - f. Menggunakan sepatu tertutup dengan kaos kaki.
 - g. Tidak diperkenankan mengenakan perhiasan.

Perempuan:

 - a. Mengenakan jilbab tidak transparan dan menutupi rambut, menutupi dada maksimal sampai lengan.
 - b. Mengenakan atasan atau baju terusan berbahan kain, tidak berbahan jeans atau yang menyerupai jeans maupun kaos, tidak ketat maupun transparan serta menutupi pergelangan tangan.
 - c. Mengenakan bawahan berupa rok atau celana kain panjang longgar, menutupi mata kaki tidak berbahan jeans atau menyerupai jeans maupun kaos, tidak ketat maupun transparan dengan atasan sepanjang kurang lebih 5 cm di atas lutut.

- d. Menggunakan sepatu yang menutupi kaki, diperbolehkan menggunakan sepatu berhak tidak lebih dari 5 cm.
 - e. Kuku jari tangan dan kaki dipotong pendek rapi dan bersih
10. Selama skills lab berlangsung, dilarang:
 - a. Mendokumentasikan kegiatan skills lab dalam bentuk audio maupun visual.
 - b. Makan dan minum.
 - c. Membawa tas, hp, kamera (penertiban loker mahasiswa).
 - d. Merokok.
 - e. Bersenda gurau yang berlebihan
 11. Selama kegiatan belajar mengajar berlangsung, tidak diperkenankan menggunakan alat komunikasi elektronik. Mahasiswa diperkenankan mengangkat telepon penting dengan ijin instruktur dan harus di luar ruangan.
 12. Setelah skills lab berakhir, wajib merapikan dan mengembalikan alat - alat yang telah digunakan. Apabila merusakkan/menghilangkan/membawa pulang alat/bahan, akan dikenakan sanksi (jika hilang atau rusak wajib mengganti).
 13. Meninggalkan ruang skills lab, meja dan ruangan dalam keadaan bersih dan rapi.
 14. Melakukan kegiatan skills lab sesuai jadwal dan kelompok yang telah ditentukan. Bagi mahasiswa yang tidak dapat mengikuti kegiatan skills lab pada waktu yang telah ditentukan, wajib mengikuti inhal.
 15. Jika menggunakan alat dan ruangan skills lab diluar jadwal, harus seijin penanggungjawab skills lab.

OSCE

1. OSCE dilaksanakan pada akhir semester, untuk mengevaluasi kemampuan kognitif maupun attitude mahasiswa pasca kegiatan skills lab.
2. Mahasiswa diperkenankan mengikuti OSCE jika telah menyelesaikan semua (100%) kegiatan skills lab pada blok yang bersangkutan.
3. Mahasiswa mengikuti OSCE dengan mengerjakan tugas-tugas pada setiap station, sesuai dengan waktu yang telah disediakan.
4. Checklist penilaian OSCE dibawa oleh penguji di masing-masing station.
5. Mahasiswa dinyatakan lulus OSCE dengan nilai ≥ 65 .
6. Mahasiswa yang tidak lulus OSCE wajib mengikuti remediasi sesuai jadwal yang telah ditentukan (pergantian semester).
7. Remediasi OSCE hanya diperbolehkan bagi mahasiswa yang tidak lulus OSCE, nilai < 65
8. Setiap akan mengikuti ujian /OSCE, diwajibkan menunjukkan (identitas yg berlaku (KTM/KTP/SIM/PASPOR/Name tag)
9. Nilai Remediasi OSCE maksimal 70
10. Biaya Remediasi OSCE Rp. 40.000,-/station, dibayarkan sebelum acara remediasi OSCE

• Semester 1	→ 1 station
• Semester 2	→ 2 station
• Semester 3	→ 3 station
• Semester 4	→ 3 station
• Semester 5	→ 3 station

INHAL

1. Inhal bagi mahasiswa bila nilai pretest ≤ 40
2. Inhal diperuntukkan bagi mahasiswa dengan alasan apapun tidak mengikuti praktikum
3. Inhal praktikum hanya dilaksanakan pada akhir blok, tidak ada inhal pada akhir semester
4. Mahasiswa yang inhal $> 50\%$ dari jumlah topik skills lab/blok tidak diperkenankan mengikuti OSCE dan harus mengulang pada blok yang sama tahun yang akan datang
5. Biaya inhal Rp.40.000,- / topik dan dibayarkan ke Bank yang ditujuk dengan membawa slip pengantar inhal dari FKIK UMY
6. Bukti pembayaran dari Bank diserahkan ke skills lab, sebelum kegiatan inhal berlangsung

Demikian ketentuan tata tertib ini dibuat demi kelancaran dan kesuksesan kegiatan skills lab PSPD FKIK UMY. Hal-hal lain yang belum tercantum dalam ketentuan ini akan diatur kemudian sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada.

Yogyakarta, 2 September 2017
Koordinator Skills Lab PSPD FKIK UMY

dr. Asti Widuri, M.Sc., Sp.THT

Mengetahui,

Dekan FKIK UMY

Ketua Program Studi PSPD FKIK UMY

Dr. dr. Wiwik Kusumawati, M. Kes

Dr. dr. Sri Sundari, M. Kes

KEGIATAN KETRAMPILAN MEDIK SEMESTER 1

BLOK1:

Komunikasi 1

Komunikasi 2

BLOK 2:

Pemeriksaan Tanda Vital 1

Pemeriksaan Tanda Vital 2

Anamnesis 1

BLOK 3:

Anamnesis 2

Genogram

BLOK 4:

Dasar-Dasar Pemeriksaan Fisik

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	ii
Tata Tertib.....	iii
Daftar Isi.....	iii

Blok 1

Materi I : Dasar-Dasar Komunikasi Interpersonal.....	1
Panduan Kegiatan Keterampilan Komunikasi Interpersonal : Wawancara Tentang Kesehatan Di Lapangan.....	16

Blok 2

Materi I: Pemeriksaan Tanda Vital	33
Materi II: Anamnesis I	45

Blok 3

Materi I: Anamnesis II	55
Materi II: Genogram.....	55

Blok 4

Materi I Dasar-Dasar Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)	82
---	----

BLOK I

MATERI I:
DASAR-DASAR KOMUNIKASI INTERPERSONAL
BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Komunikasi merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Manusia sebagai makhluk sosial selalu membutuhkan hubungan dengan orang lain. Profesi dokter merupakan salah satu profesi yang selalu berinteraksi dengan orang lain. Komunikasi dokter-pasien merupakan salah satu kompetensi yang harus dikuasai oleh dokter dalam menjalankan profesinya. Kompetensi komunikasi sangat menentukan keberhasilan terutama dalam membantu penyelesaian masalah kesehatan pasien.

Hubungan saling percaya antara dokter-pasien yang dilandasi keterbukaan, kejujuran dan pengertian akan kebutuhan, harapan, maupun kepentingan masing-masing sangat perlu untuk dibangun. Komunikasi yang baik dan berlangsung dalam kedudukan setara (tidak superior inferior) sangat diperlukan agar pasien mau/dapat menceritakan sakit/keluhan yang dialaminya secara jujur dan jelas. Keterampilan komunikasi efektif menjadi dasar bagi terbentuknya komunikasi dokter pasien.

Berdasarkan hal tersebut maka komunikasi efektif menjadi salah satu dari 9 kompetensi yang harus dikuasai oleh lulusan dokter di Indonesia yang telah ditetapkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia. Untuk dapat mencapai target kompetensi tersebut diperlukan pembelajaran komunikasi secara bertahap. Modul dasar-dasar keterampilan komunikasi sangat diperlukan sebagai referensi dalam proses pembelajaran tersebut, salah satunya tentang modul dasar-dasar keterampilan komunikasi interpersonal, yang akan mendasari keterampilan komunikasi dokter pasien dalam modul-modul selanjutnya.

B. Kompetensi

Kompetensi dalam modul ini adalah :

1. Penggunaan bahasa yang baik, benar dan mudah dimengerti
2. Penerapan prinsip komunikasi interpersonal : komunikasi oral yang efektif, metode untuk memberikan situasi yang nyaman dan kondusif dalam berkomunikasi efektif, metode untuk mendorong lawan bicara agar memberikan informasi dengan sukarela, metode untuk mengidentifikasi tujuan lawan bicara berkomunikasi.

3. Berbagai elemen komunikasi efektif: komunikasi interpersonal, gaya dalam berkomunikasi, bahasa tubuh, kontak mata, cara berbicara, tempo dalam berbicara, *tone* suara, kata-kata yang digunakan/ dihindari, hadir dalam percakapan, keterampilan untuk mendengarkan aktif, empati.

C. Kepentingan

Modul ini perlu diajarkan agar mahasiswa dapat melakukan komunikasi interpersonal dengan jelas dan penuh empati.

D. Karakteristik mahasiswa

Mahasiswa peserta pembelajaran keterampilan komunikasi interpersonal adalah mahasiswa yang baru saja masuk prodi pendidikan dokter FKIK UMY. Mereka belum mendapatkan ilmu pengetahuan maupun keterampilan komunikasi dan juga belum terpapar masalah-masalah klinik.

E. Tujuan pembelajaran

Setelah menyelesaikan modul ini, diharapkan mahasiswa:

1. Dapat memulai dan terbiasa melakukan secara mandiri komunikasi dengan menggunakan bahasa yang baik, benar dan mudah dimengerti
2. Dapat menciptakan situasi nyaman dan kondusif dalam berkomunikasi efektif
3. Dapat mendorong lawan bicara untuk memberikan informasi dengan sukarela
4. Dapat mengidentifikasi tujuan lawan bicara berkomunikasi
5. Dapat mempraktekkan komunikasi verbal dan non verbal secara tepat dan efektif
6. Dapat mempraktekkan hadir dan terlibat dalam percakapan
7. Dapat mempraktekkan mendengarkan aktif
8. Dapat mempraktekkan empati

BAB II

DASAR TEORI

1. Pengertian Komunikasi

Komunikasi merupakan komponen dasar dari hubungan antar manusia yang meliputi pertukaran informasi, perasaan, pikiran dan perilaku antara dua orang atau lebih. Komunikasi merupakan sebuah proses penyampaian pesan atau informasi dari seseorang kepada orang lain baik secara verbal maupun non verbal.

2. Tujuan Komunikasi

Tujuan komunikasi secara spesifik sebagai berikut:

- a. Berhubungan dengan orang lain
- b. Mengungkapkan perasaan
- c. Menyelesaian sebuah masalah
- d. Mencapai sebuah tujuan
- e. Mempelajari atau mengajarkan sesuatu
- f. Menjelaskan perilaku sendiri atau perilaku orang lain
- g. Mempengaruhi perilaku seseorang
- h. Menstimulasi minat pada diri sendiri atau orang lain
- i. Menurunkan ketegangan dan penyelesaian konflik

3. Komponen Komunikasi

Model struktural dari komunikasi mengidentifikasi 6 komponen fungsional komunikasi sebagai berikut :

a. Pengirim pesan (komunikator/sender)

Pengirim pesan adalah orang yang mempunyai ide untuk disampaikan kepada seseorang dengan harapan dapat dipahami oleh orang yang menerima pesan tersebut sesuai dengan yang dimaksudkannya.

b. Pesan/materi

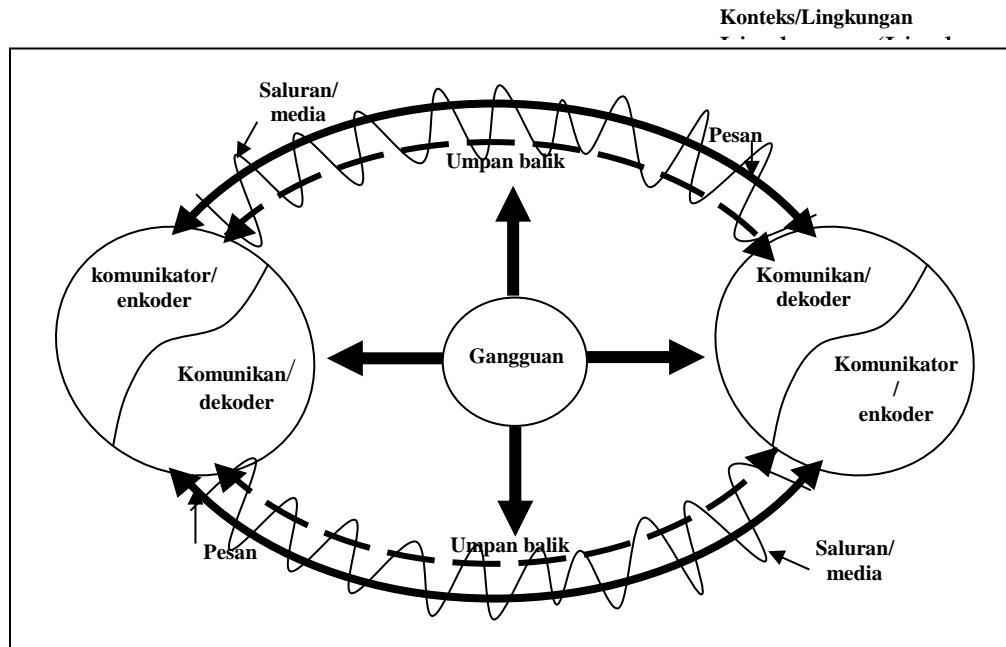
Pesan adalah informasi yang akan disampaikan atau diekspresikan oleh pengirim pesan. Pesan dapat verbal atau nonverbal dan pesan akan efektif bila diorganisir secara baik dan jelas.

- 1) Komunikasi verbal : proses komunikasi yang diungkapkan secara lisan menggunakan kata-kata, baik oleh komunikator maupun komunikan

- 2) Komunikasi non-verbal: proses komunikasi yang disampaikan tidak menggunakan kata-kata. Terdapat 7 aspek komponen komunikasi non-verbal, yaitu :
- a) Bahasa tubuh: tatapan mata, ekspresi muka, gerakan tangan dan kaki, posisi tubuh, cara berjalan
 - b) *Paralanguage*: nada dan penekanan suara, intonasi
 - c) Sentuhan: jabat tangan, keterampilan palpasi dan perkusi
 - d) *Proxemics*: jarak kedekatan individual, penataan tempat duduk
 - e) *Artifacts* (benda-benda yang dipakai): Pakaian, make-up, kaca mata, perhiasan
 - f) Lingkungan: mebelair, dekorasi ruang
 - g) Karakteristik fisik : status kesehatan, bentuk tubuh, warna kulit, deformitas, bau badan yang khas
- c. Media/penghubung/saluran**
Sarana atau saluran yang digunakan untuk penyampaian pesan seperti : tatap muka, televisi, radio, surat kabar, papan pengumuman, telepon, dll.
- d. Penerima pesan (Komunikas/receiver)**
Penerima pesan adalah orang yang menerima dan dapat memahami pesan yang dikirim oleh pengirim meskipun dalam bentuk kode/isyarat.
- e. Umpan Balik (*feedback*)**
Umpan balik adalah isyarat atau tanggapan yang berisi kesan dari penerima pesan dalam bentuk verbal maupun nonverbal. Umpan balik ini dapat dalam berbagai bentuk seperti kerutan dahi atau senyuman, anggukan atau gelengan kepala, tepukan di bahu,dll. Tanpa umpan balik seorang pengirim pesan tidak akan tahu dampak pesannya terhadap penerima pesan.
- f. Konteks/lingkungan**
Konteks (lingkungan) merupakan tatanan dimana komunikasi terjadi.

4. Proses Komunikasi

Gambar berikut ini menggambarkan apa yang dinamakan model komunikasi universal. Model ini mengandung elemen-elemen yang ada dalam setiap proses komunikasi.



5. Komunikasi Interpersonal

Menurut jenis interaksi dalam komunikasi, komunikasi terbagi menjadi komunikasi:

- a. intrapersonal
- b. komunikasi interpersonal
- c. komunikasi kelompok kecil
- d. komunikasi public/masa

Melalui komunikasi interpersonal kita berinteraksi dengan orang lain, mengenal mereka dan mengenal diri kita sendiri, dan mengungkapkan sesuatu kepada orang lain. Komunikasi terjadi secara tatap muka, yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung, baik secara verbal dan nonverbal. Komunikasi interpersonal menduduki peran yang sentral dalam kehidupan sehari-hari, yang secara garis besar, komunikasi dapat memenuhi terhadap kebutuhan dasar manusia:

1. Afeksi: kebutuhan akan kasih sayang dan cinta kasih.
2. Inklusi: kebutuhan akan kehidupan sosial
3. Kontrol: keinginan untuk mempengaruhi orang dalam kehidupan.

6. Tujuan Komunikasi Interpersonal

Komunikasi interpersonal mempunyai beberapa tujuan, diantaranya:

a. Menemukan Diri Sendiri

Seseorang belajar banyak sekali tentang dirinya maupun tentang orang lain melalui komunikasi interpersonal.

b. Menemukan Dunia Luar

Seseorang banyak mendapat informasi dari proses komunikasi interpersonal. Informasi didapat dari media massa pun, biasanya didiskusikan dan dipelajari/didalami melalui komunikasi interpersonal.

c. Membentuk Dan Menjaga Hubungan Yang Penuh Arti

Salah satu keinginan seseorang yang paling besar adalah membentuk dan memelihara hubungan dengan orang lain yang diperoleh dengan komunikasi interpersonal.

d. Berubah Sikap Dan Tingkah Laku

Komunikasi interpersonal juga dipakai dengan tujuan untuk mengubah sikap dan tingkah laku orang lain.

e. Untuk Bermain Dan Kesenangan

Bermain mencakup semua aktivitas yang mempunyai tujuan utama adalah mencari kesenangan. Komunikasi interpersonal semacam itu dapat memberikan efek rekreasional dan relaksasi yang menjadi kebutuhan setiap orang.

f. Untuk Membantu

Dokter, Psikiater, Psikologi klinis dan profesional lain menggunakan komunikasi interpersonal dalam kegiatan profesionalnya, misalnya edukasi, konseling, psikoterapi, dll. Bahkan setiap orang bisa berfungsi membantu orang lain dalam interaksi interpersonal sehari-hari.

7. Komunikasi efektif

Komunikasi baru dikatakan lengkap/efektif apabila penerima pesan mampu memahami pesan sesuai yang diharapkan oleh pengirim pesan. Isi/materi kompetensi komunikasi efektif dalam komunikasi interpersonal meliputi aspek-aspek:

- Sambung rasa
- Komunikasi verbal dan nonverbal
- Keterampilan mendengarkan secara aktif
- Komunikasi dengan sikap empati

Berikut ini beberapa teknik agar dapat mencapai komunikasi efektif :

- a. Yakinkan tentang apa yang akan dikomunikasikan dan bagaimana mengkomunikasikannya (berkaitan dengan kejelasan pesan yang ingin disampaikan)
- b. Gunakan bahasa yang jelas dan dapat dimengerti komunikan
- c. Gunakan media komunikasi yang tepat dan adekuat jika diperlukan

- d. Ciptakan iklim komunikasi yang baik dan tepat (suasana tenang, tidak bising, nyaman)
- e. Dengarkan dengan penuh perhatian terhadap apa yang sedang diutarakan komunikan karena apa yang diutarakan komunikan adalah umpan balik terhadap pesan yang diberikan komunikator
- f. Hindarkan komunikasi yang tidak disengaja. Setiap proses komunikasi yang dijalankan hendaknya mempunyai tujuan yang jelas dan dilakukan dengan berencana.
- g. Ingat bahwa komunikasi adalah proses dua arah, yaitu harus terjadi umpan balik antara komunikator dan komunikan.
- h. Yakinkan bahwa tindakan yang dilakukan tidak kontradiksi dengan apa yang diucapkan. Dengan kata lain ekspresi verbal harus sesuai dengan ekspresi non verbal.

8. Efektivitas Komunikasi Interpersonal

Efektivitas Komunikasi Interpersonal dimulai dengan lima kualitas umum yang dipertimbangkan yaitu keterbukaan (*openness*), empati (*empathy*), sikap mendukung (*supportiveness*), sikap positif (*positiveness*), dan kesetaraan (*equality*).

a. Keterbukaan (*openness*)

Komunikator harus terbuka kepada orang yang diajaknya berinteraksi dan bereaksi secara jujur terhadap stimulus yang datang (reaksi dari komunikan).

b. Empati (*empathy*)

(lihat penjelasan *point* 10)

c. Sikap mendukung (*supportiveness*)

Hubungan interpersonal yang efektif adalah hubungan dimana terdapat sikap mendukung (*supportiveness*). Komunikasi yang terbuka dan empatik tidak dapat berlangsung dalam suasana yang tidak mendukung.

d. Sikap positif (*positiveness*)

Sikap positif dalam komunikasi interpersonal diperlihatkan dengan cara: (1) menyatakan sikap positif dan (2) secara positif mendorong lawan bicara dalam berinteraksi.

e. Kesetaraan (*equality*)

Tidak pernah ada dua orang yang benar-benar setara dalam segala hal. Terlepas dari ketidaksetaraan ini, komunikasi interpersonal akan lebih efektif bila suasananya dibuat setara. Artinya harus ada pengakuan bahwa kedua pihak sama-sama bernilai dan

berharga, dan bahwa masing-masing pihak mempunyai sesuatu yang penting untuk disumbangkan.

9. Komunikasi dengan Empati (*emphatic communication*)

Empati adalah kemampuan untuk merasakan apa yang dirasakan oleh pemberi pesan berdasarkan perspektif pemberi pesan tersebut atau menempatkan diri dalam pikiran dan perasaan orang lain (*internal frame of reference*), seolah-olah mampu merasakan dan memahami keadaan emosionalnya. Empati juga dapat diartikan sebagai penerimaan terhadap keseluruhan diri orang lain. Bentuk penerimaan ini tampak pada interaksi yang terjadi. Bentuknya adalah mendengar perasaan, memperhatikan kegelisahan, menghargai kerisauan, sekaligus masuk ke dalam inti keresahan lawan bicaranya.

Agar komunikasi dengan empati dapat berjalan dengan baik, maka komunikator hendaknya memahami perasaan komunikan dari isyarat-isyarat verbal maupun nonverbal mereka. Dengan memahami perasaan, maka komunikan merasa dirinya diterima dengan baik yang pada akhirnya ia akan lebih terbuka dalam mengungkapkan masalahnya. Komunikasi dengan landasan penerimaan dan keterbukaan inilah yang nantinya akan mampu membantu kelancaran dalam berkomunikasi.

a. Kemampuan empati dalam proses komunikasi melibatkan beberapa komponen diantaranya :

- 1) Kognitif : memahami & mengerti melalui perspektif komunikan
- 2) Afektif : merasakan perasaan komunikan
- 3) Psikomotor : Mampu mendeskripsikan perasaan dari sudut pandang komunikan
- 4) Bersumber dari keprihatinan dan belas kasih yang diekspresikan secara verbal-nonverbal
- 5) Membantu komunikan menumbuhkan perasaan positif terhadap dirinya
- 6) Membuat komunikan merasa tidak terancam & tidak takut mengekspresikan diri & emosinya
- 7) Meminta dan menyuruh komunikan untuk membagi perasaannya
- 8) Menggunakan komunikasi verbal dan nonverbal sebagai bentuk pemahaman atas apa yang dirasakan komunikan
- 9) Mengekspresikan secara verbal apa yang dirasakan komunikan

Berikut ini contoh komunikasi dengan empati :

- *“Saya bisa memahami kekhawatiran yang anda rasakan saat ini.”*
- *“Saya bisa mengerti kalau bapak Budi bingung sekali....”*
- *“Tampaknya mas Adi sedih sekali ya...”.*
- *“Kelihatannya anda cemas sekali...”*
- *“Kalut sekali yabu.....seandainya ada orang yang bisa.....”*
- *“Saya dapat merasakan anda sangat bingung saat ini...”*
- *Seandainya saya jadi ibu...sayapun akan merasakan sedih - bingung- marah atas apa yang terjadi...*

b. Sikap dalam Komunikasi dengan empati.

Terdapat lima sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik yang dapat memfasilitasi komunikasi yang berempati :

- 1) Berhadapan. Artinya dari posisi ini adalah “Saya siap untuk anda”.
- 2) Mempertahankan kontak mata. Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai komunikan dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi
- 3) Membungkuk ke arah komunikan. Posisi ini menunjukkan keinginan untuk mengatakan atau mendengar sesuatu.
- 4) Mempertahankan sikap terbuka, tidak melipat kaki atau tangan menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi.
- 5) Tetap rileks. Tetap dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberi respon kepada komunikan.

c. Syarat-syarat komunikasi dengan empati adalah :

- 1) Hadir dan terlibat dalam percakapan

Hadir dalam percakapan artinya penerima informasi menunjukkan kesungguhan dalam memperhatikan apa yang dikatakan oleh komunikan yang memiliki masalah. Kehadiran dalam percakapan dibuktikan dengan terlibatnya aspek fisik, mental, dan intelektual individu. Hadirnya aspek fisik terlihat pada sikap tubuh yang terbuka, pandangan mata ke lawan bicara (kontak mata), serta jarak fisik yang dekat. Hadirnya aspek mental terlihat pada adanya minat pada lawan bicara sehingga individu dapat berkonsentrasi pada lawan bicara. Hadirnya aspek intelektual dibuktikan dengan adanya fokus pemahaman yang dimiliki pada percakapan sehingga adanya komentar negatif terhadap pengirim pesan dapat dihilangkan.

- 2). Mendengarkan Aktif

Mendengar aktif (*listen*) adalah kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain. Berbeda dengan mendengar pasif (*hear*), mendengar aktif lebih menunjukkan situasi kebersamaan dan kehangatan. Mendengar pasif hanya menggunakan telinga saja, sedangkan mendengar aktif melibatkan perasaan dan hati. Bukan cuma kata saja yang didengar, melainkan perasaan mereka juga didengar.

3). Keterampilan Memperhatikan

- a) Berikan perhatian secara fisik
- b) Pandanglah dan buka diri dengan bahasa tubuh
- c) Pertahankan kontak mata
- d) Tunjukkan ekspresi wajah dan tanda lain yang menunjukkan minat akan apa yang dikatakan orang lain

4). Keterampilan Mengikuti Pembicaraan

- a) Tidak menginterupsi atau membelokkan percakapan
- b) Bertanya secara relevan sehingga jawaban tidak hanya “Ya” atau “Tidak” saja
- c) Jangan ambil alih peran dan mengajukan pertanyaan terlalu banyak
- d) Diam namun memperhatikan
- e) Pengungkapan adalah mengucapkan dengan kata lain apa yg dikatakan lawan bicara, untuk memeriksa apakah seseorang mendengarkan dengan tepat atau tidak.

Untuk melakukan pengungkapan dapat menggunakan kalimat:

- Jadi anda mengatakan---
- Jadi anda berpikir---
- Sepertinya anda mengatakan, dll

5). Melakukan Refleksi:

Menyatakan kepada lawan bicara, apa yang dirasakan oleh lawan bicara :

Contoh : “Kelihatannya anda marah?”; “Nampaknya kamu kecewa?”

6). Melakukan Parafrase:

Ucapkan dengan kata lain yang sama artinya dengan apa yang dikatakan lawan bicara untuk mendapat pemahaman yg tepat

Contoh : “Kalau saya tidak salah salah....”; “Jadi anda mengatakan...”

7). Memfokuskan:

Membicarakan tentang masalah pokok

Contoh :”Dari semua yg anda katakan mana yg paling penting?”

10. Langkah-langkah Komunikasi

1. Salam
2. Perkenalan diri
3. Ajak bicara/diskusi.

11. Hambatan Komunikasi

Selama proses komunikasi kita juga akan menghadapi hambatan atau gangguan (*noise*) yaitu segala sesuatu yang dapat mendistorsi isi pesan. Gangguan bukan merupakan bagian dari komunikasi akan tetapi mempengaruhi proses komunikasi. Gangguan menghalangi komunikasi dalam menerima pesan dan mengganggu komunikator dalam mengirimkan pesan.

Beberapa hambatan komunikasi interpersonal antara lain :

- a. Hambatan Fisik : jarak, ruangan pintu yang tertutup, suara telepon, orang lain yang berbicara, desingan kendaraan yang lewat, kacamata, dll.
- b. Persepsi : setiap orang memiliki pandangan mereka sendiri, pemahaman dan pikiran, prasangka, pikiran yang sempit, dll
- c. Emosi : Orang yang emosional cenderung tidak berpikir jernih, orang yang mudah curiga, ketidakpercayaan yang berlebihan.
- d. Budaya : Menentukan pola perilaku seseorang
- e. Bahasa : Perbedaan bahasa akan menghambat pemahaman dalam komunikasi, bahasa yang berbeda, menggunakan jargon atau istilah yang terlalu rumit yang tidak dipahami pendengar, dll
- f. Gender : Kaitannya dengan logika dan emosi.

12. Contoh Komunikasi Tidak efektif

- a. Terpaku pada pikirannya sendiri tentang apa yg akan dikatakan → tidak memperhatikan apa yang dikatakan orang
- b. Memotong pembicaraan dan kemudian mengemukakan pendapatnya
- c. Mendengar secara selektif hanya apa yang ingin didengar
- d. Memotong pembicaraan orang lain dan membelokkan pernyataan sesuai kehendak

BAB III

CONTOH SKENARIO

Skenario 1 :

Seorang mahasiswa baru FK UMY menemui sahabatnya, dan menceritakan bahwa dalam metode PBL, ia harus aktif berkomunikasi dalam kegiatan tutorial padahal ia adalah anak yang tidak mudah berkomunikasi di depan orang banyak, ia pendiam dan sering sulit bergaul selama ini sehingga ia masih merasa kesulitan.

Skenario 2 :

Seorang mahasiswi Fakultas Kedokteran semester 1 datang kepada sahabatnya karena ingin berdiskusi tentang masalah yang dihadapinya. Mahasiswi tersebut sangat tidak nyaman dengan suasana kost nya yang kurang mendukung suasana belajarnya. Sejak mulai aktif dalam perkuliahan, ia sering merasa terganggu dengan suasana kost yang sangat ramai. Malam hari teman kost nya sering menyalakan tape atau televisi dengan volume keras sehingga membuatnya tidak bisa berkonsentrasi dalam belajar dan beberapa kali ia mendapatkan hasil yang kurang memuaskan dalam hasil mini kuis tutorialnya.

Skenario 3 :

Seorang mahasiswi Fakultas Kedokteran semester 1 datang kepada kakak kelasnya ingin berdiskusi tentang masalah yang dihadapinya. Mahasiswi tersebut merasa kesulitan dalam mengatur waktunya sebagai anak kost yang pertama kali berpisah dari keluarganya sehingga harus belajar mandiri sedangkan tugas sebagai mahasiswa FK sangat banyak sehingga ia sering tidak dapat menyelesaikan semuanya dengan baik.

DAFTAR TILIK
KOMUNIKASI INTERPERSONAL

Hal-hal penting dalam komunikasi interpersonal:

- Komunikator dan komunikan bertemu secara tatap muka langsung
- Komunikasi berlangsung antara 2 orang
- Komunikasi verbal dan nonverbal serta empati

No.	Ketrampilan Komunikasi Interpersonal	Parameter	Score			
			0	1	2	3
I. Membina sambung rasa						
1.	Mengucapkan salam	• "Assalamu`alaikum wr wb"; ""selamat pagi"				
2.	Menanyakan kabar	• "apa kabar mbak/mas?"				
3.	Memperkenalkan diri & menanyakan identitas (jika belum tahu identitas)	• "Perkenalkan nama saya Andi, mahasiswa baru kedokteran FKIK UMY" • "Mohon maaf bolehkah saya tahu nama mas/mbak?"				
4.	Menciptakan suasana nyaman	•				
5.	Mengajak diskusi	• "mas joko, mahasiswa baru kedokteran UMY juga ya, sekarang tinggal dimana mas?"				
6.	Mengajukan pertanyaan terbuka	• "gimana mas pengalamannya mendapat kuliah materi kedokteran di UMY?"				
7.	Mengajukan pertanyaan tertutup	• "Rasanya senang dan bangga ya mas bisa kuliah di UMY?"				
II. Non-verbal Communication						
8.	Tatapan mata	• Menjaga tatapan mata ke pasien, tatapan yang nyaman & natural				
9.	Ekspresi wajah	• Wajah rileks, tidak tegang, tidak ada kerutan, tidak tampak cemas; • Menunjukkan minat & perhatian ke pasien				
10.	Mulut	• Rileks & tersenyum				
11.	Gerakan badan	• Rileks, natural, postur tubuh nyaman & terbuka; • Menghadap pasien/klien dengan sudut 45 derajat				
12.	Gerakan tangan & kaki	• Rileks, natural, postur nyaman & terbuka				
13.	Penampilan	• Tampak bersih & berpakaian rapi				
14.	Cara bicara	• Artikulasi jelas, intonasi suara sesuai: tidak terlalu keras atau terlalu pelan • Penggunaan kata & frasa kata yang sesuai				
III Komunikasi dengan Empati						
15.	Hadir dalam pembicaraan	• Menunjukkan kesungguhan dalam mendengarkan pembicaraan baik aspek fisik maupun mental				
16.	<i>Mendengarkan secara aktif</i>	• Ditunjukkan dengan langkah di refleksi dibawah ini				

	<i>Reflecting Skills</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ketrampilan refleksi menunjukkan adanya empati 				
17.	<i>Reflecting content</i> (Refleksi isi)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Paraphrasing</i> (Menyatakan kembali apa yang dikatakan komunikan dengan kata-kata yang lain dengan tidak mengubah maknanya) • <i>Perception Checking</i> (Mengajukan pertanyaan pada hal-hal yang masih belum jelas dari apa yang dikatakan komunikan, bukan informasi yang baru) 				
18.	<i>Reflecting Feeling</i> (Refleksi perasaan)	<ul style="list-style-type: none"> • Menyatakan/merefleksikan perasaan yang mungkin dirasakan komunikan walaupun mungkin tidak dikatakan secara eksplisit. “ Anda kelihatan sedih/ marah/ kecewa/ gembira tentang....” 				
19.	<i>Reflecting Experience</i> (Refleksi pengalaman perilaku)	<ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan/merefleksikan pengalaman/perilaku komunikan saat proses diskusi. • “Tadi saya perhatikan anda sering meremas-remas tangan anda/ melihat keluar jendela, bisa Anda ceritakan ada apa di balik itu? Apa maksudnya hal tsb? 				
		NILAI TOTAL = 42				

Keterangan skor:

- 0 : tidak dilakukan
- 1 : dilakukan tapi tidak benar
- 2 : dilakukan dengan benar
- 3 : dilakukan dengan benar dan sempurna

KEPUSTAKAAN

1. Anonim, Materi penunjang komunikasi dan motivasi diakses dari www.lrc.kesehatan.net pada tanggal 15 september 2012
2. Harvey M. Rappaport et al. 1994, *The Guidebook for Patient Counselling*. Lancaster, Pennsylvania: Technomic Publishing Company.
3. Tindall, William N, Robert S. Beardsley, Carole L. Kimberlin. 2003 *Communication Skills in Pharmacy Practice (fourth edition)*. Baltimore, Maryland and Philadelphia, Pennsylvania : Lippincott Williams & Wilkins.
4. Charles V. Larson, 1986, *Persuasion: Perception and Responsibility (fourth Edition)*, Wadsworth Publishing Company, California.
5. Deborah Tannen, 1996, *Seni komunikasi Efektif: membangun relasi dengan membina gaya percakapan*, (alih bahasa dra. Amitya Komara), PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
6. Joseph A. Devito, 1997, *Komunikasi antar manusia (edisi kelima)*, Profesional Books, Jakarta.
7. Larry King, Bill Gilbert, 2002, *Seni Berbicara: kepada siapa saja, kapan saja, dimana saja (editor Tanti Lesmana)*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
8. Astrid S. Susanto-Sunarto, 1995, *Globalisasi dan komunikasi*, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
9. R. Wayne Pace, Don F. Faulos, 2002, *Komunikasi Organisasi: Strategi meningkatkan kinerja perusahaan* (editor Deddy Mulyana, MA, Ph.D.), PT Remaja Rosdakarya, Bandung.
10. Theodore & Kini, D, *Interpersonal communication* diakses dari : www.uc.edu/MSL_201_L08b_Interpersonal_communication pada tanggal 15 september 2012
11. Ali, dkk. 2006. *Manual komunikasi dokter-pasien, Konsil Kedokteran Indonesia*
12. Wood, J.T, 2010, *Interpersonal Communication Everyday Encounters*, Wadsworth CENGAGE Learning
13. Wang, H. 2009. *Nonverbal Communication and the Effect on Interpersonal Communication* diakses dari www.ccsenet.org/journal vol 5 no 11

PANDUAN KEGIATAN KETRAMPILAN KOMUNIKASI INTERPERSONAL: WAWANCARA TENTANG KESEHATAN DI LAPANGAN

Tim Ketrampilan Komunikasi FKIK UMY

A. TUJUAN BELAJAR

1. Mahasiswa mampu melakukan wawancara terhadap seorang individu tentang kesehatannya berdasarkan prinsip-prinsip ketrampilan komunikasi interpersonal.
2. Mahasiswa mampu menganalisis apakah aplikasi prinsip-prinsip ketrampilan komunikasi interpersonal dalam suatu wawancara terhadap seorang individu telah dilakukan dengan baik atau tidak, dan bagaimana upaya perbaikannya.

B. TUGAS WAWANCARA INDIVIDUAL DI LAPANGAN

1. Setiap mahasiswa ditugaskan untuk melakukan wawancara terhadap seorang individu tentang kesehatannya.
2. Individu yang diwawancarai bisa siapa saja, baik individu yang sehat, maupun yang mempunyai masalah kesehatan; baik yang dikenal (misal: teman, tetangga, kenalan, saudara), maupun yang tidak dikenal yang ditemui di kampus, warung, toko, pasar, *supermarket* dan lain sebagainya.
3. Wawancara dilakukan dengan mengaplikasikan prinsip-prinsip ketrampilan komunikasi interpersonal (lihat daftar tilik ketrampilan komunikasi interpersonal).
4. Wawancara dilakukan dalam rentang waktu 15-60 menit. Proses wawancara harus direkam dengan menggunakan video dari *handphone/ smartphone* masing-masing, yang dilakukan oleh orang lain. Dipersilahkan meminta bantuan teman atau anggota keluarganya untuk merekam proses wawancara yang dilakukan.
5. Pastikan rekaman video wawancara berkualitas baik dari aspek suara dan gambar.
6. Selanjutnya setiap rekaman video wawancara akan ditayangkan dan dibahas dalam kegiatan diskusi hasil wawancara yang dilakukan per kelompok di *skills lab*.

C. DISKUSI HASIL REKAMAN WAWANCARA PER KELOMPOK DI *SKILLS LAB*

1. Setiap mahasiswa menyiapkan hasil rekaman video dari proses wawancara yang telah dilakukannya untuk ditayangkan dalam diskusi kelompok di *skills lab*.
2. Setiap rekaman video wawancara akan ditayangkan selama kurang lebih 10 menit dan dibahas dalam diskusi kelompok yang dipandu oleh seorang instruktur *skills lab* berdasarkan prinsip-prinsip dari ketrampilan komunikasi interpersonal (lihat Daftar Tilik Ketrampilan Komunikasi Interpersonal).

BLOK II

MATERI I

PEMERIKSAAN TANDA VITAL

Tujuan belajar :

1. Mahasiswa dapat melakukan dan menilai pemeriksaan suhu tubuh dengan benar.
2. Mahasiswa dapat melakukan dan menilai pemeriksaan denyut nadi dengan benar.
3. Mahasiswa dapat melakukan dan menilai pemeriksaan frekuensi nafas dengan benar.
4. Mahasiswa dapat melakukan dan menilai pemeriksaan tekanan darah dengan benar.

PEMERIKSAAN TANDA VITAL (VITAL SIGN)

Pemeriksaan vital sign meliputi beberapa prosedur yang perlu dilakukan.

1. Informed consent

Pada saat menyampaikan informed consent pada pasien, hal-hal yang penting untuk disampaikan diantaranya adalah sebagai berikut:

- a. Tujuan pemeriksaan
- b. Cara pemeriksaan
- c. Risiko pemeriksaan
- d. Meminta persetujuan

2. Persiapan pasien

Pasien dipersilakan berbaring atau duduk dengan nyaman. Pemeriksaan yang dilakukan saat pasien berada dalam kondisi yang nyaman akan memberikan hasil yang lebih akurat dan tepat sesuai fisiologis pasien.

3. Persiapan alat

Agar proses pemeriksaan tidak terganggu, semua peralatan yang diperlukan sebaiknya dipersiapkan dan diletakkan di dekat pasien sehingga mudah dijangkau.

Alat yang perlu dipersiapkan :

1. Termometer air raksa, dicek bahwa katup penutup terbuka dan aliran air raksa normal
2. Stetoskop, dicek baik bagian membran maupun corong normal
3. Termometer air raksa, dikibaskan sampai menunjuk di bawah 35⁰ C dan termometer elektrik
4. Jam tangan dengan jarum detik
5. Alkohol spray

4. Cuci tangan WHO sebelum pemeriksaan

5. Pemeriksaan

a. Suhu tubuh

Suhu badan yang normal adalah 36°C-37°C. Pada pagi hari suhu mendekati 36°C, sedangkan pada sore hari mendekati 37°C. Pengukuran suhu di rektum juga akan lebih tinggi 0,5-1°C dibanding suhu mulut, dan suhu mulut 0,5°C lebih tinggi dibandingkan suhu axilla.

Suhu tubuh diperiksa dengan termometer badan, dapat berupa termometer air raksa, atau termometer elektrik. Pemeriksaan dapat dilakukan pada mulut (oral), membran timpani (melalui telinga), aksila atau rektum.

Cara pelaporan : Suhu axilla/mulut/anus/telinga°C

Pengukuran suhu melalui mulut (per-oral)

- Pengukuran dapat dilakukan dengan menggunakan termometer air raksa dengan kaca maupun elektrik. Namun penggunaan termometer air raksa dengan kaca

sebaiknya tidak dipakai untuk mulut pada penderita yang tidak sadar, gelisah, atau tidak dapat menutup mulutnya.

- Suhu oral rata-rata untuk dewasa normal adalah 37°C , dengan suhu terendah pada pagi hari bisa mencapai $35,8^{\circ}\text{C}$ dan tertinggi pada sore hari bisa mencapai $37,3^{\circ}\text{C}$.
- Pakai sarung tangan karet disposable (satu kali pakai). Kibaskan thermometer sampai permukaan air raksa menunjuk di bawah $35,5^{\circ}\text{C}$.
- Pengukuran dilakukan dengan cara meletakkan ujung termometer di bawah lidah. Selanjutnya pasien diminta untuk menutup mulut dan tunggu 3-5 menit. Setelah itu termometer dibaca dan dimasukkan kembali pada mulut dan ditunggu selama 1 menit. Bila setelah 1 menit suhu masih meningkat, ulangi prosedur tiap 1 menit hingga didapat suhu yang stabil (tidak meningkat lagi).
- Apabila penderita baru minum air dingin atau panas, pemeriksaan dengan cara ini harus ditunda selama 10-15 menit dulu agar minuman tidak mempengaruhi hasil pengukuran

Pengukuran suhu melalui rektum (per-rektal)

- Pemeriksaan melalui rectum ini biasanya dilakukan terhadap bayi
- Hasil pengukuran suhu melalui rektum lebih tepat daripada pengukuran melalui mulut. Suhu rektal lebih tinggi dari suhu oral dengan selisih rata-rata $0,4-0,5^{\circ}\text{C}$.
- Pakai sarung tangan karet disposable (satu kali pakai). Pilih termometer dengan ujung yang bulat, beri pelumas, dan masukkan 3-4 cm ujung termometer ke dalam anus, dengan arah ke umbilikus. Pengukuran dilakukan selama 3 menit dengan posisi pasien berbaring miring (*left lateral decubitus* atau *right lateral decubitus*)., cabut dan baca setelah 3 menit.

Pengukuran suhu melalui axilla

- Kibaskan thermometer sampai permukaan air raksa menunjuk di bawah $35,5^{\circ}\text{C}$.
- Tempatkan ujung termometer yang berisi air raksa pada apeks fossa axillaris dengan sendi bahu adduksi maksimal
- Suhu axilla 1°C lebih rendah daripada suhu oral.
- Pengukuran suhu axilla dilakukan 5-10 menit, walaupun demikian hasil yang di dapat kurang akurat dibandingkan dengan teknik pengukuran lainnya. Lakukan pembacaan secara benar.
- Untuk menghemat waktu pada saat menunggu pengukuran suhu juga dibarengi dengan pemeriksaan nadi dan respirasi.

Pengukuran suhu melalui membran timpani

- Suhu yang didapat pada pengukuran ini memberikan hasil yang lebih tinggi $0,8^{\circ}\text{C}$ daripada suhu oral.
- Pengukuran biasanya menggunakan termometer digital.
- Pengukuran suhu membran timpani dilakukan dengan cara memasukkan ujung termometer ke dalam liang telinga setelah sebelumnya dipastikan liang telinga bebas dari kotoran telinga (cerumen). Tunggu 2-3 detik hingga termometer memberikan hasil.

Hipertermi adalah peningkatan suhu tubuh di atas hipotalamus *set point* akibat kehilangan panas tubuh yang tidak adekuat, misalnya berhubungan dengan aktifitas fisik, lingkungan yang panas dan akibat pemakaian obat-obatan yang menghambat keluarnya keringat (perspirasi). Tidak ada batasan angka tertentu untuk hipertermi.

Disebut hipotermi bila suhu tubuh (per-rektal) $< 35^{\circ}\text{C}$. Hiperpirexia adalah peningkatan suhu tubuh (per-rektal) $> 41,1^{\circ}\text{C}$ apabila diukur per-rektal.

b. Denyut nadi

Jantung bekerja memompa darah ke sirkulasi tubuh (oleh ventrikel kiri) dan paru (oleh ventrikel kanan). Melalui ventrikel kiri, darah dikeluarkan ke aorta dan kemudian diteruskan ke arteri di seluruh tubuh. Sebagai akibatnya, timbul suatu gelombang tekanan yang bergerak cepat pada arteri dan dapat dirasakan sebagai denyut nadi. Dengan menghitung frekuensi denyut nadi, dapat diketahui frekuensi denyut jantung dalam satu menit.

Frekuensi denyut nadi dapat dihitung secara :

- a. *Apical*, yaitu pemeriksaan denyut nadi dengan menggunakan stetoskop pada apeks cordis yaitu pada spatium intercostalis IV dan V di linea medioclavicularis sinistra.
- b. *Carotid*, yaitu pemeriksaan denyut nadi dengan cara meraba pulsasi a. carotis
- c. *Radial*, yaitu pemeriksaan denyut nadi dengan cara meraba pulsasi a. radialis.
- d. *Temporal*, yaitu pemeriksaan denyut nadi dengan cara meraba pulsasi a. temporalis.
- e. *Femoral*, yaitu pemeriksaan denyut nadi dengan cara meraba pulsasi a. femoralis.
- f. *Popliteal*, yaitu pemeriksaan denyut nadi dengan cara meraba pulsasi di fossa poplitea.
- g. *Dorsalis pedis*, yaitu pemeriksaan denyut nadi dengan cara meraba pulsasi a. dorsalis pedis.



Gambar 1.

Teknik mengukur denyut nadi radial dari arteri radialis(Bickley and Szilagyi, 2007)

Selain frekuensi denyut nadi dinilai pula:

- **Ritme/irama :**
 - Ritmis yaitu teratur/reguler
 - Disritmia/aritmia yaitu tidak teratur/irreguler
 - Pulse defisit yaitu adanya perbedaan antara denyut apical dan denyut radial.
- **Kualitas**
 - Kuat
 - Lemah

Pemeriksaan nadi secara rutin dilakukan dengan melakukan palpasi (meraba) denyut arteri radialis. Pemeriksa harus berdiri di depan pasien dan memegang kedua arteri radialis. Jari kedua, ketiga dan keempat harus diletakkan di atas arteri radialis. Pemeriksa harus menghitung selama 30 detik dan mengalikan denyut 2x untuk memperoleh jumlah denyut per menit, kecuali jika denyut nadi pasien irreguler maka denyut nadi harus dihitung penuh selama 1 menit.

Frekuensi denyut nadi dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, aktivitas, emosi, suhu tubuh, BMR, dan keadaan patologis.

Denyut nadi orang dewasa normal antara 60 – 100 kali per menit. Denyut nadi di atas 100 kali per menit disebut *takikardia* dan denyut nadi kurang dari 60 kali per menit disebut *bradikardia*. Namun, pada atlet yang terlatih denyut nadi normalnya dapat kurang dari 60 kali per menit. Bila dianggap perlu, dapat juga dilakukan di tempat lain, misal a.brakialis di fossa cubiti, a.femoralis di fossa inguinalis, a.poplitea di fossa poplitea atau a.dorsalis pedis di dorsum pedis.

Irama denyut nadi harus dinilai apakah teratur (reguler) atau tidak teratur (ireguler). Dalam keadaan normal, denyut nadi akan lebih lambat pada waktu ekspirasi dibandingkan pada waktu inspirasi, keadaan ini disebut aritmia sinus.

Isi nadi dinilai apakah cukup, kecil (pulsus parvus) atau besar (pulsus magnus). Kualitas nadi akan dipengaruhi oleh tekanan nadi.

Cara pelaporan : Nadix/menit, reguler, isi dan tegangan cukup, kualitas nadi baik.

c. Frekuensi/laju pernafasan

FREKUENSI / LAJU PERNAFASAN

Bernafas adalah suatu tindakan yang tidak disadari, diatur oleh batang otak dan dilakukan dengan bantuan otot-otot pernafasan. Pada waktu inspirasi, diafragma dan otot-otot interkostalis berkontraksi, memperluas rongga toraks dan memekarkan paru-paru. Dinding dada akan bergerak ke atas, ke depan, ke lateral, sedangkan diafragma bergerak ke bawah. Setelah inspirasi berhenti, paru-paru akan mengkerut, diafragma akan naik secara pasif dan dinding dada akan kembali ke posisi semula.

Bila menilai frekuensi nafas, jangan meminta pasien untuk bernafas “secara normal”. Orang secara volunteer akan mengubah pola dan laju pernafasannya bila mereka menjadi menyadarinya. Cara yang lebih baik adalah, setelah menghitung denyut nadi radial, arahkan mata Anda ke dada atau perut dan mengevaluasi pernafasan pasien sementara masih memegang pergelangan tangannya. Pasien tidak menyadari bahwa Anda sudah tidak menghitung denyut nadi lagi, dan perubahan pernafasan secara volunteer tidak akan terjadi. Hitunglah jumlah pernafasan dalam periode 30 detik dan kalikanlah angkanya dengan 2 untuk mendapatkan laju pernafasan yang akurat. Catatlah irama, frekuensi dan adanya kelainan gerakan.

Pada pemeriksaan pernafasan yang dinilai adalah frekuensi, ritme, kedalaman dan usaha bernafas. Frekuensi pernafasan dipengaruhi oleh umur, aktivitas, emosi, obat-obatan, dan keadaan patologis. Frekuensi nafas orang dewasa normal antara 14 sampai 20 kali permenit. Frekuensi nafas lebih dari 20 kali per menit disebut *tachypnea*. Tidak ada batasan frekuensi nafas untuk *bradypnea*. Sifat pernafasan pada perempuan biasanya abdomino-torakal, yaitu pernafasan torakal lebih dominan, sedangkan pada laki-laki torako-abdominal, yaitu pernafasan abdominal lebih dominan.

Cara pelaporan: Pernafasanx/menit, teratur, tipe pernafasan.....

d. Tekanan darah

Tekanan darah merupakan tekanan hidrostatis pada arteri yang mampu mendorong darah menuju kapiler (*capillary beds*). Tekanan darah merupakan hasil curah jantung dan tahanan pembuluh darah tepi. Tekanan darah tergantung pada volume darah yang diejeksikan,

kecepatannya, distensibilitas dinding arteri, viskositas darah, dan tekanan di dalam pembuluh darah setelah ejeksi berakhir.

Tekanan darah sistolik adalah puncak tekanan di dalam arteri. Tekanan darah sistolik diatur oleh isi sekuncup (strok volume) dan kelenturan pembuluh darah. Tekanan darah diastolic adalah tekanan terendah di dalam arteri dan tergantung pada tahanan perifer. Perbedaan tekanan sistolik dan diastolic adalah tekanan nadi (pulse pressure).

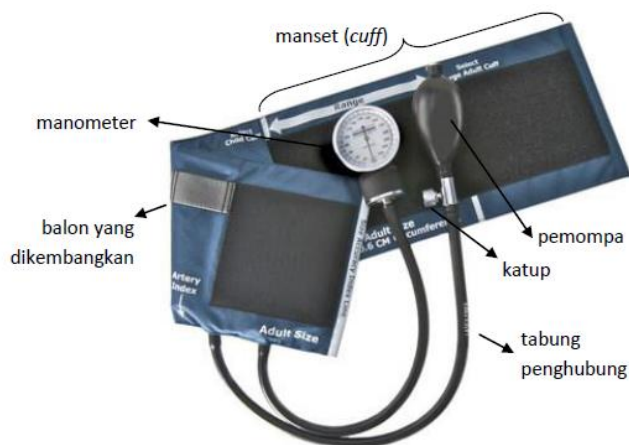
Tekanan darah dipengaruhi oleh beberapa faktor, misalnya aktivitas fisik, keadaan emosi, rasa sakit, suhu sekitar, penggunaan kopi, tembakau, dll.

Tekanan darah dapat diukur dengan menggunakan sfigmomanometer (tensimeter) dan stetoskop. Sfigmomanometer terdiri dari beberapa tipe, yaitu digital, aneroid, dan merkuri (tensimeter air raksa). Beberapa komponen sfigmomanometer adalah manset (*cuff*), balon yang dapat dikembangkan, tabung penghubung, pemompa, katup, dan manometer (Gambar 2).

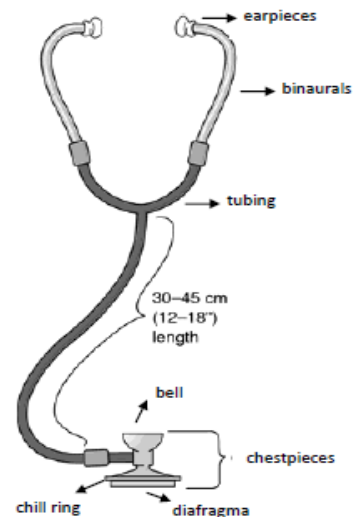
Bagian-bagian dari stetoskop (Gambar 3) adalah :

- *Earpieces* atau *ear tips*, merupakan bagian yang dimasukkan ke dalam liang telinga, digunakan untuk mendengarkan suara yang muncul pada saat auskultasi
- *Binaural* atau *ear tubes*, merupakan bagian yang terbuat dari metal, yang menghubungkan *ear tips* dengan tabung. Beberapa *binaural* dibuat agar dapat berotasi sehingga memudahkan pengguna
- *Tubing*, merupakan tabung yang membawa suara dari *chestpiece* menuju *earpieces*
- *Chestpiece* atau *head*, merupakan bagian yang diletakkan pada kulit pasien. Pada bagian ini dapat terdiri dari dua sisi maupun satu sisi. Pada *chestpiece* yang terdiri dari dua sisi, bagian ini terdiri dari :
 - *Diafragma* atau membran, digunakan untuk mendengarkan suara dengan frekuensi tinggi. Penggunaannya dengan cara memberikan sedikit tekanan pada diafragma pada saat menempelkan pada permukaan tubuh pasien.
 - *Bell* atau corong, digunakan untuk mendengarkan suara dengan frekuensi rendah. Penggunaan corong cukup dengan menempelkan pada permukaan tubuh pasien.
- *Chill ring*, merupakan cincin yang melapisi *chestpiece*, sehingga meminimalisir gesekan antara *chestpiece* yang terbuat dari metal dan permukaan tubuh pasien

Sebaiknya digunakan bagian bel stetoskop dan hindari penekann berlebihan pada bel.



Gambar 2. Bagian sfigmomanometer (www.trimline.us)

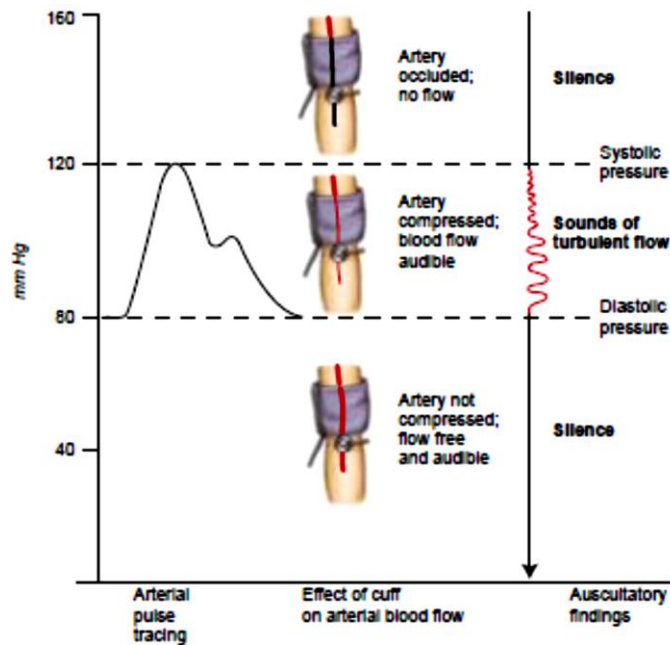


Gambar 3. Bagian stetoskop (www.trimline.us)

Pengukuran tekanan darah meliputi deteksi timbul dan hilangnya bunyi Korotkoff secara auskultasi di atas arteri yang ditekan. Bunyi Korotkoff adalah bunyi bernada rendah yang berasal dari dalam pembuluh darah yang berkaitan dengan turbulensi yang dihasilkan dengan menyumbat arteri secara parsial dengan manset tekanan darah. Ada beberapa fase yang terjadi secara berurutan ketika tekanan penyumbat turun.

Dengan menggunakan stetoskop, akan terdengar denyut nadi Korotkoff, yaitu:

- Korotkoff I, suara denyut mulai terdengar, tapi masih lemah dan akan mengeras setelah tekanan diturunkan 10-15 mmHg; fase ini sesuai dengan tekanan sistolik
- Korotkoff II, suara terdengar seperti bising jantung (murmur) selama 15-20 mmHg berikutnya
- Korotkoff III, suara menjadi kecil kualitasnya dan menjadi lebih jelas dan lebih keras selama 5-7 mmHg berikutnya
- Korotkoff IV, suara akan meredup sampai kemudian menghilang setelah 5-6 mmHg berikutnya
- Korotkoff V, titik dimana suara menghilang; fase ini sesuai dengan tekanan diastolic. Pembuluh darah tidak tertekan lagi oleh manset penyumbat. Sekarang tidak ada lagi aliran turbulensi.



Gambar 4. Efek penekanan oleh manset pada aliran darah arteri.
(Bickley and Szilagyi, 2007)

Posisi manometer air raksa harus tegak, stinggi jantung. Penggunaan manometer aneroid (jarum), letakkan pada tempat di mansetnya.

Ukuran manset penting untuk penentuan tekanan darah yang tepat. Manset ini harus dilingkarkan di sekeliling lengan dengan tepi bawah sekitar 2,5 cm di atas fossa antecubiti. Kantong karet harus terletak di atas arteri <perhatikan tulisan arteri atau tanda lingkaran symbol arteri/(I)>

Untuk mengukur tekanan darah dengan akurat, diperlukan ukuran manset dan tensimeter yang tepat. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemilihan tensimeter adalah :

- Lebar balon yang dikembangkan dalam manset harus sekitar 40% dari lingkaran lengan atas (sekitar 12 – 14 cm pada rata-rata orang dewasa)
- Panjang balon/kantong tersebut harus sekitar 80% dari lingkaran lengan atas dan menutupi dua per-tiga panjang lengan.
- Kantong yang terlalu kecil dapat menyebabkan hasil pengukuran yang keliru (lebih tinggi)
- Jika menggunakan tensimeter dengan tipe aneroid, lakukan kalibrasi secara berkala sebelum digunakan

Celah auskultasi adalah keadaan hening yang disebabkan oleh lenyapnya bunyi Korotkoff setelah muncul untuk pertama kali dan timbulnya kembali bunyi ini pada tekanan yang lebih rendah. Celah auskultasi timbul karena terjadi penurunan aliran darah ke ekstremitas, seperti ditemukan pada hipertensi dan stenosis aorta. Kepentingan klinis hal ini adalah tekanan darah sistolik dapat ditentukan secara keliru pada tingkat yang lebih rendah, yaitu titik timbulnya kembali bunyi Korotkoff.

Pengukuran Tekanan Darah dengan Palpasi

Jika memungkinkan, pengukuran tekanan darah dilakukan dengan pasien dalam posisi duduk di kursi (ada sandaran punggung) dengan nyaman dan kedua kaki menapak lantai. Kantong manset diletakkan di atas arteri brakialis kanan. Jika lengannya terlalu gemuk, pakailah manset paha.

Lengan sedikit difleksikan dan disokong kira-kira setinggi jantung. Untuk menentukan tekanan darah sistolik secara memadai dan untuk menyingkirkan kesalahan karena celah auskultasi, tekanan darah mula-mula diperiksa dengan palpasi.

Menurut prosedur ini, arteri brakialis (lebih direkomendasikan) atau radialis kanan dipalpasi sementara manset dipompa di atas tekanan yang diperlukan untuk menghilangkan denyut nadi. Sekrup yang dapat diputar dibuka perlahan-lahan untuk mengurangi tekanan di dalam kantong manset secara lambat. Tekanan sistolik diketahui dengan timbulnya kembali denyut brakial. Segera setelah denyut teraba, sekrup itu dibuka untuk mengurangi tekanan kantong manset dengan cepat. Ini adalah tekanan darah sistolik palpatoir.

Pengukuran Tekanan Darah dengan Auskultasi

Tekanan darah diukur secara auskultasi di lengan kanan dengan memompa manset kira-kira 30 mmHg di atas tekanan sistolik yang ditentukan dengan palpasi. Sisi diafragma atau belstetoskop harus diletakkan di atas arteri sedekat mungkin dengan tepi manset, sebaiknya tepat di bawah manset itu. Mansetnya dikempiskan secara perlahan-lahan, sementara anda mengevaluasi bunyi Korotkoff. Tekanan darah sistolik, titik meredup, dan titik menghilangnya bunyi Korotkoff ditentukan. Tekanan darah sistolik adalah titik saat terdengar bunyi mengetuk pertama. Jika tekanan darahnya tinggi, sebaiknya diperiksa kembali pada akhir pemeriksaan fisik, ketika pasien mungkin lebih tenang.

Prosedur pemeriksaan tekanan darah :

1. Persiapan, meliputi :
 - Minta pasien untuk menghindari rokok atau minuman yang mengandung kafein selama 30 menit sebelum pemeriksaan dan beristirahat setidaknya selama 5 menit.
 - Pastikan lengan yang akan diperiksa tidak terbungkus pakaian.
 - Lakukan palpasi arteri brachialis untuk memastikan bahwa arteri tersebut memiliki denyut yang kuat.
 - Atur posisi lengan sedemikian rupa agar arteri brachialis pada fossa antecubiti terletak setinggi jantung.
 - Jika pasien duduk, lengan pasien diletakkan pada meja yang sedikit lebih tinggi daripada pinggang pasien. Jika pasien dalam keadaan berdiri, lengan pasien disangga setinggi bagian tengah dadanya.
2. Pasang balon manset yang dapat dikembangkan tepat di tengah arteri brachialis. Batas bawah manset sekitar 2,5 cm di atas fossa antecubiti.
3. Perkirakan tekanan sistolik melalui palpasi
 - Raba denyut nadi arteri brachialis, kemudian pompa tensimeter dengan cepat hingga denyut nadi tersebut tidak teraba. Turunkan tekanan secara perlahan sampai denyut nadi teraba kembali.
 - Baca tekanan tersebut pada manometer, dan tambahkan 30 mmHg pada angka yang terlihat. Gunakan hasil penjumlahan tersebut sebagai target pemompaan berikutnya, untuk menghindari ketidaknyamanan pasien akibat pemompaan yang terlalu tinggi, juga untuk menghindari kesalahan akibat *auscultatory gap*.
4. Kempiskan manset dengan segera sampai benar-benar kempis, dan tunggu selama 15 – 30 detik.
5. Letakkan *bell* (corong) di area arteri brachialis (Gambar 5), dan pompa manset dengan cepat hingga tekanan sesuai target yang ditentukan. Kempiskan manset secara perlahan dengan kecepatan 2 – 3 mmHg/detik. Catatlah Korotkoff fase I (saat denyut muncul). Tinggi tekanan ini merupakan tekanan sistolik.

6. Lanjutkan penurunan tekanan tersebut dengan kecepatan yang sama sampai bunyi denyut meredup dan menghilang yang merupakan Korotkoff fase V. Tinggi tekanan ini merupakan tekanan diastolik.
7. Kempiskan manset dengan cepat hingga angka nol.
8. Tunggu 2 menit atau lebih, ulangi pengukuran tekanan darah, dan tentukan rata-rata kedua hasil pengukuran tersebut. Bila hasil pengukuran berbeda > 5 mmHg, lakukan pengukuran tambahan hingga didapatkan dua hasil pengukuran yang mendekati.
9. Untuk diagnosis, dapatkan tiga set hasil pengukuran terpisah dalam waktu minimal 1 minggu.



Gambar 5. Posisi pemasangan manset, manometer aneroid, dan *bell* (corong)
(Bickley and Szilagyi, 2007)

Tekanan darah harus diukur pada kedua lengan setidaknya sebanyak satu kali. Normalnya terdapat perbedaan tekanan sebesar 5 – 10 mmHg. Pada pengukuran selanjutnya harus dilakukan pada lengan dengan tekanan darah yang lebih tinggi. Klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa disajikan pada tabel 1.

Tabel 1. Klasifikasi hipertensi untuk usia 18 tahun atau lebih menurut JNC VII

Klasifikasi Hipertensi	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal (normotensi)	< 120	dan < 80
Prehipertensi	120 – 139	atau 80 – 89
Hipertensi Stage 1	140 – 159	atau 90 – 99
Hipertensi Stage 2	≥ 160	≥ 100

Sumber: *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection and Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.*

Apabila menggunakan tensimeter air raksa, usahakan agar posisi manometer selalu vertika dan pada waktu membaca hasilnya, mata harus berada segaris horizontal dengan permukaan air raksa.

Pengulangan pengukuran dilakukan setelah menunggu beberapa menit setelah pengukuran pertama

Tensimeter harus terkalibrasi/tervalidasi secara berkala

Pencatatan: catat tekanan, posisi pasien, lengan dan ukuran manset (missal 140/90 mmHg, duduk, lengan kanan, large adult cuff)

6. Cuci tangan WHO setelah pemeriksaan

7. Komunikasi

- a. Mengucapkan basmalah
- b. Melakukan tindakan secara hati-hati & teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri
- c. Memperhatikan kenyamanan pasien
- d. rasa hormat kepada pasien

8. Profesionalisme

- a. Memberi salam
- b. Ramah
- c. Empati
- d. Kontak mata
- e. Memberi respon
- f. Memberi informasi atau isyarat verbal sebelum tindakan tertentu

DAFTAR TILIK PEMERIKSAAN TANDA VITAL

No.	KRITERIA	NILAI			
		0	1	2	3
A	PENGUKURAN TEKANAN DARAH				
1	Sebelum memeriksa pasien, cuci tangan dahulu sesuai prosedur				
2	Membina sambung rasa yang optimal: memperkenalkan diri, meminta ijin, berhati-hati pada saat memeriksa, serta menjelaskan tindakan yang akan dilakukan.				
3	Menempatkan pasien dalam keadaan duduk dengan lengan rileks, lengan atas tegak, siku menekuk, lengan bawah diletakkan di meja/kursi dan bebas dari tekanan oleh pakaian.				
4	Menempatkan tensimeter dengan membuka aliran air raksa, mengecek saluran pipa dan meletakkan manometer air raksa vertical				
5	Memasang manset sedemikian rupa sehingga melingkari lengan atas secara rapi, tidak terlalu ketat/longgar (sisi bawah manset 1,5-2,5 cm di atas fossa antecubiti)				
6	Pastikan posisi manset sejajar jantung pasien, posisi "tanda arteri" di atas arteria brachialis; sisi dalam dan luar tidak terbalik				
7	Raba pulsasi arteria brachialis di fossa cubiti sebelah medial dengan jari ke 2 dan 3, pompa air raksa hingga 30 mmHg di atas tekanan yang diperlukan untuk menghilangkan denyut nadi tersebut. Kurangi tekanan dalam manset perlahan-lahan sehingga denyut arteri brachialis teraba lagi = tekanan sistolik palpatoir. Air raksa diturunkan sampai menunjukkan angka 0. Pompa lagi air raksa dengan cepat sampai 30 mmHg di atas sistolik palpatoir, pasang stetoskop sisi corong/bel.				
8	Turunkan tekanan manset perlahan-lahan (2-4 mmHg/detik) dengan membuka uliran penutup, dengarkan bising pertama yang timbul sebagai tekanan sistolik (suara Korotkoff I)				
9	Lanjutkan penurunan tekanan manset sampai suara bising yang terakhir tidak terdengar, sebagai tekanan diastolic (Korotkoff V). setiap pengukuran ulang, air raksa harus diturunkan sampai NOL dulu				
10	Laporkan tekanan darah sistolik dan diastolic, posisi pasien, lengan dan ukuran manset				

No.	KRITERIA	GRADE			
		0	1	2	3
B	PEMERIKSAAN SUHU BADAN AXILLA				
1	Mempersilahkan duduk di tempat tidur periksa (posisi dokter di sebelah kanan pasien)				
2	Kibaskan thermometer sampai permukaan air raksa menunjuk di bawah 35°C				
3	Tempatkan ujung thermometer yang berisi air raksa pada apex fossa axillaris kiri dengan sendi bahu adduksi				
4	Tunggu sampai 15 menit, kemudian dilakukan pembacaan dengan posisi thermometer tegak lurus, setinggi pandangan mata, tanpa menyentuh sisi ujung air raksa				
5	Melaporkan hasil pengukuran				
C	PEMERIKSAAN NADI				
1	Meletakkan lengan yang akan diperiksa dalam keadaan rileks				
2	Menggunakan kedua tangan, dengan jari 2,3, dan 4 untuk meraba arteri radialis kanan kiri. Setelah dipastikan kanan kiri sama, lakukan dengan 1 tangan				
3	Menghitung frekuensi denyut nadi minimal 30 detik (pada aritmia harus 1 menit)				
4	Melaporkan frekuensi denyut nadi/menit, irama nadi, kualitas nadi				
D	PEMERIKSAAN FREKUENSI NAFAS				
1	Setelah menghitung nadi, lanjutkan penghitungan frekuensi nafas. Satu tangan tetap meraba arteri radialis (tanpa memberitahu pasien kalau frekuensi nafasnya sedang dihitung)				
2	Hitung gerakan pernafasan minimal selama 30 detik (pasien laki-laki lihat perut, pasien wanita lihat dada)				
3	Laporkan frekuensi nafas per menit, regularitas, tipe pernafasan				

Keterangan skor:

- 0 : tidak dilakukan
- 1 : dilakukan tapi tidak benar
- 2 : dilakukan dengan benar
- 3 : dilakukan dengan benar dan sempurna

Keterangan: Kegiatan ketrampilan medik Pemeriksaan Tanda Vital dilaksanakan dua kali pertemuan.

MATERI II ANAMNESIS I

A. PENGANTAR

Pasien datang kepada dokter untuk meminta bantuan dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami. Masalah tersebut dapat disebabkan karena penyakit (*Disease*), rasa tidak nyaman (*Discomfort*), ketidakmampuan (*Disability*), ketidakpuasan (*Disatisfaction*) dan kematian (*Death*). Dokter sebagai profesi yang bertugas menangani masalah kesehatan pasien memiliki tanggung jawab agar dapat mengatasi setiap masalah kesehatan tersebut. Salah satu langkah awal yang harus dilakukan adalah dengan berkomunikasi kepada pasien.

Komunikasi merupakan salah satu kompetensi yang harus dicapai oleh seorang dokter. Pembelajaran komunikasi pada profesi pendidikan dokter dilakukan secara bertahap disesuaikan dengan pengetahuan biomedis dan klinis. Salah satu bentuk komunikasi yang dipelajari yang berhubungan dengan klinis adalah anamnesis. Anamnesis ini merupakan komunikasi yang sangat penting karena merupakan langkah pertama prosedur klinis sebelum membuat diagnosis. Dalam anamnesis dokter mengumpulkan berbagai macam informasi yang berkaitan dengan pasien, keluhan yang disampaikan pasien merupakan langkah penting untuk mengerti dan memahami pasien yang sedang dihadapi. Kegiatan ini merupakan bagian yang dapat dipahami setiap pasien, dimana langkah ini digunakan untuk membantu dokter dalam menyelesaikan masalah kesehatannya.

B. TUJUAN

1. Mahasiswa mampu memahami definisi dan macam-macam anamnesis
2. Mahasiswa mampu memahami langkah-langkah anamnesis dan menggali masing-masing komponen anamnesis dengan baik dan benar
3. Mahasiswa mampu melakukan komunikasi anamnesis dengan baik dan sistimatis
4. Mahasiswa mampu menerapkan prinsip komunikasi efektif pada proses anamnesis
5. Mahasiswa mampu membina hubungan interpersonal dalam hubungan dokter pasien.

C. TINJAUAN PUSTAKA

Anamnesis merupakan bagian dari wawancara riwayat kesehatan. Di dalam anamnesis terjadi proses percakapan antara tenaga kesehatan dengan pasien maupun keluarga. Percakapan yang terjadi dalam anamnesis bukan merupakan percakapan sosial dimana ada kebebasan dalam mengungkapkan ekspresi dan kebutuhan, akan tetapi percakapan ini lebih memiliki tujuan yang spesifik. Tujuan utama dalam anamnesis adalah untuk meningkatkan status kesehatan pasien.

Anamnesis merupakan kegiatan awal dalam prosedur pemeriksaan klinis. Anamnesis merupakan hubungan komunikasi antara tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan maupun tenaga kesehatan yang lain) dengan pasien mengenai kondisi pasien. Dalam lingkup hubungan dokter, pasien anamnesis ini merupakan hubungan komunikasi antara dokter dan pasien. Dalam komunikasi anamnesis ini ada dua sisi yang berbeda dalam hal perbedaan kebutuhan dan karakteristik yaitu *physicians centered* dan *patient centered*. Dalam *physicians centered* terdapat agenda dokter, dalam arti dokter mengalokasikan waktu untuk membina hubungan dengan pasien, menggali informasi dari pasien mengenai kondisi pasien, mengenali gejala dan tanda penyakit pada pasien. Pada perspektif ini dokter lebih fokus kepada masalah kedokteran atau masalah biomedis, pada kegiatan ini tentu saja dokter berupaya untuk mengumpulkan data yang berkaitan dengan keluhan pasien untuk kepentingan penegakan diagnosis sehingga dapat merencanakan pengelolaan masalah kesehatan pasien secara tepat. Sedangkan pada sisi *patient centered*, anamnesis ini merupakan agenda pasien dimana alokasi waktu ini digunakan untuk bertemu dengan dokter dalam rangka mencari pertolongan kesehatan/kedokteran. Pada perspektif ini kegiatan anamnesis lebih fokus kepada pengungkapan gejala/keluhan yang berkaitan dengan kondisi kesehatannya kepada dokter.

Dalam proses anamnesis ini dokter memiliki banyak peran. Peran itu antara lain:

1. Mengumpulkan riwayat klinis pasien. Riwayat klinis pasien ini bisa meliputi gejala atau tanda yang dikeluhkan pasien, informasi lain mengenai waktu, onset, durasi, gejala tambahan, riwayat yang berhubungan dengan penyakitnya, riwayat kesehatan sebelumnya, upaya pengobatan yang telah dilakukan, dan sebagainya.
2. Melakukan interaksi pada pasien dengan nyaman
Hubungan yang baik dengan penuh kenyamanan merupakan salah satu syarat agar proses komunikasi bisa berjalan dengan baik dan lancar. Kenyamanan hubungan dokter pasien ini berlandaskan kepercayaan, penghargaan.
3. Mengumpulkan data subyektif dan data obyektif.

Data subyektif adalah data yang disampaikan oleh pasien, sedangkan data obyektif adalah data yang dapat dilihat oleh dokter selama proses anamnesis berlangsung. Data ini sangat penting untuk dasar pertimbangan kesesuaian antara informasi subyektif dan informasi obyektif.

4. Melakukan dengan ketrampilan bertanya yang baik

Dalam proses anamnesis ini ketrampilan untuk bertanya sangat dibutuhkan. Pertanyaan yang diajukan bisa berupa pertanyaan terbuka maupun tertutup. Topik-topik pertanyaan sangat membutuhkan penguasaan akan dasar-dasar penyakit, patofisiologi dan manajemen penyakit.

Menurut cara pengambilan anamnesis secara garis besar dibagi menjadi 2 macam.

Anamnesis tersebut adalah:

1. Auto-anamnesis: anamnesis yang dilakukan kepada pasien secara langsung
2. Hetero anamnesis/allo-anamnesis: anamnesis yang dilakukan kepada orang yang dianggap mengerti tentang keadaan pasien. Sebagai contoh jika pasien anak/bayi maka yang dapat dianamnesis adalah ibu/bapak dari pasien. Jika pasien tidak sadarkan diri (pingsan/kehilangan kesadaran) maka yang dapat dianamnesis adalah orang yang membawa pasien/orang yang merawat pasien/saksi/orang yang paham kronologi kondisi pasien. Berikut ini beberapa kondisi pasien yang harus dilakukan alloanamnesis:

1. Penderita tidak sadar/koma
2. Penderita mengidap bisu/tuli atau afasia
3. Penderita bayi/anak
4. Penderita gangguan jiwa

Dalam melaksanakan komunikasi anamnesis diperlukan pemahaman tentang point-point anamnesis. Point-point anamnesis tersebut antara lain:

1. Identitas pasien

Identitas pasien merupakan informasi awal yang harus digali oleh dokter. Informasi ini penting karena dapat memberikan informasi mengenai:

- Siapakah penderita
- Masalah kesehatan yang mungkin muncul
- Mencari Faktor risiko

Data identitas yang harus dicari:

a. Nama pasien

Nama harus ditulis secara lengkap dan jelas. Selain itu juga perlu ditanyakan nama panggilan karena nama panggilan ini penting, karena sering digunakan dalam proses komunikasi dokter pasien. Nama yang jelas dan lengkap dapat menghindari kekeliruan dengan pasien yang lain dan sebaiknya nama yang ditanyakan adalah nama sendiri bukan nama pemberian.

b. Umur

Umur penting untuk ditanyakan karena adanya beberapa penyakit dengan predisposisi timbul pada umur tertentu. Sebagai contoh: gondongan, campak (anak), osteoporosis (wanita orang tua), degeneratif (orang tua).

c. Jenis kelamin

Beberapa penyakit tertentu mampu menyerang pada jenis kelamin tertentu. Sebagai contoh: osteoarthritis (wanita), gout/rematik asam urat (laki-laki), BPH/pembesaran prostat (laki-laki), Ca cervix/kanker leher rahim (wanita).

d. Alamat

Alamat pasien harus ditulis lengkap dan jelas. Alamat pasien mungkin berhubungan dengan area epidemiologi/penyebaran penyakit. Sebagai contoh: goiter (pembesaran kelenjar gondok) sering terjadi pada daerah pegunungan, malaria (daerah endemis tertentu misal Kulon progo Yogyakarta).

e. Agama dan Suku/RAs

Informasi ini penting karena berkaitan dengan penghormatan kepada kebiasaan yang berkaitan dengan kegiatan keagamaan, budaya tertentu. Misal muslim memiliki tuntunan ibadah puasa sunah, haram memakan daging babi, dan sebagainya.

f. Pekerjaan

Jenis pekerjaan penting untuk diketahui karena beberapa pekerjaan bisa menjadi faktor risiko timbulnya penyakit karena akibat pekerjaan (occupational disease), atau sebagai pencetus penyakit. Sebagai contoh: Tuli (tempat kerja bising > 90db), Pneumoconiosis/penyakit paru (pabrik tekstil, batu bara, asbes), Alergi/asma (tempat berdebu)

g. Status perkawinan

Informasi ini penting berkaitan dengan risiko masalah kesehatan. Kategori status perkawinan antara lain belum cukup umur, menikah, Janda/duda.

2. Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan pasien/keluarga sangat mengganggu sehingga mendorong pasien/keluarga mencari pertolongan/nasehat medik Contoh keluhan utama misalnya: demam, nyeri kepala, muntah, Luka, diare, batuk, nyeri perut,

3. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang berfungsi untuk mengetahui riwayat perjalanan penyakit saat ini. Riwayat penyakit sekarang ini penting karena mampu menggambarkan kronologis penyakit secara jelas dan lengkap Onset dari riwayat penyakit sekarang dimulai dari akhir masa sehat, dan awal masa sakit.

Beberapa hal yang harus digali pada riwayat penyakit sekarang antara lain:

- a. Lokasi: menunjukkan tempat keluhan pasien (misal dikepala, perut, dll)
- b. Waktu: menunjukkan perjalanan penyakit
 - i. Onset (kapan mulainya)
 - ii. Durasi (berapa lama)
 - iii. frekuensi (Seberapa sering)
- c. Kualitas: menunjukkan karakter dari gejala
Misalnya: pada keluhan nyeri maka nyeri bisa seperti terbakar, tajam, seperti ditusuk, menjalar, menekan. Pada keluhan batuk bisa batuk berdahak/kering.
- d. Keparahan: intensitas, kuantitas, atau meluasnya masalah
Misal: Jika nyeri dari skala Visual Analog Scale (0-10), jumlah lesi suatu kelainan kulit, dsb, jika keluhan batuk ngikil sampai muntah
- e. Situasi dan kondisi saat terjadi
Meliputi faktor-faktor lingkungan, kegiatan personal, reaksi emosional atau situasi-kondisi yang lain yang berpengaruh ke keadaan sakit (mungkin meliputi alergi atau perilaku). Misal asma kambuh ketika sedang stress menghadapi ujian, gatal kambuh saat terkena udara dingin.
- f. Faktor-faktor yang memperberat atau meringankan gejala-gejala (*remitting or exacerbating factors*).
Misalnya: pada keluhan nyeri dengan istirahat nyeri berkurang atau tidak? Pada keluhan nyeri perut apabila diberi makanan tambah sakit atautkah berkurang
- g. Manifestasi gejala lain yang terkait

Gejala pada pasien yang diduga pasien tidak berhubungan dengan masalah kesehatan yang sekarang. Misal : anak mengalami diare setelah terkena campak, pada kasus batuk pilek pasien mengeluh disertai nyeri sendi.

PANDUAN KEGIATAN KETRAMPILAN KOMUNIKASI **Anamnesis I** **(History Taking Skills)**

Role Play:

Lakukan *role-play* dalam melakukan beberapa bagian dari Ketrampilan Anamnesis dengan teman anda. Buatlah pasangan 2 orang dan secara bergantian berperan sebagai:

- **Dokter** yang akan melakukan anamnesis kepada pasien yang datang dengan satu/lebih gejala fisik
 - **Pasien** yang datang dengan satu/lebih gejala fisik
 - Mahasiswa yang berperan sebagai pasien juga bertindak sebagai **observer** yang mengevaluasi dokter dengan menggunakan Daftar Tilik Anamnesis di bawah ini
- Selamat bekerja!

Panduan untuk Pasien:

- Pilihlah satu/lebih gejala fisik di bawah ini yang akan dibawa untuk diperiksa ke dokter
Symptoms:
Panas, sakit kepala, batuk, pilek, nyeri tenggorok, sesak napas, mual& muntah, sakit/ kram perut, BAB cair, konstipasi, nyeri punggung, keselo, nyeri otot, kulit gatal, dll
- Evaluasilah teman yang berperan sebagai dokter dalam melakukan anamnesis berdasarkan daftar tilik.

Panduan untuk Dokter:

- Lakukan bagian-bagian dari anamnesis kepada pasien.
- Tulislah data yang diperoleh ke rekam medis di bawah ini. Rekam medis tersebut hanya dipergunakan sebagai panduan dalam melakukan bagian-bagian anamnesis. Jangan terfokus hanya pada menulis (komunikasi tertulis). Fokus utama Anda adalah pada **komunikasi verbal dan non-verbal**.

REKAM MEDIS

No.:

IDENTITAS PASIEN:

- Nama :
- Usia :
- Alamat :
- Pekerjaan :
- Status perkawinan:
- Agama :

KELUHAN UTAMA:

.....

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG:

.....

.....

Daftar Tilik Anamnesis I

No	Aspek yang Dinilai	Parameter	Nilai			
			0	1	2	3
1.	Membina sambung rasa dengan menyapa pasien menggunakan salam dan mengenalkan diri, serta membuat pasien merasa nyaman	<ul style="list-style-type: none"> • “Assalamu’alaikum, pak Ali, saya Budi, mahasiswa kedokteran/ dokter muda.. Saya bagian dari tim medis yang akan menangani Anda.” • Sampaikan secara alamiah dan tidak terkesan kaku 				
2.	Menanyakan identitas pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Nama • Usia • Alamat • Pekerjaan • Status perkawinan • Agama 				
3.	Menanyakan keluhan utama (KU)	<ul style="list-style-type: none"> • Gunakan pertanyaan terbuka (<i>open-ended questions</i>) “<i>Apa yang bisa saya bantu Pak/Bu...?</i>” “<i>Apa yang membawa Anda ke sini?</i>” “<i>Apa masalah utama Anda yang membuat Anda datang?</i>” 				
	Menanyakan riwayat penyakit sekarang (RPS):	<ul style="list-style-type: none"> • Beralih dari pertanyaan terbuka (<i>open-ended questions</i>) ke pertanyaan tertutup (<i>closed-ended questions</i>) secara tepat 				
4.	a. Lokasi	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Di mana? Apakah menjalar?</i>” 				
5.	b. Kualitas	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Seperti apa rasanya?</i>” 				
6.	c. Kuantitas atau keparahan	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Bagaimana keparahannya?</i>” (Untuk nyeri, tanyakan dengan skala ukur 1 s.d. 10) 				
7.	d. Waktu: Onset, durasi & frekuensi	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Kapan mulainya? Berapa lama? Seberapa sering terjadinya?</i>” 				
8.	e. Situasi & kondisi saat terjadi	<ul style="list-style-type: none"> • Meliputi faktor-faktor lingkungan, kegiatan personal, reaksi emosional atau situasi-kondisi yang lain yang berpengaruh ke keadaan sakit (mungkin meliputi alergi atau perilaku) 				
9.	f. Faktor-faktor yang memperparah atau meringankan gejala-gejala (<i>remitting or exacerbating factors</i>).	<ul style="list-style-type: none"> • Bisa meliputi obat-obatan • “<i>Adakah sesuatu yang membuatnya lebih baik atau lebih buruk?</i>” 				
10.	g. Manifestasi gejala lain yang terkait	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Apakah Anda mengamati ada hal lain yang menyertai?</i>” 				
11.	Merangkum riwayat pasien yang telah diperoleh	<ul style="list-style-type: none"> • Meringkas temuan riwayat yang ada dan menyatakannya kembali kepada pasien • Memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengecek kebenarannya 				
12.	Aspek-aspek komunikasi non-verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Menjaga tatapan mata • Ekspresi wajah ramah, tersenyum • Postur tubuh terbuka, menghadap pasien dengan sudut 45 derajat • Artikulasi suara jelas & intonasi tepat • Penampilan bersih & rapi 				
13.	Aspek-aspek dari empati dan ketrampilan mendengar aktif	<ul style="list-style-type: none"> • Refleksi isi • Refleksi perasaan 				

Keterangan skor:

- 0 : tidak dilakukan
- 1 : dilakukan tapi tidak benar
- 2 : dilakukan dengan benar
- 3 : dilakukan dengan benar dan sempurna

BLOK III

MATERI I

ANAMNESIS II

A. PENGANTAR

Pasien datang kepada dokter untuk meminta bantuan dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami. Masalah tersebut dapat disebabkan karena penyakit (*Disease*), rasa tidak nyaman (*Discomfort*), ketidakmampuan (*Disability*), ketidakpuasan (*Disatisfaction*) dan kematian (*Death*). Dokter sebagai profesi yang bertugas menangani masalah kesehatan pasien memiliki tanggung jawab agar dapat mengatasi setiap masalah kesehatan tersebut. Salah satu langkah awal yang harus dilakukan adalah dengan berkomunikasi kepada pasien.

Komunikasi merupakan salah satu kompetensi yang harus dicapai oleh seorang dokter. Pembelajaran komunikasi pada profesi pendidikan dokter dilakukan secara bertahap disesuaikan dengan pengetahuan biomedis dan klinis. Salah satu bentuk komunikasi yang dipelajari yang berhubungan dengan klinis adalah anamnesis. Anamnesis ini merupakan komunikasi yang sangat penting karena merupakan langkah pertama prosedur klinis sebelum membuat diagnosis. Dalam anamnesis dokter mengumpulkan berbagai macam informasi yang berkaitan dengan pasien, keluhan yang disampaikan pasien merupakan langkah penting untuk mengerti dan memahami pasien yang sedang dihadapi. Kegiatan ini merupakan bagian yang dapat dipahami setiap pasien, dimana langkah ini digunakan untuk membantu dokter dalam menyelesaikan masalah kesehatannya.

B. TUJUAN

1. Mahasiswa mampu memahami definisi dan macam-macam anamnesis
2. Mahasiswa mampu memahami langkah-langkah anamnesis dan menggali masing-masing komponen anamnesis dengan baik dan benar
3. Mahasiswa mampu melakukan komunikasi anamnesis dengan baik dan sistimatis
4. Mahasiswa mampu menerapkan prinsip komunikasi efektif pada proses anamnesis
5. Mahasiswa mampu membina hubungan interpersonal dalam hubungan dokter pasien.

C. TINJAUAN PUSTAKA

Anamnesis merupakan bagian dari wawancara riwayat kesehatan. Di dalam anamnesis terjadi proses percakapan antara tenaga kesehatan dengan pasien maupun keluarga. Percakapan yang terjadi dalam anamnesis bukan merupakan percakapan sosial dimana ada kebebasan dalam mengungkapkan ekspresi dan kebutuhan, akan tetapi percakapan ini lebih memiliki tujuan yang spesifik. Tujuan utama dalam anamnesis adalah untuk meningkatkan status kesehatan pasien.

Anamnesis merupakan kegiatan awal dalam prosedur pemeriksaan klinis. Anamnesis merupakan hubungan komunikasi antara tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan maupun tenaga kesehatan yang lain) dengan pasien mengenai kondisi pasien. Dalam lingkup hubungan dokter, pasien anamnesis ini merupakan hubungan komunikasi antara dokter dan pasien. Dalam komunikasi anamnesis ini ada dua sisi yang berbeda dalam hal perbedaan kebutuhan dan karakteristik yaitu *physicians centered* dan *patient centered*. Dalam *physicians centered* terdapat agenda dokter, dalam arti dokter mengalokasikan waktu untuk membina hubungan dengan pasien, menggali informasi dari pasien mengenai kondisi pasien, mengenali gejala dan tanda penyakit pada pasien. Pada perspektif ini dokter lebih fokus kepada masalah kedokteran atau masalah biomedis, pada kegiatan ini tentu saja dokter berupaya untuk mengumpulkan data yang berkaitan dengan keluhan pasien untuk kepentingan penegakan diagnosis sehingga dapat merencanakan pengelolaan masalah kesehatan pasien secara tepat. Sedangkan pada sisi *patient centered*, anamnesis ini merupakan agenda pasien dimana alokasi waktu ini digunakan untuk bertemu dengan dokter dalam rangka mencari pertolongan kesehatan/kedokteran. Pada perspektif ini kegiatan anamnesis lebih fokus kepada pengungkapan gejala/keluhan yang berkaitan dengan kondisi kesehatannya kepada dokter.

Dalam proses anamnesis ini dokter memiliki banyak peran. Peran itu antara lain:

1. Mengumpulkan riwayat klinis pasien. Riwayat klinis pasien ini bisa meliputi gejala atau tanda yang dikeluhkan pasien, informasi lain mengenai waktu, onset, durasi, gejala tambahan, riwayat yang berhubungan dengan penyakitnya, riwayat kesehatan sebelumnya, upaya pengobatan yang telah dilakukan, dan sebagainya.
2. Melakukan interaksi pada pasien dengan nyaman
Hubungan yang baik dengan penuh kenyamanan merupakan salah satu syarat agar proses komunikasi bisa berjalan dengan baik dan lancar. Kenyamanan hubungan dokter pasien ini berlandaskan kepercayaan, penghargaan.
3. Mengumpulkan data subyektif dan data obyektif.

Data subyektif adalah data yang disampaikan oleh pasien, sedangkan data obyektif adalah data yang dapat dilihat oleh dokter selama proses anamnesis berlangsung. Data ini sangat penting untuk dasar pertimbangan kesesuaian antara informasi subyektif dan informasi obyektif.

4. Melakukan dengan ketrampilan bertanya yang baik

Dalam proses anamnesis ini ketrampilan untuk bertanya sangat dibutuhkan. Pertanyaan yang diajukan bisa berupa pertanyaan terbuka maupun tertutup. Topik-topik pertanyaan sangat membutuhkan penguasaan akan dasar-dasar penyakit, patofisiologi dan manajemen penyakit.

Menurut cara pengambilan anamnesis secara garis besar dibagi menjadi 2 macam.

Anamnesis tersebut adalah:

1. Auto-anamnesis: anamnesis yang dilakukan kepada pasien secara langsung
2. Hetero anamnesis/allo-anamnesis: anamnesis yang dilakukan kepada orang yang dianggap mengerti tentang keadaan pasien. Sebagai contoh jika pasien anak/bayi maka yang dapat dianamnesis adalah ibu/bapak dari pasien. Jika pasien tidak sadarkan diri (pingsan/kehilangan kesadaran) maka yang dapat dianamnesis adalah orang yang membawa pasien/orang yang merawat pasien/saksi/orang yang paham kronologi kondisi pasien. Berikut ini beberapa kondisi pasien yang harus dilakukan alloanamnesis:

1. Penderita tidak sadar/koma
2. Penderita mengidap bisu/tuli atau afasia
3. Penderita bayi/anak
4. Penderita gangguan jiwa

Dalam melaksanakan komunikasi anamnesis diperlukan pemahaman tentang point-point anamnesis. Point-point anamnesis tersebut antara lain:

1. Identitas pasien

Identitas pasien merupakan informasi awal yang harus digali oleh dokter. Informasi ini penting karena dapat memberikan informasi mengenai:

- Siapakah penderita
- Masalah kesehatan yang mungkin muncul
- Mencari Faktor risiko

Data identitas yang harus dicari:

a. Nama pasien

Nama harus ditulis secara lengkap dan jelas. Selain itu juga perlu ditanyakan nama panggilan karena nama panggilan ini penting, karena sering digunakan dalam proses komunikasi dokter pasien. Nama yang jelas dan lengkap dapat menghindari kekeliruan dengan pasien yang lain dan sebaiknya nama yang ditanyakan adalah nama sendiri bukan nama pemberian.

b. Umur

Umur penting untuk ditanyakan karena adanya beberapa penyakit dengan predisposisi timbul pada umur tertentu. Sebagai contoh: gondongan, campak (anak), osteoporosis (wanita orang tua), degeneratif (orang tua).

c. Jenis kelamin

Beberapa penyakit tertentu mampu menyerang pada jenis kelamin tertentu. Sebagai contoh: osteoarthritis (wanita), gout/rematik asam urat (laki-laki), BPH/pembesaran prostat (laki-laki), Ca cervix/kanker leher rahim (wanita).

d. Alamat

Alamat pasien harus ditulis lengkap dan jelas. Alamat pasien mungkin berhubungan dengan area epidemiologi/penyebaran penyakit. Sebagai contoh: goiter (pembesaran kelenjar gondok) sering terjadi pada daerah pegunungan, malaria (daerah endemis tertentu misal Kulon progo Yogyakarta).

e. Agama dan Suku/RAs

Informasi ini penting karena berkaitan dengan penghormatan kepada kebiasaan yang berkaitan dengan kegiatan keagamaan, budaya tertentu. Misal muslim memiliki tuntunan ibadah puasa sunah, haram memakan daging babi, dan sebagainya.

f. Pekerjaan

Jenis pekerjaan penting untuk diketahui karena beberapa pekerjaan bisa menjadi faktor risiko timbulnya penyakit karena akibat pekerjaan (occupational disease), atau sebagai pencetus penyakit. Sebagai contoh: Tuli (tempat kerja bising > 90db), Pneumoconiosis/penyakit paru (pabrik tekstil, batu bara, asbes), Alergi/asma (tempat berdebu)

g. Status perkawinan

Informasi ini penting berkaitan dengan risiko masalah kesehatan. Kategori status perkawinan antara lain belum cukup umur, menikah, Janda/duda.

2. Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan pasien/keluarga sangat mengganggu sehingga mendorong pasien/keluarga mencari pertolongan/nasehat medik Contoh keluhan utama misalnya: demam, nyeri kepala, muntah, Luka, diare, batuk, nyeri perut,

3. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang berfungsi untuk mengetahui riwayat perjalanan penyakit saat ini. Riwayat penyakit sekarang ini penting karena mampu menggambarkan kronologis penyakit secara jelas dan lengkap Onset dari riwayat penyakit sekarang dimulai dari akhir masa sehat,dan awal masa sakit.

Beberapa hal yang harus digali pada riwayat penyakit sekarang antara lain:

- a. Lokasi: menunjukkan tempat keluhan pasien (misal dikepala, perut, dll)
- b. Waktu: menunjukkan perjalanan penyakit
 - i. Onset (kapan mulainya)
 - ii. Durasi (berapa lama)
 - iii. frekuensi (Seberapa sering)
- c. Kualitas: menunjukkan karakter dari gejala
Misalnya: pada keluhan nyeri maka nyeri bisa seperti terbakar, tajam, seperti ditusuk, menjalar, menekan. Pada keluhan batuk bisa batuk berdahak/kering.
- d. Keparahan: intensitas, kuantitas, atau meluasnya masalah
Misal: Jika nyeri dari skala Visual Analog Scale (0-10), jumlah lesi suatu kelainan kulit, dsb, jika keluhan batuk ngikil sampai muntah
- e. Situasi dan kondisi saat terjadi
Meliputi faktor-faktor lingkungan, kegiatan personal, reaksi emosional atau situasi-kondisi yang lain yang berpengaruh ke keadaan sakit (mungkin meliputi alergi atau perilaku). Misal asma kambuh ketika sedang stress menghadapi ujian, gatal kambuh saat terkena udara dingin.
- f. Faktor-faktor yang memperberat atau meringankan gejala-gejala (*remitting or exacerbating factors*).
Misalnya: pada keluhan nyeri dengan istirahat nyeri berkurang atau tidak? Pada keluhan nyeri perut apabila diberi makanan tambah sakit atautkah berkurang
- g. Manifestasi gejala lain yang terkait

Gejala pada pasien yang diduga pasien tidak berhubungan dengan masalah kesehatan yang sekarang. Misal : anak mengalami diare setelah terkena campak, pada kasus batuk pilek pasien mengeluh disertai nyeri sendi.

II. Riwayat pengobatan

Riwayat pengobatan perlu digali apakah pasien sudah mendapatkan pengobatan sebelumnya atau belum. Adapun komponen yang digali antara lain bisa berupa pertanyaan: pengobatan/terapi yang sudah didapatkan sebelumnya, bagaimana hasilnya apakah ada perbaikan? Dalam penggalan riwayat pengobatan ini harus memperhatikan etika.

4. Riwayat penyakit dahulu

Pada riwayat penyakit dahulu ditanyakan antara lain riwayat penyakit baik fisik maupun psikiatrik yang pernah diderita sebelumnya. Misalnya riwayat trauma/kecelakaan, sebagai contoh: pasien mengeluh sering pusing dan tidak bisa konsentrasi (ternyata ada riwayat Cedera Kepala Berat sebelumnya akibat kecelakaan sepeda motor). Ada tidaknya penyakit serius lain yang sudah pernah diderita misal demam berdarah, malaria, stroke, dsb. Juga dapat ditanyakan riwayat pembedahan sebelumnya, dan riwayat operasi.

5. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit keluarga harus digali kaitannya penyakit dengan kecenderungan hereditas/diturunkan dalam keluarga, atau pada penyakit menular sering ditemukan dalam satu keluarga. Misal penyakit Diabetes/kencing manis, Hipertensi/Darah tinggi, Asma dan Alergi. Penyakit menular yang mungkin dalam satu keluarga misalnya Tuberkulosis/TBC, Lepra, dsb.

6. Riwayat pribadi (personal sosial) dan lingkungan

Riwayat pribadi pada pasien ini bisa meliputi riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, situasi di dalam rumah/keluarga/perkawinan, kebiasaan pasien/gaya hidup/kebiasaan pasien serta kondisi lingkungan. Beberapa riwayat pribadi bisa menjadi etiologi dan faktor risiko terjadinya penyakit pada pasien. Apakah pasien melakukan gaya hidup sehat (olahraga, makan-makan bergizi) atau memiliki gaya hidup tidak sehat (merokok, minum-minuman beralkohol, penyalahgunaan obat, dsb). Sebagai contoh pasien memiliki kebiasaan merokok maka meningkatkan risiko terjadinya penyakit paru-paru. Pada riwayat sosial bagaimanakah interaksi dengan orang lain (teman, tetangga) apakah ada konflik atau baik-baik saja? Sebagai contoh situasi di tempat pekerjaan sering timbul konflik meningkatkan risiko stress/gangguan jiwa pasien. Pada riwayat lingkungan, lingkungan

tempat tinggal pasien termasuk lingkungan yang bersih atau tidak? Kondisi lingkungan pasien yang kumuh dan kurang higienis meningkatkan risiko penyakit diare pada pasien.

7. Anamnesis sistem

Dalam anamnesis sistem dokter mencoba menggali keluhan lain yang ada pada system tubuh/organ tubuh lain yang belum diungkapkan pasien yang mungkin berhubungan dengan kondisi pasien saat ini atau bisa berdiri sendiri. Misal pada pasien batuk pilek menanyakan apakah ada pusing (system neuron), mual, muntah (system gastrointestinal), dsb. Dalam tahap ini perlu ditanyakan sistem yang lain yang mungkin belum ditanyakan pada anamnesis tahap awal. Pendekatan per-sistem akan sangat membantu dokter untuk mencari tahu apakah ada keluhan yang lain yang mengenai sistem organ lain. Misalnya pasien dengan batuk pilek tetapi ternyata ada gatal di daerah punggung yang sudah berlangsung lama (tinea korporis). Keuntungan dari review anamnesis sistem adalah kita bisa secara detail mengetahui keluhan pasien secara lebih lengkap yang belum terungkapkan, dan mampu menegakan diagnosis masalah kesehatan lain yang masih aktif yang memerlukan penanganan tindak lanjut.

Anamnesis yang dilakukan diatas merupakan anamnesis yang lebih memfokuskan pendekatan *disease*/penegakan diagnosis penyakit. Agar anamnesis holistik tercapai maka dibutuhkan penggalian terhadap *illness* pasien. Dimensi *illness* pasien meliputi perasaan pasien, ide pasien, harapan pasien, dan efek terhadap fungsi pasien akibat adanya masalah kesehatan yang dihadapinya. Contoh penggalian *illness*:

- Bagaimanakah perasaan pasien ketika mengetahui sekarang terdiagnosis penyakitnya?
- Menurut pemahaman pasien kondisi penyakitnya sekarang ini kenapa bisa terjadi karena apa? Pemikiran apa yang ada pada pasien?
- Apakah harapan pasien terhadap kondisi penyakitnya?
- Apakah kondisi penyakit pasien mengganggu pekerjaan pasien?

PANDUAN KEGIATAN KETRAMPILAN KOMUNIKASI
Anamnesis II
(History Taking Skills)

Role Play:

Lakukan *role-play* dalam melakukan beberapa bagian dari Ketrampilan Anamnesis dengan teman anda. Buatlah pasangan 2 orang dan secara bergantian berperan sebagai:

- **Dokter** yang akan melakukan anamnesis kepada pasien yang datang dengan satu/lebih gejala fisik
 - **Pasien** yang datang dengan satu/lebih gejala fisik
 - Mahasiswa yang berperan sebagai pasien juga bertindak sebagai **observer** yang mengevaluasi dokter dengan menggunakan Daftar Tilik Anamnesis di bawah ini
- Selamat bekerja!

Panduan untuk Pasien:

- Pilihlah satu/lebih gejala fisik di bawah ini yang akan dibawa untuk diperiksa ke dokter
Symptoms:
Panas, sakit kepala, batuk, pilek, nyeri tenggorok, sesak napas, mual& muntah, sakit/ kram perut, BAB cair, konstipasi, nyeri punggung, keselo, nyeri otot, kulit gatal, dll
- Evaluasilah teman yang berperan sebagai dokter dalam melakukan anamnesis berdasarkan daftar tilik.

Panduan untuk Dokter:

- Lakukan bagian-bagian dari anamnesis kepada pasien.
- Tulislah data yang diperoleh ke rekam medis di bawah ini. Rekam medis tersebut hanya dipergunakan sebagai panduan dalam melakukan bagian-bagian anamnesis. Jangan terfokus hanya pada menulis (komunikasi tertulis). Fokus utama Anda adalah pada **komunikasi verbal dan non-verbal**.

REKAM MEDIS

No.:

IDENTITAS PASIEN:

- Nama :
- Usia :
- Alamat :
- Pekerjaan :
- Status perkawinan:
- Agama :

KELUHAN UTAMA:

.....

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG:

.....
.....

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU:

.....
.....

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA:

.....
.....

RIWAYAT PERSONAL SOSIAL LINGKUNGAN:

.....
.....

ANAMNESIS SISTEM (REVIEW SISTEM) :

.....
.....
.....

Daftar Tilik Anamnesis II

No	Aspek yang Dinilai	Parameter	Nilai			
			0	1	2	3
1.	Membina sambung rasa dengan menyapa pasien menggunakan salam dan mengenalkan diri, serta membuat pasien merasa nyaman	<ul style="list-style-type: none"> • “Assalamu’alaikum, pak Ali, saya Budi, mahasiswa kedokteran/ dokter muda.. Saya bagian dari tim medis yang akan menangani Anda.” • Sampaikan secara alamiah dan tidak terkesan kaku 				
2.	Menanyakan identitas pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Nama • Usia • Alamat • Pekerjaan • Status perkawinan • Agama 				
3.	Menanyakan keluhan utama (KU)	<ul style="list-style-type: none"> • Gunakan pertanyaan terbuka (<i>open-ended questions</i>) “<i>Apa yang bisa saya bantu Pak/Bu...?</i>” “<i>Apa yang membawa Anda ke sini?</i>” “<i>Apa masalah utama Anda yang membuat Anda datang?</i>” 				
	Menanyakan riwayat penyakit sekarang (RPS):	<ul style="list-style-type: none"> • Beralih dari pertanyaan terbuka (<i>open-ended questions</i>) ke pertanyaan tertutup (<i>closed-ended questions</i>) secara tepat 				
4.	a. Lokasi	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Di mana? Apakah menjalar?</i>” 				
5.	b. Kualitas	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Seperti apa rasanya?</i>” 				
6.	c. Kuantitas atau keparahan	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Bagaimana keparahannya?</i>” (Untuk nyeri, tanyakan dengan skala ukur 1 s.d. 10) 				
7.	d. Waktu: Onset, durasi & frekuensi	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Kapan mulainya? Berapa lama? Seberapa sering terjadinya?</i>” 				
8.	e. Situasi & kondisi saat terjadi	<ul style="list-style-type: none"> • Meliputi faktor-faktor lingkungan, kegiatan personal, reaksi emosional atau situasi-kondisi yang lain yang berpengaruh ke keadaan sakit (mungkin meliputi alergi atau perilaku) 				
9.	f. Faktor-faktor yang memperparah atau meringankan gejala-gejala (<i>remitting or exacerbating factors</i>).	<ul style="list-style-type: none"> • Bisa meliputi obat-obatan • “<i>Adakah sesuatu yang membuatnya lebih baik atau lebih buruk?</i>” 				
110.	g. Manifestasi gejala lain yang terkait	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Apakah Anda mengamati ada hal lain yang menyertai?</i>” 				
11.	Menanyakan riwayat penyakit dahulu (RPD)	<ul style="list-style-type: none"> • Penyakit masa kanak-kanak • Penyakit masa dewasa (medis, bedah, obs-gyn, psikiatri) • Pemeliharaan kesehatan (imunisasi, tes skrining) 				
12.	Menanyakan riwayat penyakit keluarga (RPK)	<ul style="list-style-type: none"> • Penyakit dalam keluarga • Kematian, penyebab dan usia saat meninggal dari anggota keluarga 				
	Menanyakan riwayat personal sosial					
13.	a. Pendidikan	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Bagaimana riwayat pendidikan/belajar?; “Ada masalah...?”</i>” 				
14.	b. Situasi pekerjaan	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Bagaimana pekerjaan Bapak/Ibu?; “Ada masalah...?”</i>” 				

15	c. Situasi rumah/keluarga/perkawinan:	• “Bagaimana keadaan rumah/ keluarga/perkawinan?” ”Ada masalah...?”				
16	d. Kebiasaan/perilaku gaya hidup	• Diet/ makanan: jenis, jumlah, frekuensi • Aktivitas fisik/ olah raga: jenis, jumlah, frekuensi • Merokok, minum minuman beralkohol, pemakaian obat terlarang: jenis, jumlah, frekuensi				
17	e. Kondisi lingkungan	• Kondisi sanitasi lingkungan • Perilaku hidup bersih dan sehat				
18	Anamnesis sistem (review sistem)	• Kulit • Kepala • Mata • Telinga • Hidung & sinus • Tenggorokan (mulut & faring) • Leher • Payudara • Paru-paru • Jantung • Pencernaan • Saluran kencing • Alat kelamin: laki –laki/ perempuan • Pembuluh darah perifer • Otot & tulang • Kejiwaan • Saraf • Darah • Endokrin (alternatif menggunakan pendekatan sistim misal sistim respirasi, sistim sensori, dsb)				
19	Merangkum riwayat pasien yang telah diperoleh	• Meringkas temuan riwayat yang ada dan menyatakannya kembali kepada pasien • Memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengecek kebenarannya				
20	Aspek-aspek komunikasi non-verbal	• Menjaga tatapan mata • Ekspresi wajah ramah, tersenyum • Postur tubuh terbuka, menghadap pasien dengan sudut 45 derajat • Artikulasi suara jelas & intonasi tepat • Penampilan bersih & rapi				
21	Aspek-aspek dari empati dan ketrampilan mendengar aktif	• Refleksi isi • Refleksi perasaan				

Keterangan skor:

- 0 : tidak dilakukan
- 1 : dilakukan tapi tidak benar
- 2 : dilakukan dengan benar
- 3 : dilakukan dengan benar dan sempurna

MATERI III

MODUL KETRAMPILAN KOMUNIKASI:

GENOGRAM KELUARGA I

A. PENDAHULUAN

Genogram, yang disebut juga sebagai “pohon keluarga” atau “anatomi keluarga” atau “diagram keluarga”, merupakan alat penting bagi praktik dokter. Genogram merupakan pohon keluarga yang bersifat biopsikososial. Genogram merekam berbagai data keluarga, antara lain: siklus kehidupan keluarga, riwayat penyakit keluarga dan hubungan antar anggota keluarga. Dalam praktik dokter yang ramai, genogram merupakan alat penting bagi dokter/ klinisi dalam mengingat kembali informasi tentang keluarga pasien. Melihat suatu genogram secara sekilas sesaat sebelum kunjungan pasien, akan mengingatkan tentang nama-nama anggota keluarga, hubungan dalam keluarga dan struktur keluarga pasien secara umum.^{1,2}

Suatu genogram dasar bisa digambarkan dan diselesaikan pada saat dilakukan anamnesis tentang riwayat keluarga pertama kalinya. Selanjutnya bisa ditambahkan secara bertahap pada saat kunjungan-kunjungan berikutnya, ketika informasi tentang keluarga semakin diketahui. Kepada pasien lama, seorang dokter bisa menjelaskan sebagai berikut: “Saya memeriksa bagan keluarga Anda, dan ingin menambahkan beberapa hal detail tentang latar belakang Anda”. Secara umum, pasien menghargai minat klinisi tersebut dan biasanya berharap bisa memberikan informasi yang diperlukan.²

Informasi genogram harus meliputi nama, usia, pekerjaan, status pernikahan, pernikahan sebelumnya, anak-anak, rumah tangga, penyakit-penyakit penting, serta tanggal-tanggal penting terkait kejadian dramatis, seperti kematian dan kecelakaan. Informasi genogram juga bisa mencakup kedekatan atau jarak emosional, konflik antar anggota keluarga, hubungan penting dengan petugas profesional lainnya, serta informasi relevan lainnya. Konstruksi genogram bisa mengungkapkan pola keluarga yang diwariskan antar generasi terkait masalah medis yang lazim terjadi, pola emosional disfungsional dan pola kehilangan dalam keluarga.²

Penggunaan genogram membantu klinisi untuk mengintegrasikan data secara cepat terkait aspek fisik dan mental dari kesehatan dan penyakit dalam keluarga. Dengan demikian, klinisi bisa melakukan penilaian terkait risiko kesehatan seorang individu. Pemahaman tentang penyakit dan

keadaan sakit yang terjadi dalam keluarga bisa membantu individu untuk melakukan langkah awal dalam upaya pencegahan yang efektif. Selain itu, oleh karena genogram menggambarkan berbagai pola dalam keluarga, klinisi bisa meminta keterangan atau mengintervensi lebih lanjut jika waktu, minat dan ketrampilan mengizinkan.^{1,2}

B. PEMBUATAN GENOGRAM

Genogram keluarga bisa mencakup beberapa generasi, namun empat generasi terbukti memberikan informasi yang cukup terinci. Pembuatan genogram terdiri atas dua langkah, yaitu penggambaran kerangka atau struktur genogram, dan pengembangan genogram, seperti terlihat pada **Box 1**. Selain itu, pembuatan genogram dilakukan dengan menggunakan simbol-simbol standar. Beberapa simbol standar yang biasa dipakai secara internasional disajikan dalam **Table 1.**¹

Box 1 – Pembuatan Genogram

Langkah 1 – Menggambar Kerangka Genogram

- Genogram dibuat mencakup minimal 3-4 generasi.
- Di atas genogram, dituliskan nama keluarga dan tanggal pembuatan genogram.
- Gambarkan setiap anggota keluarga dengan bentuk simbol kotak untuk laki-laki dan lingkaran untuk perempuan, serta dihubungkan dengan garis vertikal atau horizontal untuk menunjukkan hubungan keluarga.
- Usahakan untuk menggambarkan anggota keluarga dari satu generasi pada tingkat horizontal yang sama untuk setiap kelompok keluarga
- Di bawah masing-masing simbol kotak atau lingkaran dituliskan nama atau inisial anggota keluarga beserta tahun lahir atau usia atau perkiraan usia (misal: +5, -8)
- Anggota keluarga yang menjadi fokus pelayanan kesehatan dari klinisi disebut "*index patient*" dan diberi tanda dengan anak panah tebal di samping bawah.
- Tempatkan "*index patient*", pasangan dan leluhurnya sedikit di bawah saudara-saudaranya
- Tempatkan keluarga inti biologis kurang lebih di tengah-tengah diagram, dengan pernikahan sebelumnya di sebelah kanan dan kirinya.

- Letakkan saudara-saudara dalam urutan kronologis, kecuali yang berasal dari beberapa pernikahan yang berbeda
- Tuliskan tanggal atau tahun pernikahan, perpisahan dan perceraian pada garis pernikahan
- Tandai perpisahan pasangan dengan satu garis miring dan perceraian dengan dua garis miring pada garis pernikahan
- Tuliskan kematian di keluarga dengan tanda silang, disertai usia atau tanggal atau tahun kematian dan sebab kematian di samping simbol
- Anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah ditandai dengan menggambar garis-garis terputus berbentuk lingkaran (tidak harus lingkaran sempurna)

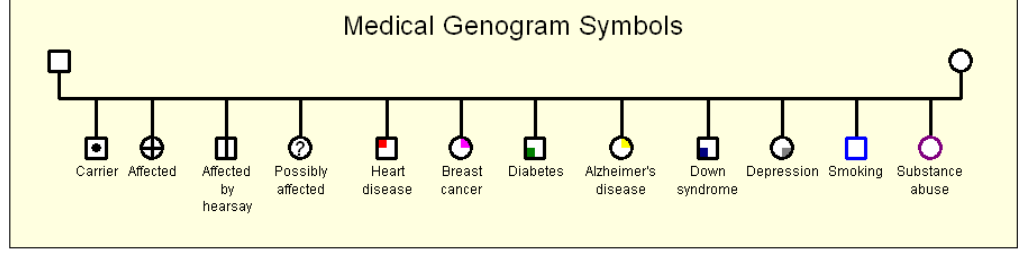
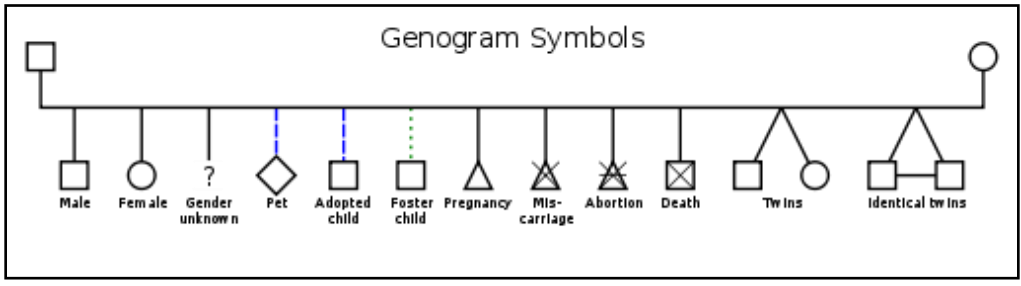
Langkah 2 – Mengembangkan Genogram

- Sebutkan masalah kesehatan fisik dan mental yang serius dari setiap anggota keluarga, yang makin lama makin diketahui (bisa secara bertahap).
- Penggalan khusus sangat diperlukan untuk keadaan-keadaan seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, stroke, kanker, gangguan syaraf, depresi, alkoholisme dan bunuh diri
- Informasi tentang masalah kesehatan fisik dan mental tersebut ditandai dengan simbol tulisan/ singkatan atau gambar sesuai dengan simbol standar internasional atau dibuat sendiri, namun semuanya harus diberikan keterangan di bawah genogram (dalam kotak berjudul “keterangan” atau “*legend*”).

Table 1 - Standardized Symbols used in Family Genograms

□ male	⋯ conflict
○ female	≡≡≡ close relationship
◇ sex not specified	◉ members of households
⊗ deceased	
Ⓐ adopted female	
b date of birth	
m date of marriage	
d date of divorce	
D date of death	
● abortion or miscarriage	

m 11/9/84 m 9/11/79 d 1/3/82 m 3/18/76 d 5/10/79 married husband with two previous marriages
 marriage couple with 3 children marriage with twin boys
 b 10/21/78 b 4/13/80 b 8/1/82 b 9/17/76
 oldest youngest



REFERENSI

1. Gan GL, Azwar A, Wonodirekso S, editors. A Primer on Family Medicine Practice. Jakarta: Singapore International Foundation; 2004.
2. McDaniel SH, L. CT, Hepworth J, Lorenz A. Family-Oriented Primary Care. The United States of America: Springer 2005.

PANDUAN KEGIATAN KETRAMPILAN KOMUNIKASI: PEMBUATAN GENOGRAM KELUARGA I

A. TUJUAN BELAJAR

1. Mahasiswa mampu melakukan wawancara dan/ anamnesis terhadap seorang individu tentang keluarganya berdasarkan prinsip-prinsip ketrampilan komunikasi interpersonal.
2. Mahasiswa mampu membuat genogram keluarga dengan benar

B. TUGAS PEMBUATAN GENOGRAM KELUARGA

1. Setiap mahasiswa ditugaskan untuk membuat genogram dari keluarganya sendiri berdasarkan kaidah-kaidah pembuatan genogram keluarga yang benar.
2. Setiap mahasiswa ditugaskan untuk melakukan wawancara dan/ anamnesis terhadap seorang teman dalam kelompoknya tentang keluarganya (2 mahasiswa bekerja berpasangan) berdasarkan prinsip-prinsip ketrampilan komunikasi interpersonal dan kemudian membuat genogram keluarga dari teman yang telah diwawancara tersebut sesuai dengan Daftar Tilik Pembuatan Genogram Keluarga I (Bagian C)
3. Kedua mahasiswa membandingkan dan mendiskusikan tentang genogram keluarga yang telah dibuat masing-masing: apakah sudah tepat dan apa yang masih harus diperbaiki.

C. DAFTAR TILIK PEMBUATAN GENOGRAM KELUARGA

Checklist Pembuatan Genogram Keluarga I

No.	Ketrampilan Komunikasi Interpersonal	Score			
		0	1	2	3
I.	Wawancara terhadap seorang individu terkait masalah kesehatan dalam keluarga berdasarkan prinsip-prinsip komunikasi interpersonal				
II.	Pembuatan genogram keluarga dari seorang individu berdasarkan kaidah-kaidah pembuatan genogram keluarga				

Keterangan skor:

- 0 : tidak dilakukan
- 1 : dilakukan tapi tidak benar
- 2 : dilakukan dengan benar
- 3 : dilakukan dengan benar dan sempurna

BLOK IV

MATERI I

DASAR-DASAR PEMERIKSAAN FISIK (INSPEKSI, PALPASI, PERKUSI, AUSKULTASI)

Tujuan belajar:

1. Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan inspeksi dengan benar
2. Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan palpasi dengan benar
3. Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan perkusi dengan benar
4. Mahasiswa dapat melakukan pemeriksaan auskultasi dengan benar

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu sistem atau suatu organ bagian tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), dan mendengarkan (auskultasi). Pengkajian fisik dilakukan untuk menegakkan diagnosis yang berupa kepastian tentang penyakit apa yang diderita pasien yang disebut fisik diagnostik. Untuk mendapatkan data yang akurat sebelum pemeriksaan fisik dilakukan anamnesa mengenai riwayat penyakit sekarang, penyakit dahulu, penyakit keluarga dan psikososial. Hal ini memungkinkan pengkajian yang fokus dan tidak menimbulkan bias dalam mengambil kesimpulan terhadap masalah yang ditemukan. Pemeriksaan fisik dasar digunakan untuk mendapatkan data objektif dari riwayat penyakit pasien.

Hal-hal yang dilakukan pada saat melakukan pemeriksaan fisik pada pasien diantaranya sebagai berikut:

1. Informed consent

- a. Tujuan pemeriksaan
- b. Cara pemeriksaan
- c. Risiko pemeriksaan
- d. Meminta persetujuan

2. Persiapan

Pasien dipersilakan untuk duduk atau berbaring dengan nyaman. Area tubuh yang akan diperiksa dibebaskan dari pakaian sehingga tidak mengganggu pemeriksaan.

Agar interaksi dengan pasien berlangsung efisien dan lancar, penting bagi pemeriksa untuk melakukan persiapan sebelumnya. Hal-hal penting pada persiapan ini meliputi hal-hal berikut:

a. Menjamin Keamanan Pasien dan Pemeriksa

Selama pemeriksaan fisik, lakukan langkah-langkah untuk menjamin keamanan pasien dan pemeriksa sendiri terhadap transmisi penyakit yang dapat menyebar melalui sekret/darah dan untuk mencegah kontaminasi-silang.

Tindakan Pencegahan Baku untuk pencegahan Infeksi

- Cuci tangan dengan seksama sebelum memulai pemeriksaan dan setelah pemeriksaan selesai.
- Jika terdapat luka teriris, abrasi atau lesi lainnya, pakailah sarung tangan
- Pakailah sarung tangan secara rutin jika terdapat kemungkinan kontak dengan cairan tubuh selama: pemeriksaan oral, pemeriksaan lesi kulit, dan mengumpulkan sampel
- Ketika kontak dengan permukaan atau peralatan yang terkontaminasi, gantilah sarung tangan ketika berganti kerja atau prosedur.

- Jika memakai sarung tangan, cucilah tangan segera setelah sarung tangan dilepas dari pasien ke pasien yang lain.
- Pakai masker dan perlindungan mata/wajah dan baju lab untuk melindungi kulit, membran mukosa dan pakaian.
- Ikuti prosedur klinik atau institusi untuk perawatan rutin.
- Beri label yang jelas semua wadah peralatan agar dapat berhati-hati dan waspada terhadap cairan tubuh

b. Menyiapkan alat

Semua alat yang akan digunakan dipersiapkan dan dicek apakah bisa berfungsi dengan baik. Alat-alat yang diperlukan untuk pemeriksaan fisik komprehensif yang dilakukan oleh seorang dokter umum meliputi

- Pena cahaya atau senter digunakan untuk cek kulit dan respon pupil terhadap cahaya dan untuk sumber cahaya menerangi dada dan abdomen dari sisi samping.
- Penggaris atau meteran, lebih disukai jika menggunakan satuan centimeter.
- Sarung tangan dan masker atau kaca mata pelindung/goggles untuk situasi tertentu.
- Depresor lidah untuk menggerakkan atau menahan lidah pada saat memeriksa orofaring.
- Stetoskop (dengan bel dan diafragma) untuk auskultasi paru-paru, jantung dan saluran cerna.
- Thermometer untuk mengetahui temperatur
- Sfigmomanometer untuk mengetahui tekanan darah
- Jam dengan jarum penunjuk detik atau jam digital untuk menghitung kecepatan detak jantung (nadi) dan pernafasan.
- Skala untuk mengukur tinggi dan berat badan

c. Menyiapkan Tempat dan Kondisi Ruangan

Ruang pemeriksaan yang terpisah atau daerah dengan tirai pembatas harus disediakan untuk menjamin kerahasiaan pasien. Ruangan tersebut harus cukup hangat. Pencahayaan yang baik dan lingkungan yang tenang merupakan hal yang penting, walaupun kadang-kadang hal ini sulit diperoleh. Usaha untuk memperoleh efek pencahayaan yang optimal dari sinar matahari atau sumber cahaya artificial juga penting. Jika lampu berfluoresensi di atas kepala merupakan sumber cahaya yang tersedia, maka pencahayaan samping juga harus digunakan. Sinar fluoresens menghilangkan semua bayangan permukaan, hal yang memang baik jika anda bekerja di meja tulis, tapi akan menghalangi kemampuan anda memvisualisasi karakteristik permukaan tubuh. Dengan menggunakan sumber cahaya akan dapat diperoleh pandangan anatomi tubuh yang lebih baik misalnya untuk melihat adanya benjolan, pulsasi atau lesi kulit. Pena cahaya, lampu atau senter merupakan alat-alat yang paling sering digunakan.

3. Pemeriksaan

a. Inspeksi

Langkah pertama pada pemeriksaan pasien adalah inspeksi, yaitu melihat dan mengevaluasi pasien secara visual dan merupakan metode tertua yang digunakan untuk mengkaji/menilai pasien.

Secara formal, pemeriksa menggunakan indera penglihatan berkonsentrasi untuk melihat pasien secara seksama, konsisten dan tanpa terburu-buru, sejak detik pertama bertemu, dengan cara memperoleh riwayat pasien dan, terutama, sepanjang pemeriksaan fisik dilakukan. Inspeksi juga menggunakan indera pendengaran dan penciuman untuk mengetahui lebih lanjut, lebih jelas dan memvalidasi apa yang dilihat oleh mata dan dikaitkan dengan suara atau bau yang berasal dari pasien.

Pemeriksa kemudian akan mengumpulkan dan menggolongkan informasi yang diterima oleh semua indera tersebut, baik disadari maupun tidak disadari, dan membentuk opini, subyektif dan obyektif, mengenai pasien, yang akan membantu dalam membuat keputusan diagnosis dan terapi.

Dengan inspeksi maka kita mendapatkan hasil pemeriksaan dalam hal antara lain:

- Kesan umum pasien : apakah tampak kesakitan atau tidak, bagaimana cara jalannya, dll.
- Wama : wama dari permukaan tubuh yang dapat dilihat seperti wama kulit, wama sklera, dll.
- Bentuk : bentuk badan atau bagian badan tertentu.
- Ukuran : perbandingan antar bagian tubuh, atau ukuran tubuh seluruhnya.
- Gerakan : adanya gerakan normal atau abnormal dari dinding dada pada waktu bemeafas.

Dalam melakukan pemeriksaan jasmani harus selalu diusahakan posisi dokter/pemeriksa berada di sebelah kanan pasien/yang diperiksa (kecuali bagi dokter yang kidal)

Buatlah penerangan yang baik. Penerangan alam akan lebih baik dari pada lampu. Usahakan temperatur ruangan nyaman.

Pada saat melakukan inspeksi, perhatikanlah dan catatlah :

- Bentuk tubuh pasien
- Perbandingan ukuran kepala dan panjang anggota badan
- Cara berjalan dan gerakan.
- Adanya deformitas.
- Keadaan kulit, rambut, mukosa dan kuku secara umum.
- Ekspresi wajah, apakah cemas, tertekan, malu, kesakitan, dll.
- Ciri-ciri lain yang didapatkan.

Kadang-kadang kita memerlukan alat bantu dalam melakukan inspeksi ini. Misalnya dengan lup (kaca pembesar), otoskop untuk pemeriksaan telinga, rinoskop untuk pemeriksaan hidung, laringoskop untuk pemeriksaan laring dan faring, dan oftalmoskop untuk pemeriksaan mata.

b. Palpasi

Palpasi, merupakan pemeriksaan dengan perabaan, sentuhan atau merasakan dengan menggunakan rasa proprioseptif ujung jari atau tangan. Cara pemeriksaan ini merupakan langkah kedua pada pemeriksaan pasien dan digunakan untuk menambah data yang telah diperoleh melalui inspeksi sebelumnya.

Palpasi struktur individu, baik pada permukaan maupun dalam rongga tubuh, akan memberikan informasi mengenai posisi, ukuran, bentuk, konsistensi dan mobilitas/gerakan komponen-komponen anatomi yang normal, dan apakah terdapat abnormalitas misalnya pembesaran organ atau adanya massa yang dapat teraba. Palpasi juga efektif untuk menilai mengenai keadaan cairan pada ruang tubuh.

Pada awal selalu digunakan palpasi ringan, dan kekuatan palpasi dapat ditingkatkan terus. Palpasi ringan bersifat superfisial, lembut dan berguna untuk menilai lesi pada permukaan atau dalam otot.

Palpasi medium untuk menilai lesi pada peritoneum dan untuk massa, nyeri tekan, pulsasi (meraba denyut), dan nyeri pada kebanyakan struktur tubuh. Dilakukan dengan menekan permukaan telapak jari 1-2 cm ke dalam tubuh pasien, menggunakan gerakan sirkuler/memutar.

Palpasi dalam digunakan untuk menilai organ dalam rongga tubuh, dan dapat dilakukan dengan satu atau dua tangan. Jika dilakukan dengan dua tangan, tangan yang di atas menekan tangan yang di bawah 2-4 cm ke bawah dengan gerakan sirkuler. Bagian yang nyeri atau tidak nyaman selalu dipalpasi terakhir. Kadang, diperlukan untuk membuat rasa tidak nyaman atau nyeri untuk dapat benar-benar menilai suatu gejala.

Dengan palpasi dapat terbentuk gambaran dari berbagai aspek:

- Permukaan : misalnya halus atau kasar, menonjol atau datar, keras atau lunak, dll.
- Getaran-getaran atau denyutan : denyut nadi, pukulan jantung pada dinding dada, dll.
- Keadaan alat di bawah permukaan : misalnya batas-batas hepar (hati), adanya massa abnormal di tempat yang tidak seharusnya, dll.

Cara melakukan Palpasi :

- Daerah yang akan diperiksa harus bebas dari gangguan-gangguan yang menutupi
- Yakinkan bahwa tangan anda tidak dingin
- Cara meraba dapat memakai :
 - Jari telunjuk dan ibu jari : untuk menentukan besarnya benda
 - Jari ke 2, 3, ke 4 bersama dapat digunakan untuk menentukan konsistensi atau garis besar kualitas benda
 - Seluruh telapak tangan dapat merasakan adanya getaran. Sedikit tekanan dengan ujung atau telapak jari dapat menemukan adanya rasa sakit yang dapat dilihat dari perubahan mimik muka atau mendengarkan keluhan yang tertekan.

c. Perkusi

Perkusi adalah pemeriksaan dengan cara mengetuk permukaan badan dengan perantaraan jari tangan. Tujuannya adalah untuk mengetahui keadaan organ-organ di dalam tubuh, menentukan posisi, ukuran dan densitas struktur atau cairan atau udara di bawahnya. Mengetuk permukaan akan menghasilkan gelombang suara yang berjalan sepanjang 5-7 cm (2-3 inci) di bawahnya. Tergantung dari isi jaringan yang ada di bawahnya, maka akan timbul berbagai nada yang dibedakan menjadi lima kualitas dasar, yaitu : pekak, redup, sonor, hipersonor dan timpani.

Bunyi perkusi dan karakteristiknya (Bickley and Szilagy, 2007)

No	Jenis	Intensitas relatif	Durasi relatif	Contoh lokasi
1.	Pekak (<i>flatness</i>)	Pelan	Singkat	Massa padat, misalnya paha
2.	Redup (<i>dullness</i>)	Sedang	Sedang	Hepar
3.	Sonor (<i>resonance</i>)	Keras	Lama	Paru yang normal
4.	Hipersonor (<i>hyperresonance</i>)	Sangat keras	Lebih lama	Tidak ditemukan pada keadaan normal, dapat ditemukan pada paru yang emfisematous

5.	Timpani	Keras	Lama	Lambung (saat kosong) atau pipi yang digelembungkan
----	---------	-------	------	---

Cara melakukan Perkusi

Teknik perkusi yang baik (Bickley and Szilagy, 2007), bagi pemeriksa yang dominan tangan kanan, adalah sebagai berikut :

1. Lakukan hiperekstensi jari tengah tangan kiri anda (dikenal sebagai jari tangan pleksimeter).
2. Buat sendi DIP jari tengah menekan kuat permukaan yang akan diperkusi.
3. Hindari kontak antara permukaan tersebut dengan bagian tangan yang lain karena hal ini akan meredam getaran.
4. Dengan gerakan pergelangan tangan yang cepat tetapi rileks (tidak kaku), ketuklah jari pleksimeter dengan jari tengah kanan atau jari pleksor, arahkan ketukan pada sendi DIP.
5. Lakukan ketukan dengan ujung jari pleksor dengan jari tangan hampir tegak lurus dengan pleksimeter
6. Angkat jari tangan yang mengetuk dengan cepat untuk menghindari peredaman.
7. Kuku jari yang pendek dianjurkan untuk menghindari cedera pada diri sendiri.



Gambar 1.
Teknik melakukan perkusi (Bickley and Szilagy, 2007)

d. Auskultasi

Auskultasi adalah mendengarkan suara yang terdapat di dalam tubuh dengan bantuan alat yang disebut Stetoskop. Alat ini berfungsi sebagai saluran pendengaran di luar tubuh untuk dapat meredam suara di sekitarnya. Dari pemeriksaan auskultasi, dokter dapat mendengarkan suara-suara secara kualitatif dan kuantitatif yang ditimbulkan oleh jantung, pembuluh darah, paru, dan usus.

Auskultasi biasanya dilakukan setelah pemeriksaan inspeksi, palpasi, dan perkusi. Kecuali untuk pemeriksaan abdomen, auskultasi harus dilakukan sebelum pemeriksaan palpasi dan perkusi.

Stetoskop terdiri dari :

- Bagian yang menempel pada permukaan tubuh pasien (*chestpiece*), yang terdiri dari dua sisi permukaan, yaitu :
 - sisi **membran**, yang terdiri dari suatu membran berdiameter 3,5-4 cm. Bagian membran ini menyaring suara berfrekuensi rendah, sehingga meneruskan terutama suara yang berfrekuensi tinggi.
 - sisi **bel** atau cup yang berbentuk corong dan berdiameter 3,8 cm. Bagian ini meneruskan sebagian besar dari suara berfrekuensi rendah.
- *Tube*
- *Binaurals*

- Bagian untuk mendengarkan (*earpieces*)

4. Cuci tangan WHO setelah pemeriksaan

5. Komunikasi

- Mengucapkan basmalah
- Melakukan tindakan secara hati-hati & teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri
- Memperhatikan kenyamanan pasien
- rasa hormat kepada pasien

6. Profesionalisme

- Memberi salam
- Ramah
- Empati
- Kontak mata
- Memberi respon
- Memberi informasi atau isyarat verbal sebelum tindakan tertentu

PELAKSANAAN LATIHAN

- Perhatikan posisi pemeriksa dan pasien.
- Pergunakan waktu dengan sebaik-baiknya.
- Bekerjalah dengan sistematis
- Inspeksi :
 - Pemeriksaan Keadaan Umum, diamati pada saat pertama kali bertemu dengan pasien. Yang utama diamati: jenis kelamin, perkiraan umur, cara berdiri/berbaring dan bentuk tubuh, pakaian, kebersihan, kesadaran, keadaan sakit (berat, ringan, atau tidak tampak sakit), status gizi (gemuk, normal, kurus), keadaan khusus: anemis, sesak nafas, sianosis, ikterik dan kondisi psikologis
 - Perhatikan sikap, gerakan, dan cara berjalannya.
 - Perhatikan warna kulit, rambut, keadaan kuku, dan ciri-ciri lainnya.
 - Catat dengan cermat segala sesuatu yang ditemukan
 - Ukur tinggi dan berat badan: Penilaian adanya perubahan berat badan terakhir
 - Pemeriksaan tanda-tanda vital: Tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu tubuh
- Palpasi :
 - Cobalah untuk dapat meraba denyut nadi probandus.
 - Letakkan tangan anda pada dada probandus. Rasakan permukaan dinding dada, dan dengan tekanan sedikit akan terasa adanya tulang-tulang iga. Rasakanlah gerakan tulang iga tersebut saat bernafas, baik inspirasi maupun ekspirasi.
 - Bandingkan gerakan dada kanan dan kiri saat pernafasan ini.
- Perkusi :
 - Mula-mula berlatihlah melakukan gerakan perkusi pada permukaan benda di sekitar anda. Selanjutnya berlatihlah pada permukaan badan probandus (dada atau perut) untuk melatih telinga mendengarkan dan mengartikan suara yang ditimbulkan.
 - Lakukanlah perkusi dada dan abdomen pada probandus, dan perhatikan suara yang timbul karena perkusi pada berbagai tempat yang berbeda. Selanjutnya perhatikan suara yang dihasilkan, apakah termasuk pekak, redup, sonor, hipersonor, atau timpani.
- Auskultasi :
 - Lakukanlah auskultasi pada probandus, baik pada dada maupun pada perut.
 - Dengarkan suara yang dihasilkan. Cobalah untuk mengenali suara pernafasan, baik saat inspirasi maupun ekspirasi, suara jantung, dan suara peristaltik usus.

DAFTAR TILIK PEMERIKSAAN FISIK DASAR

No	Aspek Keterampilan yang Dinilai	0	1	2	3
1	Mencuci tangan, mempersiapkan alat				
2	Membina sambung rasa yang optimal: memperkenalkan diri, meminta ijin, berhati-hati pada saat memeriksa, serta menjelaskan tindakan yang akan dilakukan.				
3	Pemeriksaan keadaan umum				
4	Melakukan inspeksi dengan benar				
5	Melakukan palpasi dengan benar <ul style="list-style-type: none"> - Daerah yang akan diperiksa harus bebas dari gangguan - Jari telunjuk dan ibu jari : untuk menentukan besarnya benda - Jari ke 2, 3, ke 4 bersama dapat digunakan untuk menentukan konsistensi atau garis besar kualitas benda - Seluruh telapak tangan dapat merasakan adanya getaran. Sedikit tekanan dengan ujung atau telapak jari dapat menemukan adanya rasa sakit yang dapat dilihat dari perubahan mimik muka atau mendengarkan keluhan yang tertekan. 				
6	Melakukan perkusi dengan benar <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan hiperekstensi jari tengah tangan kiri anda (dikenal sebagai jari tangan pleksimeter). - Buat sendi DIP jari tengah menekan kuat permukaan yang akan diperkusi. - Hindari kontak antara permukaan tersebut dengan bagian tangan yang lain karena hal ini akan meredam getaran. - Dengan gerakan pergelangan tangan yang cepat tetapi rileks (tidak kaku), ketuklah jari pleksimeter dengan jari tengah kanan atau jari pleksor, arahkan ketukan pada sendi DIP. - Lakukan ketukan dengan ujung jari pleksor dengan jari tangan hampir tegak lurus dengan pleksimeter - Angkat jari tangan yang mengetuk dengan cepat untuk menghindari peredaman. - Kuku jari yang pendek dianjurkan untuk menghindari cedera pada diri sendiri. - Mampu menginterpretasikan suara perkusi dengan benar 				
7	Melakukan auskultasi dengan benar <ul style="list-style-type: none"> - Mampu melakukan auskultasi dengan bagian stetoskop yang benar - Mampu menginterpretasikan suara auskultasi dengan benar 				
	Total				

Keterangan skor:

- 0 : tidak dilakukan
- 1 : dilakukan tapi tidak benar
- 2 : dilakukan dengan benar
- 3 : dilakukan dengan benar dan sempurna