



MODUL ANAMNESIS PADA PASIEN PALIATIF
NSA525



Disusun Oleh
YULIATI.,SKp.,MM.,M.Kep



UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2017



ANAMNESIS PADA PERAWATAN PALIATIF

A. Pendahuluan

Anamnesis atau wawancara merupakan langkah pertama dalam tata cara kerja yang harus ditempuh untuk mengumpulkan data dalam proses pengkajian. Mengumpulkan riwayat penyakit yang lengkap merupakan langkah penting untuk mengerti dan memahami penderita yang sedang dihadapi. Mengambil riwayat merupakan bagian yang dapat dimengerti serta difahami oleh setiap penderita. Langkah tersebut perlu ditempuh untuk mendapatkan data dan informasi yang bertujuan menegakkan masalah keperawatan yang ada dalam diri pasien, komunikasi efektif merupakan kompetensi yang harus dikuasai oleh perawat.

Perawat harus mampu menerapkan prinsip-prinsip komunikasi untuk menetapkan dan mempertahankan hubungan yang terapeutik antara perawat dengan pasien/ keluarga. Menerapkan prinsip kerahasiaan, otonomi pasien, reaksi positif dan aspek pelayanan dalam hubungan pasien-perawat, dalam hal anamnesis, konseling, penjelasan berbagai prosedur, negosiasi pembuatan keputusan dengan keluarga dan pendidikan pasien. Hubungan perawat-pasien dan keluarga yang baik sangat menunjang proses terapeutik. Pasien dan keluarga dengan senang hati menyampaikan keluhan kepada perawat tanpa perasaan curiga. Perawat perlu memahami spiritualitas, kondisi kejiwaan dan budaya yang mempengaruhi konsep sehat, sakit keinginan untuk hidup penderita.

Pasien yang berbeda memerlukan pendekatan yang berbeda. Pemahaman tentang hubungan interpersonal meningkatkan sensitifitas perawat dalam memandang penderitaan dari sudut pandang penderita dan mengembangkan sikap empati.

B. Kompetensi Dasar

- Mahasiswa mampu melakukan anamnesis, menggunakan ketrampilan komunikasi efektif berdasarkan paradigma komunikasi ilmiah untuk memperoleh riwayat kesehatan pasien secara akurat
- Menerapkan prinsip-prinsip komunikasi untuk membantu pengelolaan pasien serta kerja sama yang produktif dengan pasien, keluarganya, masyarakat, sejawat dan profesi terkait.
- Menerapkan prinsip-prinsip komunikasi untuk dalam memberikan asuhan keperawatan dan hubungan perawat pasien yang etikal.
- Menggunakan prinsip komunikasi untuk mendapatkan, memberikan dan bertukar informasi.

- Mahasiswa mampu mengembangkan hubungan interpersonal dan situasi dinamis dalam hubungan perawat –pasien

C. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu melakukan anamnesa dalam proses pengkajian pada asuhan keperawatan paliatif

D. Kegiatan Belajar 1

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

1. Auto anamnesis yang berasal dari penderita sendiri
2. Allo anamnesis yang berasal dari orang lain seperti keluarga, polisi, penduduk lain.

Dikerjakan pada keadaan : Pasien dengan penurunan atau perubahan kesadaran. Pasien bayi, anak-anak atau orang sangat tua Untuk konfirmasi auto anamnesis.

ANAMNESIS Riwayat kesehatan pasien terdiri dari :

♣ Identitas pasien :

Nama, alamat, nomor telepon, keluarga pasien, umur, kelamin, ras, pekerjaan dan khusus untuk wanita mengenai riwayat kehamilan.

♣ Keluhan utama

♣ Riwayat penyakit sekarang.

♣ Riwayat penyakit dahulu

♣ Riwayat penyakit keluarga

♣ Riwayat sosial dan pekerjaan.

♣ Riwayat alergi

♣ Penelusuran sistem sesuai dengan penyakit pasien.

Dalam hal ini dilakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien. Kemampuan untuk mencurahkan perhatian penuh kepada setiap pasien akan sangat mempengaruhi keberhasilan seorang perawat melakukan pengkajian. Perhatian terhadap kepribadian pasien akan mencegah perawat melukai perasaannya. Pasien berharap agar seorang perawat bersikap tidak berlebihan dan peka terhadap hal-hal yang menakutkan dan menggangukannya. Komunikasi efektif sangat diperlukan pada saat wawancara dengan pasien. Ada beberapa hal yang perlu disiapkan sebelum memulai interaksi dengan pasien.

Persiapan ini merupakan aspek penting untuk dapat memperoleh informasi tentang kondisi pasien yang sesungguhnya.

→ Persiapan untuk melakukan wawancara adalah :

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

→ Meningkatkan hubungan dengan pasien terminal

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

→ Hal yang harus diperhatikan saat interaksi dengan pasien terminal :

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

→ Cara mengendalikan diskusi saat proses interaksi

1. Hindarilah percakapan yang kurang penting dan menyimpang
2. Mulailah dengan pertanyaan yang tidak terbatas dan singkat
3. Batasilah jumlah pertanyaan langsung
4. Pak Perlihatkanlah respon yang tegas

5. Pakailah pernyataan - pernyataan peralihan untuk mengendalikan pasien yang berbicara bertele –tele

6. Mintalah izin untuk menyelidiki persoalan yang sensitif

7. Berikanlah respon singkat kalau pasien mengungkapkan emosinya

8. Hindarilah memberikan pertanyaan yang bertubi –tubi

→ Teknik Memulai Interaksi dengan pasien terminal

- Perkenalkan diri perawat pada pasien.

- Ciptakan lingkungan yang nyaman jaga privacy pasien.

- Persilahkan pasien untuk duduk, ketika anamnesa dilakukan, Idealnya, dengarkan pasien ketika bdia berbicara menggambarkan masalahnya.

- Ajukan Pertanyaan terbuka (open ended questions) untuk memperoleh informasi yang lengkap.

- Hindari istilah medis yang tidak dimengerti pasien/ keluarga.

→ Anamnesis awal

Identitas pasien merupakan data pokok yang harus dikaji lebih awal.

Nama pasien, umur, jenis kelamin, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, tempat tinggal, dokter yang merujuknya. Riwayat penyakit maupun riwayat kesehatan terdahulu perlu digali dalam pelaksanaan anamnesa awal.

→ Keluhan Utama

Keluhan utama adalah pernyataan yang disampaikan pasien dengan bahasa sendiri sebagai penyebab utama pasien untuk mencari bantuan kesehatan. Keluhan utama dapat berupa nyeri (seperti nyeri perut), gejala tidak enak (seperti kelelahan), kehilangan fungsi normal (seperti fungsi kandung kemih), perubahan dari tubuh (seperti bengkak) atau keluhan kejiwaan (seperti cemas, depresi), yang tidak harus merupakan masalah sebenarnya. Keluhan utama yang dinyatakan oleh pasien merupakan dasar utama untuk memulai evaluasi masalah pasien. Keluhan tersering yang membuat seseorang datang ke rumah sakit adalah nyeri atau yang erat hubungannya dengan ketidaknyamanan. Tulislah pernyataan singkat, sejauh mungkin dengan mempergunakan kalimat yang dipakai oleh penderita itu sendiri, mengenai apa sebenarnya yang tengah dialaminya, dengan mengemukakan gejala -gejala atau tanda -tanda serta berapa lama semua gejala -gejala serta tanda -tanda tersebut sudah berlangsung.

Riwayat Penyakit Sekarang (RPS)

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

menerapkan masalah keperawatan pasien. Bila, mengapa dan bagaimana penderita sampai menjadi sakit?

Rinci kronologis yang disusun secara ringkas, semua keterangan yang berhasil dikumpulkan yang mempunyai kaitan dengan permulaan timbulnya penyakit, maupun perjalanan penyakit. Bila mungkin, pancing serta korek pengertian serta pemahaman yang dimiliki oleh penderita tentang penyakit yang tengah dialaminya tersebut serta harapan-harapan yang terkandung dalam dirinya mengenai kunjungan ini.

→ Untuk membuat RPS ada 7 dimensi dari gejala klinik yang harus ditanyakan dalam anamnesa, yaitu :

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

Defekasi Teknik untuk mendapatkan Riwayat Penyakit Sekarang

→ Cara komunikasi :

- Yakinkan pasien nyaman
- Yakinkan pasien siap untuk mendengar
- Perkenalkan diri anda
- Hormati pasien dengan menyebut nama yang lengkap.
- Fasilitasi bila cerita pasien terhenti.
- Perlihatkan rasa empati.
- Bangkitkan rasa kasihan terhadap penderitaan pasien.
- Timbulkan suasana keheningan
- Klarifikasikan cerita pasien bila kurang jelas.
- Ulangi lagi cerita yang didengar untuk meyakinkan.

- Gunakan pernyataan atau pertanyaan dari kesimpulan seperti "ada lagi yang bapak mau kemukakan?", "ada hal-hal yang penting yang bapak mau sampaikan".

Riwayat Penyakit Dahulu (RPD)

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

1. Kelahiran dan perkembangan dini.

Buatlah ikhtisar mengenai apa yang diketahui penderita tentang kelahiran, makanan, pertumbuhan, tingkah laku dan lingkungannya, dengan menekankan hubungan antar pribadi serta peristiwa-peristiwa penting pada masa kanak-kanaknya.

2. Penyakit -penyakit yang diderita sebelumnya (masa kanak-kanak dan lain-lain).

- Catatlah penyakit

- penyakit menular serta gejala

- gejala sisa yang dialaminya, imunisasi, reaksi

- reaksi alergi dan hipersensitivitas dan reaksi -reaksi yang ditimbulkan oleh obat-obatan.

3. Pembedahan, cedera, kecelakaan dan masuk rumah sakit.

Berikan tanggal-tanggal peristiwa terjadinya dengan keadaan yang menyertai;

pancing serta koreklah ulasan-ulasan penderita mengenai anestesia,

- reaksi-reaksi obat dan hasil dari pengobatan yang diberikan kepadanya.

4. Obat-obatan, pengobatan dan kebiasaan. Tanyakan kepada penderita mengenai penggunaan teh, kopi, alkohol, tembakau, obat-obat pencahar atau pengobatan lain yang dipergunakan secara teratur.

5. Kesehatan/keadaan umum.

Catatlah penilaian penderita anda tentang kesehatannya sebagai baik, sedang ataupun buruk.

Riwayat Penyakit Keluarga (RPK)

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

→ Elemen inti RPK adalah :

1. Latar belakang keluarga.

Usia kedua orangtuanya, keadaan kesehatan mereka, penyakit-penyakit fisik dan emosional yang pernah mereka derita di masa lalu, kejadian-kejadian penting yang berhubungan dengan umur penderita pada saat peristiwa itu terjadi. Cakup juga

pertanyaan -pertanyaan yang menyangkut kakek serta neneknya dan anggota keluarga lainnya.

2. Saudara kandung.

Jumlah kehamilan yang pernah dialami oleh ibunya; jumlah saudara laki-laki dan saudara perempuannya, keadaan kesehatan mereka semua, penyakit-penyakit yang pernah mereka derita.

3. Riwayat perkawinan.

Suatu pernyataan tentang istri/suami serta anak -anak penderita, termasuk umur mereka masing -masing, keadaan kesehatan mereka, penyakit -penyakit ataupun persoalan - persoalan yang pernah dialami serta hubungan emosional yang terdapat antara mereka.

4. Riwayat keturunan.

insiden penyakit -penyakit tulang dan sendi, alergi, kanker, dia betes melitus, gangguan perdarahan, hipertensi, epilepsi, penyakit ginjal, migren, gangguan saraf dan jiwa, demam rematik, tukak lambung dan lain -lain pola penyakit yang dominan yang terdapat di lingkungan keluarga penderita.

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

→ Riwayat Sosial dan Lingkungan

1. Pendidikan, dinas kemiliteran dan kegiatan keagamaan.

Uraikan bila ada hubungannya.

2. Riwayat pekerjaan.

Uraikan kegiatan -kegiatan yang dilakukan penderita, baik di dalam, maupun di luar rumah, termasuk contoh kegiatan sehari-hari yang khas.

3. Pengaturan kehidupan.

Uraikan aspek - rumah penderita.

4. Masalah -masalah yang mempunyai hubungan dengan penyakit yang

diderita sekarang ini. Perhatikan serta pertimbangkan masalah -masalah keuangan, perubahan -perubahan dalam pekerjaan serta di rumah, penyaluran seksual yang dilakukannya serta penggunaan alkohol, obat-obatan dan tembakau. Lakukan penilaian terutama mengenai reaksi emosional penderita terhadap penyakit yang sekarang ini. Lakukan hal ini ketika perawat sedang memeriksa penderita. Pada waktu perawat tengah memeriksa kepala pasien, tanyakan apakah ia menderita sakit kepala. Ketika anda sedang melihat matanya, tanyakan apakah pasien mengalami kesukaran dengan penglihatannya, konjungtivitis dan gangguan -gangguan lainnya. Perawat melihat tubuh pasien. Catatlah semua tanda, gejala dan nilai -nilai yang berhubungan.

1. Umum.

Keletihan, penurunan berat badan, demam, dingin, menggigil, berkeringat, berat badan waktu berusia 18 tahun, berat badan maksimal waktu dewasa.

2. Kulit.

Ruam, gatal -gatal, tahi lalat, borok, kanker, rambut, pigmentasi.

3. Kepala dan leher.

Sakit kepala, trauma, perasaan nyeri, kekakuan, pembengkakan.

Mata: kaca mata yang dipakai, perasaan nyeri, diplopia, skotoma, gatal
gatal, kekeringan, infeksi, kemerahan.

Telinga: Penurunan atau hilangnya pendengaran, infeksi, perasaan nyeri, tinitus, vertigo.

Hidung: Kekeringan, perdarahan, perasaan nyeri, kotoran yang dikeluarkan, penyumbatan,
penciuman, bersin -bersin.

Mulut: Luka -luka; perasaan nyeri, infeksi; ulkus, suara serak,
kekeringan, keadaan gusi, lidah, gigi dan gigi palsu; menelan.

4. Buah dada.

Pengeluarannya, bongkol yang terdapat, perasaan nyeri, perdarahan, infeksi.

5. Pemasasan.

Batuk, perasaan nyeri, sputum, asma, dispnea, hemoptisis, sianosis, kontai? akibat
pekerjaan, tuberkulosis, pneumonia, pleuritis.

6. Jantung.

Angina, dispnea, ortopnea, paroksismal nokturnal dispnea,
udema, palpitasi, bising, kegagalan, infark, hipertensi, penyakit -penyakit jantung yang
diketahui, demam reumatik, keterbatasan gerak badan.

7. Pembuluh darah.

Klaudikasio, flebitis, ulkus, keadaan vena dan arteri.

8. Saluran cema.

Nafsu makan, menelan, anoreksia, mual, muntah, serdawa, darah, melena, perasaan nyeri
abdomen, diare, konstipasi, perubahan kebiasaan buang air besar, hemoroid, hernia,
pemakaian obat -obat pencahar atau antasida, ikterus, gangguan hati, hepatitis.

9. Ginjal dan saluran kemih.

Disuria, hematuria, inkontinensia, nokturia, berapa kali berkemih, batu, nefritis, infeksi.

10. Ginekologik.

Sediaan hapus pap (tanggal pembuatan dan hasilnya), menarache (usia berapa
) , siklus, menopause (usia), menoragia, metroragia, bercak-bercak, pengeluaran, gatal,
disparenia, penggunaan kontrasepsi, penyakit kelamin, tumor, jumlah kehamilan yang
telah dialami, kelahiran hidup, abortus.

11. Genitalia pria.

Perasaan nyeri, pembengkakan, pengeluaran, penyakit kelamin, kemampuan seksual, tumor, ulkus.

12. Muskuloskeletal.

Perasaan nyeri, kepekaan yang berlebihan, kekejangan, kelemahan, trauma, terkilir, patah tulang, nyeri pada persendian, pembengkakan, kekakuan, nyeri punggung

13. Hematologik.

Anemia, perdarahan, keabaman, keganasan, transfuse -transfusi yang pernah diterima.

14. Endokrin dan metabolisme.

Perubahan berat badan, diabetes, toleransi terhadap suhu, polidipsia, perubahan pada rambut.

15. Susunan saraf .

Sinkop, kejang, pusing, stroke, tumor, gangguan koordinasi, gangguan sensoris, perasaan nyeri, gangguan motoris, daya ingat.

16. Emosi

. Kecemasan, tidur, depresi, keinginan bunuh diri, gambaran mengenai diri sendiri, kepuasan dalam kehidupan.



E. Daftar Pustaka

1. Anonim, 2002. History of Present Illness, The School of Medicine, The University of California, San Diego.
2. Burnside -Mc Glynn, 1995. Adams Diagnosis Fisik, EGC, Jakarta.
3. Delp and Manning, 1996. Major Diagnosis Fisik, EGC, Jakarta.
4. Goldberg, 2001. Practical guide to clinical medicine. University of California, San Diego.
5. Fletcher SW.2000. Clinical decision making: approach to the patient, In: Goldman: Cecil Textbook of Medicine, 21st ed., London. W. B. Saunders Company, 78-9.
6. DeGowin, RL. and Brown, DD. 2000. .Diagnostic Examination.7th ed. New York. MacGraw-Hill.1-36.
7. Anonym, Twelve strategies for effective communication and collaboration in medical teams, BMJ Career Focus.htm
8. Mock, KD. 2001. Effective clinician-patient communication, Published February 2001
9. Lewis, B. 2002. From cradle to Rocker: Providing Care Across the Human Life Cycle. Dalam: Sloane P D, Slatt Lisa M, Ebell M H, Jacques LB. Essential of Family Medicine. Ed 4, Philadelphia, Lippincott William & Wilkins, p3-18