

ANAMNESA REFRAKSI (Bagian 1)

January 15, 2023

Ditulis Oleh : M. Wahyu Budiana, A.Md.RO., S.K.M., Fiacle., M.M

Anamnesa adalah suatu metode untuk menghimpun informasi, yang didapat melalui wawancara, baik langsung dari klien atau dari orang lain, mengenai riwayat penyakit klien pada masa dahulu maupun riwayat penyakit klien saat sekarang.

Pengumpulan data riwayat kesehatan (Anamnesa) dapat dilakukan dengan menggunakan macam-macam metode, akan tetapi yang paling banyak dipakai adalah "Metode Wawancara", yakni suatu komunikasi lisan yang formal.

Komunikasi merupakan pertukaran pikiran, perasaan, ide dan informasi dalam bentuk lisan, tertulis ataupun menggunakan tanda-tanda.

Tujuan membuat Anamnesa adalah untuk memperoleh informasi yang relevan sebanyak-banyaknya, agar kita dapat menentukan suatu tindakan yang tepat atas dasar keluhan Pasien secara rinci, serta selalu memperhatikan kebutuhan klien/ pasien berdasarkan kebiasaan, pekerjaan maupun hobinya.

Sejauh mungkin kata "klien" digunakan, mengingat kata tersebut paling informative, karena menggambarkan pemahaman klien atas situasi, dan maknanya bagi si klien adalah menggambarkan kemampuan klien untuk mengingat peristiwa, mengorganisir pikiran dan selanjutnya mengkomunikasikan pengetahuan dan pikirannya kepada orang lain.

Walaupun kata "pasien" lebih dikenal, ia mengandung konotasi penyakit; sedangkan klien lebih luas artinya dan mencakup semua orang yang menerima jasa/ layanan kesehatan.

Klien adalah penerima jasa/ layanan. Setiap orang yang menerima jasa/ layanan kesehatan tanpa memandang alasan maupun situasinya, mencakup orang sakit yang dirawat di Rumah Sakit maupun orang sehat yang bermaksud meningkatkan kesehatan ataupun mencegah penyakit di Puskesmas/ sarana kesehatan lainnya. Berikut ini adalah komponen dari dilakukannya anamnesa terhadap klien yang datang kepada anda sebagai pemeriksa, antara lain :

1. Alasan Permintaan Jasa

Komponen Riwayat Kesehatan yang pertama menyangkut : dasar, motivasi atau alasan yang menyebabkan klien meminta jasa dari personil/ lembaga pelayanan kesehatan.

Pertanyaan yang wajar untuk diajukan adalah pertanyaan yang bersifat umum agar memperoleh informasi sebanyak-banyaknya dari yang bersangkutan. Pertanyaan misalkan seperti : "Apa yang menyebabkan anda datang ke Klinik/ Rumah Sakit ini"? atau "Ada masalah apa"? atau "Apa ada masalah dengan penglihatan anda"?

Dimasa lampau, dan masih sering terjadi hingga saat ini, motifasi utama meminta jasa kesehatan adalah untuk mengobati penyakit dan tentu saja yang dihubungi adalah dokter.

Dewasa ini, seseorang mendatangi sarana pelayanan kesehatan dengan berbagai tujuan, mungkin saja berdasarkan keinginan sendiri atau karena dorongan/saran orang lain. Biasanya klien sudah mempunyai harapan-harapan tertentu dan merasa perlu meminta pelayanan tertentu pula.

Alasan permintaan jasa :

- Klien meminta pemeriksaan mata/penglihatan
- Klien meminta perawatan mata/penglihatan, kacamata atau lensa kontak
- Dan lain-lain

2. Observasi umum keadaan klien tentang :

- Tampilan
- Posisi kepala
- Wajah yang tidak simetris
- Warna kulit
- Kemampuan berkomunikasi / mengungkapkan perasaan
- Tingkat Intelektual
- Keadaan/ tingkat emosinya
- Observasi kesehatan fisik & mental secara umum

3. Biodata

Biodata klien mengandung komponen vital klien, antara lain : nama lengkap, alamat/ tempat tinggal, nomor telpon/hp, umur, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, suku bangsa, agama, bahasa ibu, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi kesehatan, nomor dana sosial dan nama orang tua.

Ini semua memberi gambaran tentang siapa klien dan bagaimana pengaruh latar belakangnya. Hal ini merupakan titik tolak memandang klien sebagai manusia yang utuh, memberi pedoman wawancara dan juga dapat mempengaruhi penilaian keadaan kesehatannya.

4. Keadaan kesehatan sekarang

Komponen keadaan kesehatan sekarang merupakan kesan/gambaran umum tentang kesehatan klien dewasa ini. Tercakup didalamnya detail keluhan spesifik/utama yang wajar ditampung dalam riwayat kesehatan serta kebiasaan klien dalam kehidupan sehari-hari.

Pengumpulan data keluhan khusus mencakup :

– Waktu timbulnya keluhan

- “Kapan keluhan bermula”? “Apakah keluhan tersebut timbulnya sekonyong-konyong atau secara berangsur-angsur/ bertahap?”

– Ciri-ciri keluhan

- Lokasi:
 - Dimana keluhan tersebut terjadi/ berada ? Apakah terjadi pada kedua mata atau pada satu mata ?
 - Sudah berapa lama keluhan tersebut berlangsung ?
- Intensitas keluhan
 - Apakah keluhan tersebut cukup mengganggu ?
 - Sakit kepala berat atau ringan ?
 - Apakah penglihatan buram tersebut sifatnya permanen atau kadang-kadang ?
 - Penglihatan ganda yang anda lihat apakah terletak menyamping atau bertumpuk atas-bawah ?”
- Frekuensi
 - Seberapa sering keluhan tersebut terjadi ?
 - Berapa lama gejala tersebut berhenti/ berakhir ?

– Tanda-tanda yang menyertai (pelengkap)

– Pengobatan yang pernah dilakukan

- Dimana ?
- oleh siapa ?

- dan hasilnya bagaimana ?

Riwayat kesehatan yang berorientasi pada problema klien saat sekarang dan masa lampau, mengenai :

- Keluhan utama
Keluhan utama biasanya merupakan hal-hal yang mendorong klien untuk datang berkunjung.
 - Keluhan utama mereka mungkin suatu gejala yang mengganggu mereka.
 - Kemungkinan lain, mereka hanya hadir untuk pemeriksaan rutin.
- Dalam kasus-kasus seperti ini, perlu untuk ditanyakan lebih lanjut masalah utamanya, apakah dikarenakan :
 - mata atau
 - penglihatan
- Sebagian klien mungkin memiliki keluhan ganda, masing-masing keluhan sama pentingnya bagi mereka.

Sumber Pustaka :

1. AK Khurana (2007), *Comprehensive Ophthalmology Fourth Edition*, New Delhi : New Age International (P) Publishers.
2. Bikas Bhattacharyya (2009), *Visual Science and Clinical Optometry*, New Delhi : Jaypee Brother Medical Publishers.
3. Christopher J. Rapuano, MD (2011), *Basic And Clinical Science Course, Section 13*. San Fransisco : American Academy Of Ophthalmology
4. William J. Benyamin (2006), *Borish's Clinical Refraction Second Edition*, St. Louis : Butterworth – Heinemann.