

Buku ini menjelaskan langkah-langkah pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dalam mengumpulkan data-data fisik yang akurat sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang dialami oleh klien. Pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh perawat meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Tanda-tanda dari gangguan pada organ tertentu dapat ditemukan melalui proses pemeriksaan tersebut. Dalam melakukan pemeriksaan fisik, seorang perawat wajib membawa peralatan penunjang dalam pemeriksaan fisik tersebut seperti stetoskop, thermometer, jam, senter, garputala, jarum, pita pengukur, sfigmomanometer, spatula lidah, lidi kapas, kasa, sarung tangan, gel lubrikan, dan speculum hidung. Organ-organ manusia yang dibahas dalam pemeriksaan fisik di buku ini yaitu kepala, leher, paru-paru, jantung, abdomen, ginjal, muskuloskeletal, dan sistem peredaran darah. Proses anamnesa mengenai keluhan yang dirasakan pasien serta pendokumentasian juga dibahas dalam buku ini.



leutikaprio
Jl. Sidomulyo No. 351, Bener,
Tegayrejo, Yogyakarta 55243
Telp. (0274) 5015594
www.leutikaprio.com
email: leutikaprio@hotmail.com



Fajar Agung Nugroho, S.Kep.Ns., MNS
Dadi Santoso, S.Kep.Ns., M.Kep.
Wuri Utami, S.Kep.Ns., M.Kep.

Buku Praktik *Clinical Skill* Keperawatan Medikal Bedah



Fajar Agung Nugroho, S.Kep.Ns., MNS
Dadi Santoso, S.Kep.Ns., M.Kep.
Wuri Utami, S.Kep.Ns., M.Kep.

Buku Praktik *Clinical Skill* Keperawatan Medikal Bedah

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas limpahan berkat rahmat, hidayah dan karunia-Nya sehingga buku dengan judul: “Buku Praktik *Clinical Skill* Keperawatan Medikal Bedah” telah selesai disusun. Buku ini merupakan hasil luaran dari hibah penelitian dosen pemula yang diadakakan oleh Ristekdikti. Buku ini berisi tentang bagaimana seorang tenaga kesehatan, khususnya perawat dalam melakukan pemeriksaan fisik pada klien. Pemeriksaan fisik dalam buku ini ditujukan pada klien dengan masalah pada keperawatan dewasa atau keperawatan medikal bedah.

Penulis menyadari bahwa penyusunan buku ini masih banyak terdapat kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan, hal ini dikarenakan keterbatasan kemampuan yang penulis miliki. Atas segala kekurangan dan ketidaksempurnaan buku ini, penulis mengharapkan masukan, kritik dan saran yang bersifat membangun kearah perbaikan dan penyempurnaan buku ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga buku ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Gombong, Oktober 2019
Penulis,

Daftar Isi

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi.....	iv
BAB 1. PEMERIKSAAN KESEHATAN.....	1
A. Pemeriksaan Kesehatan	1
B. Teknik Pemeriksaan Fisik.....	5
BAB 2. PEMERIKSAAN UMUM (<i>GENERAL SURVEY</i>) .	10
A. Tujuan Pembelajaran	10
B. Kosa Kata Medis	10
C. Pemeriksaan Umum atau <i>General Survey</i>	12
D. Evaluasi	17
E. Dokumentasi.....	17
BAB 3. PEMERIKSAAN SISTEM INTEGUMEN.....	18
A. Pemeriksaan Sistem Integumen Kulit, Rambut, dan Kuku	18
B. Pemeriksaan Kulit, Rambut, dan Kuku	19
C. Evaluasi	25
D. Dokumentasi.....	25

BAB 4. PEMERIKSAAN KEPALA DAN LEHER.....	27
A. Pemeriksaan Mata	27
B. Pemeriksaan Telinga	31
C. Pemeriksaan Hidung	34
D. Pemeriksaan Mulut.....	38
E. Pemeriksaan Leher	39
F.. Evaluasi	43
G. Dokumentasi	43
 BAB 5. PEMERIKSAAN TORAKS DAN PARU-PARU..	44
A. Pemeriksaan Toraks dan Paru-Paru	47
B. Evaluasi	53
C. Dokumentasi	53
 BAB 6. PEMERIKSAAN JANTUNG	54
A. Pemeriksaan Jantung	54
B. Pemeriksaan Fisik	55
C. Evaluasi	59
D. Dokumentasi	59
 BAB 7. PEMERIKSAAN ABDOMEN	60
A. Pemeriksaan Abdomen.....	61
B. Pemeriksaan Fisik Abdomen.....	61
 BAB 8. SISTEM NEUROLOGIS, MUSKULOSKELETAL, DAN PEREDARAN DARAH PERIFER.....	66
A. Pemeriksaan	68
B. Pemeriksaan Sistem Vaskular Neurologis, Muskuloskeletal, dan Periferal.....	68
 DAFTAR PUSTAKA.....	79
BIODATA PENULIS.....	82

BAB 1

PEMERIKSAAN KESEHATAN

A. Pemeriksaan Kesehatan

Pemeriksaan kesehatan adalah langkah utama dalam proses keperawatan. Melalui pemeriksaan kesehatanlah informasi primer akan didapatkan. Sehingga pemeriksaan kesehatan sangatlah penting dalam menentukan status kesehatan seorang pasien dan tindakan apa yang dibutuhkan selanjutnya. Data yang didapatkan dari hasil pemeriksaan kesehatan akan digunakan sebagai rencana tindakan keperawatan dan medis.

Pemeriksaan kesehatan meliputi riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik. Riwayat kesehatan merupakan rangkaian data subjektif yang didapatkan dari pasien. Untuk mendapatkan data yang baik dan valid, perawat harus menggunakan komunikasi terapeutik, termaksud teknik *interview*. Selama proses *interview*, perawat mengumpulkan data tentang masalah kesehatan pasien yang bersifat aktual dan potensial serta hal-hal apa saja yang telah dilakukan oleh pasien dalam mendukung kesehatannya.

Ketika perawat menggali data tentang riwayat kesehatan pasien, bangunlah hubungan bina saling percaya antara perawat dengan pasien. Jika hubungan bina saling percaya terbangun dengan baik dan tepat, maka pengumpulan data tentang riwayat kesehatan pasien akan mudah dilakukan. Pemeriksaan fisik adalah usaha yang dilakukan oleh tenaga kesehatan khususnya oleh seorang perawat dalam mengumpulkan data objektif melalui observasi kepada pasien secara langsung dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Dalam melakukan pemeriksaan fisik, seorang perawat membutuhkan pengetahuan tentang anatomi, fisiologi, alat-alat yang digunakan dan posisi yang tepat selama proses pemeriksaan fisik berlangsung.

Pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik adalah tambahan data objektif dalam menentukan diagnosis pada pasien. Hasil dari kedua pemeriksaan tersebut merupakan rangkaian dari keseluruhan pemeriksaan kesehatan. Sebuah pemeriksaan fisik yang komprehensif harus melalui rangkaian pemeriksaan dari ujung kepala hingga ujung jari kaki (*head to toe*).

1. Komponen riwayat kesehatan

a. Data biografi

Informasi biografi pasien didapatkan melalui rekam medis saat pasien saat melakukan kunjungan terakhir kali di rumah sakit atau klinik kesehatan. Informasi yang tertulis di rekam medis sangat membantu perawat dalam mengidentifikasi status kesehatan pasien yang lalu. Data biografi meliputi :

- 1) Nama
- 2) Alamat
- 3) Jenis kelamin
- 4) Status pernikahan
- 5) Suku
- 6) Pekerjaan
- 7) Agama atau kepercayaan
- 8) Asuransi kesehatan
- 9) Fasilitas kesehatan yang didapatkan (pelayanan kesehatan menurut kelas yang ditentukan oleh BPJS)

b. Keluhan utama

Keluhan utama adalah alasan pasien mengapa mencari bantuan kesehatan. Perawat dapat memberikan pertanyaan berupa pertanyaan terbuka kepada pasien dalam hal ini, contoh: "Ceritakan kepada saya (perawat) mengapa anda (pasien) datang ke rumah sakit atau klinik hari ini?." Dokumentasikan semua apa sesuai yang diceritakan oleh pasien tanpa membuat kesimpulan atau merubah kata menurut persepsi perawat sendiri.

c. Riwayat kesehatan saat ini

Ketika menanyakan riwayat kesehatan pasien saat ini, teknik "PQRST" dapat digunakan sebagai alat bantu perawat dalam menemukan penyebab dan gejala yang dirasakan oleh pasien.

- 1) **P : *Provocative atau palliative*** (hal-hal yang memperberat dan meringankan gejala)

Contoh pertanyaan perawat kepada pasien :

- a) "Apa yang Anda lakukan saat pertama kali hal ini terjadi?"
- b) "Apa yang memicu hal tersebut muncul? Posisi atau aktivitas apa sehingga hal tersebut muncul?"
- c) "Apa yang meredakan gejala tersebut berkurang? Pernahkan merubah pola makan? Merubah posisi ketika gejala tersebut muncul? Pernahkah minum obat? "
- d) "Apa yang membuat gejala menjadi lebih buruk?"

2) **Q : *Quality*** (kualitas)

Contoh pertanyaan perawat kepada pasien :

- a) “Bagaimana rasanya saat gejala tersebut muncul? Berapa sering hal tersebut Anda alami hingga sekarang?”
- b) “Bagaimana Anda menggambarkan gejala tersebut (rasanya, penampilan, atau bunyinya)?”

3) **R : *Region atau radiation*** (menyebar)

Contoh pertanyaan perawat kepada pasien :

- a) “Dimana letak gejala tersebut? Apakah itu menyebar?”
- b) “Apakah rasa nyeri tersebut menyebar ke punggung atau lengan, ke atas leher, atau ke bawah kaki Anda?”

4) **S : *Severity*** (keparahan)

Contoh pertanyaan perawat kepada pasien :

- a) “Ukurlah tingkat nyeri pasien dengan menggunakan alat bantu berupa skala, seperti skala numerik (0-10). Bagaimana rasa nyeri Anda jika diukur dengan menggunakan skala 1 hingga 10?”
- b) “Seberapa buruk gejalanya yang Anda alami? Apakah hal itu memaksa Anda untuk berbaring, duduk, atau tidak beraktivitas?”
- c) “Apakah gejalanya tampak semakin baik, semakin buruk, atau tetap sama?”

5) **T : *Timing***

Contoh pertanyaan perawat kepada pasien :

- a) “Kapan gejala tersebut muncul? Apakah hal tersebut terjadi secara tiba-tiba atau bertahap? Seberapa sering itu terjadi?”
- b) “Pada tanggal dan waktu apa gejala tersebut pertama kali terjadi?”
- c) “Bagaimana gejala tersebut muncul? Mendadak? Bertahap?”

d. Riwayat kesehatan masa lalu

Tanyakanlah kepada pasien tentang riwayat medis di masa lalu. Pertanyaan dapat berupa seputar pengalaman pasien tentang penyakit di masa lalu, masalah kesehatan kronis, riwayat operasi atau rawat inap sebelumnya. Contoh pertanyaan meliputi :

- 1) “Apakah Anda memiliki penyakit di masa kanak-kanak, seperti campak atau flu Singapore?”

- 2) "Apakah Anda melakukan imunisasi secara lengkap?"
- 3) "Apakah Anda memiliki penyakit kronis?"
- 4) "Apakah Anda memiliki alergi?"
- 5) "Apakah Anda memiliki riwayat kecelakaan, cedera, dan operasi?"
- 6) "Apakah Anda terbiasa mengonsumsi obat bebas yang dijual di warung? Apakah Anda mengonsumsi suplemen herbal atau obat diet? "

e. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga meliputi faktor-faktor yang dimiliki oleh pasien secara genetik tentang penyakit yang bersumber dari keluarga. Misalnya, adanya riwayat anggota keluarga yang memiliki penyakit kanker, TBC, Hepatitis, HIV-AIDS atau penyakit yang memiliki potensi menular dan menurun. Contoh pertanyaan untuk mendapatkan data riwayat keluarga sebagai berikut :

- 1) "Berapa rata-rata umur di keluarga Anda?"
- 2) "Jika ada anggota keluarga Anda yang telah meninggal, apakah penyebab kematian mereka?"
- 3) "Adakah masalah kesehatan Anda saat ini juga diderita oleh anggota keluarga Anda?"
- 4) "Apakah ada anggota keluarga Anda yang memiliki penyakit kronis?"

f. Gaya Hidup

Gaya hidup pasien berkontribusi besar pada kesehatan dan kesejahteraannya. Misalnya, merokok berhubungan dengan masalah kesehatan, aktivitas yang berlebihan menimbulkan kelelahan, dan pola diet yang tidak teratur akan menimbulkan permasalahan kesehatan di waktu mendatang.

Contoh pertanyaan gaya hidup meliputi :

- 1) "Apakah Anda merokok, konsumsi minuman beralkohol, atau menggunakan narkoba? Jika ya, sejak kapan dan berapa jumlah setiap konsumsi per hari, minggu atau bulannya?"
- 2) "Sebutkan jenis makanan yang Anda makan setiap hari?"
- 3) "Ceritakan tentang pola istirahat atau tidur Anda?"
- 4) "Seringkah Anda berolahraga?"
- 5) "Siapakah anggota keluarga atau saudara Anda yang tersedia untuk membantu Anda ketika memiliki masalah kesehatan?"

B. Teknik pemeriksaan fisik

1. **Inspeksi** adalah proses pemeriksaan fisik dengan cara mengamati secara visual dan sistematis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan khususnya perawat. Pada teknik ini, perawat atau tenaga medis menggunakan indera penglihatan dalam mengamati fisik pasien.



Teknik Inspeksi
(diperagakan oleh model)

2. **Palpasi** adalah teknik pemeriksaan dengan menggunakan indera peraba. Tangan dan jari adalah alat yang sensitif untuk digunakan dalam menilai suhu, turgor, tekstur, kelembaban, denyut, getaran, bentuk, dan adanya massa, atau organ spesifik pada tubuh pasien. Palpasi dibedakan menjadi 2 (dua) jenis, yaitu palpasi ringan dan palpasi dalam.
 - a. Untuk palpasi ringan
Berikan tekanan ringan pada organ pasien (pemeriksa menggunakan tangan yang dominan). Lakukan teknik gerakan memutar untuk merasakan struktur permukaan (tekanan kurang dari 1 cm atau 0,5 inci).
 - b. Untuk palpasi dalam
Posisikan salah satu tangan pemeriksa yang dominan menyentuh permukaan kulit pasien, sedangkan tangan yang tidak dominan berada di atas tangan yang dominan untuk memberikan tekanan. Teknik tersebut memungkinkan pemeriksa merasakan lebih dalam organ yang akan diperiksa (kedalaman 2,5 hingga 5 cm atau 1 hingga 2 inci).



Teknik Palpasi Ringan



Teknik Palpasi Dalam

3. **Perkusi** adalah teknik memukul satu benda ke benda lain dengan tujuan untuk menghasilkan suara. Perkusi digunakan untuk menilai atau memeriksa lokasi, bentuk, ukuran organ, kepadatan struktur atau jaringan yang mendasarinya.



Teknik Perkusi

Nada perkusi meliputi :

Bunyi	Intensitas Relatif	Contoh lokasi
Flat	Soft	Paha
Dull	Medium	Liver
Resonance	Loud	Paru-paru normal
Hyperresonance	Very loud	Paru-paru yang mengalami emfisema
Tympany	Loud	Lambung yang berisi gas

4. **Auskultasi** adalah teknik menggunakan alat bantu berupa *stethoscope* untuk mendengarkan suara organ spesifik di dalam tubuh. Teknik ini digunakan untuk mendengarkan tekanan darah, dan suara jantung, paru-paru, dan usus atau pembuluh darah.
- Empat karakteristik suara dalam melakukan pemeriksaan dengan teknik auskultasi sebagai berikut :
- a. Nada (mulai dari tinggi hingga rendah)
 - b. Kenyaringan (mulai dari lembut hingga keras)
 - c. Kualitas (mis., berdeguk atau bergesekan)
 - d. Durasi (pendek, sedang, atau panjang).



Teknik Auskultasi

Pemeriksaan umum (*general survey*) yang meliputi *Head to Toe* :

1.	Tinggi dan berat badan
2.	Vital signs
3.	Tinggi dan berat badan
4.	Kepala, meliputi : a. Bentuk kepala dan tulang wajah, kulit kepala, dan rambut b. Mata c. Telinga d. Hidung dan sinus e. Mulut dan oropharynx f. Syaraf kranial
5.	Leher, meliputi : a. Lymph nodes b. Otot-otot c. Kelenjar tiroid d. Trachea e. Arteri karotis f. Pembuluh darah vena
6.	Dada (depan dan belakang) a. Kulit b. Ukuran dan bentuk dada c. Jantung d. Paru-paru e. Payudara dan axilla f. Tulang belakang
7.	Abdomen a. Kulit b. Bunyi isi perut dan pembuluh darah c. Organ-organ spesifik, seperti liver, lambung, ginjal atau kandung kemih
8.	Genitalia a. Kulit dan rambut kemaluan b. Urethra c. Pria: penis, testis dan prostat d. Wanita: vagina e. Anus dan rektum*

9. Ekstremitas atas
 - a. Kulit
 - b. Rambut
 - c. Kuku jari-jari tangan
 - d. Sensasi terhadap rangsangan nyeri, panas, dan dingin
 - e. Ukuran dan kekuatan otot
 - f. Sendi gerak (*joint range of motion/ ROM*)
 - g. Nadi radialis dan brakialis
 - h. Pembuluh darah kapiler (*capillary refill time*)
 - i. Reflek tendon
10. Ekstremitas bawah
 - a. Kulit
 - b. Rambut
 - c. Kuku jari-jari kaki
 - d. Gaya berjalan dan keseimbangan
 - e. Ukuran dan kekuatan otot
 - f. Sendi gerak (*joint range of motion* atau ROM)
 - g. Popliteal, posterior tibial, dan varises
 - h. Tendon dan refleks plantar

*Untuk pemeriksaan anus dan rectum, biasanya dilewatkan jika tidak terdapat keluhan pasien pada sistem pencernaan spesifik

BAB 2

PEMERIKSAAN UMUM (*GENERAL SURVEY*)

1. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini, diharapkan mahasiswa dapat :

- | | |
|--|---|
| 1. Menjelaskan komponen-komponen pemeriksaan umum | 6. Melakukan pemeriksaan kepala dan leher |
| 2. Menggunakan peralatan yang tepat saat melakukan pemeriksaan fisik <i>head to toe</i> | 7. Melakukan pemeriksaan dada dan paru-paru |
| 3. Membantu memposisikan pasien dalam posisi yang benar untuk melakukan pemeriksaan fisik <i>head to toe</i> | 8. Melakukan pemeriksaan sistem kardiovaskular |
| 4. Komunikasi verbal yang sesuai untuk melakukan teknik pemeriksaan <i>head to toe</i> tertentu | 9. Melakukan pemeriksaan sistem neurologis, muskuloskeletal, dan perifer. |
| 5. Menilai sistem integumen | 10. Melakukan pemeriksaan perut |

2. Kosa Kata Medis

Personal Protective Equipment (PPE) atau Alat Pelindung Diri (APD) : peralatan dan perlengkapan yang diperlukan untuk meminimalkan atau mencegah paparan terhadap infeksi.
Contoh alat pelindung diri yaitu sarung tangan, apron, masker, dan pelindung mata

Suara nafas adventif : suara di bagian paru-paru yang tidak terdengar saat tindakan auskultasi

General survei : gambaran penilaian secara keseluruhan pada seseorang yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang meliputi penampilan fisik, struktur tubuh, mobilitas, dan perilaku

Bruit : bunyi abnormal terdengar pada saat tindakan auskultasi, hal

ini menunjukkan adanya aliran darah turbulen

Edema : kelebihan cairan di jaringan tubuh, dengan ditandai adanya pembengkakan (umumnya terjadi di ekstremitas)

Sianosis : perubahan warna kulit kebiruan atau keabuan sebagai respons tubuh terhadap oksigenasi yang tidak adekuat

Ecchymosis : kumpulan darah di jaringan subkutan, menyebabkan perubahan warna keunguan

Pallor : pucat pada kulit

Palpasi : teknik penilaian yang menggunakan indera peraba

Perkusi : tindakan memukul satu benda terhadap benda lain untuk menghasilkan suara

Turgor : elastisitas kulit

Auskultasi : tindakan mendengarkan dengan bantuan alat berupa stetoskop untuk mendengarkan suara dalam tubuh

Inspeksi : proses pengamatan secara visual yang dilakukan oleh tenaga kesehatan secara sistematis

Jaundice : warna kuning pada kulit akibat penyakit organ hati (liver) dan empedu, anemia, dan hemolisis

Eritema : kemerahan pada kulit

Precordium : area di dada depan (anterior) diantara aorta, pulmonik, trikuspid, dan apikal dan titik Erb

Petechiae : bintik-bintik hemoragik kecil yang disebabkan oleh adanya perdarahan kapiler

3. Pemeriksaan Umum atau *General Survey*

Pemeriksaan umum atau *general survey* adalah komponen utama dari pemeriksaan kesehatan. Tindakan ini dimulai dari komunikasi antara perawat dengan pasien. Informasi yang didapatkan dari pemeriksaan umum atau *general survey* memiliki peranan penting dalam menentukan status kesehatan seorang pasien.

Rangkaian pemeriksaan fisik pada tindakan ini meliputi penampilan fisik, struktur tubuh, mobilitas, tingkah laku, tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, lingkaran pinggang, dan perhitungan BMI (*Body Massa Index*).

Alat-alat	1. Lampu senter 2. Alat pengukur tubuh 3. Alat pelindung diri
Pemeriksaan	Amati beberapa hal di bawah ini: • Bentuk tubuh pasien, penampilan dan perilaku secara keseluruhan • Tanda-tanda vital • Tinggi badan • Berat badan

Tabel 2.1 Risiko obesitas berhubungan dengan penyakit dan kondisi menurut BMI (*Body Mass index*) dan ukuran normal lingkaran pinggang (potensi memiliki risiko penyakit diabetes tipe 2, hipertensi, dan penyakit kardiovaskululer)

	BMI (kg/m ²)	Lingkaran pinggang	
		Pria ≤ 40 inchi (102 cm) Wanita ≤ 35 inchi (88 cm)	Pria > 40 inchi (102 cm) Wanita > 35 inchi (88 cm)
<i>Underweight</i>	< 18.5	NA	NA
<i>Normal</i>	18.5 – 24.9	NA	NA
<i>Overweight</i>	25.0 – 29.9	Meningkat	Tinggi
Obesitas 1	30.0 – 34.9	Tinggi	Sangat tinggi
Obesitas 2	35.0 – 39.9	Sangat tinggi	Sangat tinggi
<i>Extreme Obesitas</i>	40.0 +	Extreme	Extreme

* Peningkatan lingkaran pinggang juga bisa menjadi tanda potensi terjadinya risiko peningkatan berat badan

Sumber : *National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. [2000b]. NHLBI Obesity Education Initiative. The practical guide: Identification, evaluation,*

and treatment of overweight and obesity in adults. NIH publication no. 00-4084. October 2000. Available at www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/prctgd_c.pdf.)

a. Melakukan Tindakan Survei Umum (*general survey*)

Penampilan seseorang memberikan informasi tentang berbagai aspek kesehatannya. Perubahan dalam proses kognitif, asimetri, dan tanda-tanda kelainan atau tidak normal dapat menjadi indikator adanya masalah kesehatan.

	<u>Tindakan</u>	<u>Rasional</u>
	1) Cuci tangan (gunakan alat pelindung jika diperlukan)	Cuci tangan merupakan perlindungan diri yang dapat mencegah penyebaran mikroorganisme.
	2) Identifikasi pasien	Memastikan pasien dengan tepat untuk menerima intervensi dan mencegah kesalahan.
	3) Jaga privasi pasien dengan menutup tirai di sekitar tempat tidur pasien jika memungkinkan. Jelaskan tujuan pemeriksaan kesehatan yang akan dilakukan oleh perawat kepada pasien.	Memastikan privasi pasien. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien akan mengurangi kecemasan dan langkah awal kerja sama antara perawat dan pasien
	4) Amati penampilan pasien apakah sesuai dengan penampilan usia dan jenis kelaminnya secara normal? Catat status mental pasien, apakah dalam kondisi sadar, waspada, mampu berorientasi, responsif terhadap setiap pertanyaan dan merespon dengan tepat? Apakah bentuk wajah pasien simetris? Perhatikan tanda-tanda distress akut, seperti sesak napas, nyeri, atau cemas pada pasien.	Penampilan pasien akan memberikan informasi tentang berbagai aspek kesehatan. Perubahan kognitif dapat menjadi indikator terdapat kelainan kesehatan



- 5) Kaji struktur tubuh pasien. Apakah tinggi dan berat badan pasien dalam batas normal untuk usianya? Perhatikan apakah lemak tubuh pada pasien terdistribusi secara merata? Apakah bagian tubuh pasien tampak sama secara bilateral dan relatif proporsional? Apakah postur pasien tegak sesuai dengan usianya?

Ukuran tubuh (tinggi dan pendek), asimetri, atrofi pada salah satu sisi atau hipertrofi, postur dan proporsi tubuh yang abnormal dapat menjadi indikator terdapat masalah kesehatan



- 6) Nilailah mobilitas pasien. Apakah gaya berjalan pasien dalam batas normal, seimbang, dan terkoordinasi? Apakah mobilitas sendi (ROM) pasien normal dan terkoordinasi secara baik? Apakah ada gerakan yang tidak terkoordinasi?

Kelainan dalam gaya berjalan dan adanya abnormal dalam gerakan sendi dapat menunjukkan adanya masalah kesehatan



- 7) Nilailah perilaku pasien. Meliputi: ekspresi wajah pasien apakah sesuai dengan situasi saat ini? mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi? (dalam hal ini perlu diperhatikan norma budaya yang pasien anut, terutama seorang muslim yang mengalihkan pandangan dengan tujuan menghindari syahwat).

Ekspresi wajah, ucapan, kontak mata, dan perilaku dapat memberikan petunjuk akan suasana hati dan kesehatan mental. Defisit kebersihan dan perawatan diri dapat mengindikasikan adanya perubahan dalam kesehatan

Apakah pasien tampak nyaman bersama perawat?
Apakah ucapan pasien jelas dan dapat dimengerti?
Amati kebersihan dan perawatan diri pada pasien dan sesuai dengan iklim saat ini?
Apakah tampak bersih, dan cocok pada budaya serta usia pasien tersebut?



- 8) Kaji nyeri pada pasien (gunakan alat bantu berupa skala nyeri)



- 9) Ukur tinggi badan pasien (instruksikan pasien untuk melepas sepatu, dan berdiri tegak).
Gunakan alat pengukur tinggi badan yang terpasang di dinding atau tiang pengukur.
Bandingkan tinggi dan berat dengan bobot rata-rata yang disarankan sesuai standar yang telah ditentukan.



- 10) Gunakan alat pengukur berat badan dan tinggi badan untuk menghitung BMI pasien.
Dengan rumus :

$$\frac{\text{Berat badan (Kg)}}{\text{Tinggi badan (m)}^2}$$

Nyeri dapat mengidentifikasi adanya perubahan kesehatan dalam fisik dan psikologis

Rasio tinggi dan berat badan adalah penilaian umum untuk menentukan status kesehatan, derajat hidrasi, dan nutrisi secara keseluruhan

BMI (*Body Massa Index*) adalah indikator total simpanan lemak tubuh dan perhitungan berat badan yang lebih akurat daripada pengukuran berat badan saja. Selain itu, memberikan estimasi risiko untuk penyakit, seperti penyakit jantung, diabetes, dan hipertensi



- 11) Ukur lingkaran pinggang pasien dengan menggunakan pita pengukur. Tempatkan pita pengukur di pinggang pasien (di atas umbilicus).

Lingkar pinggang adalah indikator lemak perut yang cukup akurat. Hasil yang didapatkan bisa digunakan sebagai indikator risiko penyakit tertentu seperti diabetes tipe 2, dislipidemia, hipertensi, dan penyakit kardiovaskular



- 12) Ukurlah suhu, denyut nadi, pernapasan, tekanan darah, dan saturasi oksigen pada pasien.

Tanda-tanda vital dan saturasi oksigen diukur untuk mendapatkan data dasar dan untuk mendeteksi masalah kesehatan yang bersifat aktual atau potensial



- 13) Lepaskan alat pelindung diri jika menggunakannya dan cuci tangan hingga bersih.

Melepaskan alat pelindung diri dengan benar akan mengurangi risiko penularan infeksi dan kontaminasi akan objek yang sudah terinfeksi

4. Evaluasi

Pemeriksaan kesehatan akan menghasilkan data yang baik jika proses tersebut berlangsung hingga selesai dan pasien tidak mengalami kecemasan serta ketidaknyamanan. Data pasien yang didapatkan kemudian disusun dan didokumentasikan oleh perawat. Dalam hal ini perawat dapat bekerjasama atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain jika data pasien yang didapatkan memerlukan evaluasi lebih lanjut (jika dibutuhkan).

5. Dokumentasi

Dokumentasikan semua data temuan pada pasien yang terkait dengan pemeriksaan fisik seperti di bawah ini :

- Struktur tubuh, mobilitas, dan perilaku pasien.
- Tinggi dan berat badan, BMI, dan lingkaran pinggang pasien.
- Ada atau tidak adanya nyeri, serta penilaian nyeri awal jika ada.
- Catat pengukuran suhu ($^{\circ}\text{C}$), denyut nadi (N), respirasi (RR), dan tekanan darah (BP), serta pengukuran saturasi oksigen.

* Dokumentasi semua data yang ditemukan.

BAB 3

PEMERIKSAAN SISTEM INTEGUMEN

A. Pemeriksaan sistem integumen kulit, rambut dan kuku

Sistem integument meliputi: kulit, rambut, kuku, kelenjar keringat, dan kelenjar miyak atau *sebaceous*. Pemeriksaan kulit, rambut, dan kuku dapat memberikan informasi tentang status gizi, hidrasi dan kesehatan pasien. Selain itu, pemeriksaan ini dapat memberikan informasi yang berkaitan dengan penyakit sistemik tertentu, infeksi, imobilitas, paparan sinar matahari yang berlebihan, dan reaksi alergi.

Pemeriksaan integument dimulai dengan teknik inspeksi menyeluruh terhadap kondisi kulit pasien. Pemeriksaan pada area kulit tertentu biasanya dilakukan untuk menilai sistem tubuh tertentu. Pada bab ini pemeriksaan kulit dilakukan secara terpisah.

Alat-alat	1. <i>Handsooon</i> 2. Selimut (ukuran menyesuaikan) 3. Baju pelindung atau <i>gown</i> 4. Alat ukur berupa meteran dan penggaris 5. Senter
Pemeriksaan	Lengkapi data riwayat kesehatan pasien dengan fokus pada sistem integumen. Identifikasi faktor-faktor risiko dengan menanyakan hal-hal berikut: • Riwayat ruam, lesi, perubahan warna, atau gatal • Riwayat memar atau perdarahan pada kulit • Riwayat alergi terhadap obat-obatan, tanaman, makanan, atau zat lain • Pemakaian kosmetik dan produk mandi • Paparan sinar matahari dan riwayat kulit terbakar

- Perubahan warna, ukuran, atau bentuk tahi lalat
- Riwayat kemoterapi atau terapi radiasi
- Riwayat paparan bahan kimia yang berbahaya bagi kulit, rambut, atau kuku
- Tingkat mobilitas
- Jenis makanan yang dimakan dan cairan yang dikonsumsi setiap hari
- Terjatuh atau cedera baru-baru ini
- Riwayat tato di tubuh atau tindak badan
- Praktek budaya yang berkaitan dengan kulit

B. Pemeriksaan Kulit, Rambut dan Kuku

	<u>Tindakan</u>	<u>Rasional</u>
	1. Cuci tangan (gunakan alat pelindung diri jika diperlukan).	Cuci tangan merupakan perlindungan diri yang dapat mencegah penyebaran <i>mikroorganisme</i> .
	2. Identifikasi pasien dengan cara bertanya langsung kepada pasien tentang nama lengkap, tanggal lahir dan alamat. Untuk pasien yang tidak sadar, perawat dapat bertanya langsung kepada keluarga atau penunggu pasien.	Memastikan pasien yang tepat untuk menerima intervensi dan mencegah kesalahan.



3. Jaga privasi pasien dengan menutup tirai di sekitar bed pasien jika memungkinkan. Jelaskan tujuan pemeriksaan kesehatan sistem integumen yang akan dilakukan oleh perawat kepada pasien.

Memastikan privasi pasien. Penjelasan tindakan kepada pasien akan mengurangi kecemasan dan langkah awal kerja sama



4. Instruksikan pasien untuk melepaskan pakaian dan mengenakan pakaian khusus untuk pemeriksaa yang telah disediakan (jika perlu). Posisikan pasien sesuai kebutuhan (duduk, berdiri, dan miring) untuk memungkinkan pemeriksa melihat bagian tubuh pasien yang akan diperiksa.

Memberikan privasi akan memberikan rasa nyaman bagi pasien dan fokus pada bagian yang akan diperiksa saja. Pemeriksaan kulit dimulai dari area wajah, lengan, dan tangan.



5. Gunakan selimut untuk menutupi area yang terbuka pada pasien

Penggunaan selimut mandi dapat memberikan kenyamanan dan kehangatan pada pasien. Warna kulit secara keseluruhan merupakan indikasi status kesehatan yang baik. Ras dan individu akan mempengaruhi warna kulit menjadi bervariasi. Warna kulit seseorang harus relatif konsisten di seluruh tubuh. Contoh temuan abnormal yaitu sianosis, pucat, ikterus, dan eritema.



6. Amati secara keseluruhan warna kulit pada pasien berupa vaskularisasi, adakah perdarahan, lesi atau memar.

Tanda-tanda ini mungkin berhubungan dengan cedera atau disfungsi kardiovaskular, hematologi, atau kerusakan hati organ.



7. Dokumentasikan jika terdapat memar, goresan, luka, dan gigitan serangga. Jika ada, perhatikan ukuran, bentuk, warna, eksudat, dan distribusi atau pola.

Lesi memiliki 2 jenis (primer dan sekunder). Contohnya lesi normal yaitu makula atau bintik, sedangkan contoh lesi abnormal yaitu melanoma.



8. Lakukan palpasi kulit dengan menggunakan punggung tangan pemeriksa untuk menilai suhu pada pasien. Gunakan sarung tangan saat meraba area kulit yang terbuka.

Bagian punggung tangan lebih sensitif terhadap suhu. Peningkatan suhu kulit dapat mengindikasikan peningkatan suhu tubuh.



9. Lakukan palpasi untuk menentukan tekstur dan kelembaban kulit pasien.

Kulit kering, longgar, dan kusut merupakan tanda dari seseorang mengalami dehidrasi. Suhu tubuh yang meningkat dapat menyebabkan peningkatan keringat.



10. Periksa dan kaji turgor kulit pasien dengan mencubit kulit secara lembut di bawah klavikula

Teknik ini memberikan informasi tentang status hidrasi dan mobilitas serta elastisitas kulit pasien. Penurunan elastisitas kulit memungkinkan ada pada pasien yang mengalami dehidrasi



Palpasi di atas tulang klavikula



Palpasi pada kulit kepala



Mengukur kedalaman pitting edema



Pitting edema



11. Lakukan palpasi jika terdapat edema atau bengkak (ditandai dengan kulit kencang dan mengkilap di atas area edema).



12. Jika terdapat lesi, pemeriksa memakai handscoon untuk melakukan palpasi pada lesi tersebut.



13. Periksa kondisi kuku, termasuk bentuk dan warna serta sudut kuku, perhatikan jika ada *clubbing finger*



14. Palpasi tekstur kuku pada pasien dan amati capillary time pada pasien



15. Amati rambut dan kulit kepala pasien. Pakailah *hand scoon* jika pemeriksa curiga terdapat lesi atau personal hygiene pasien buruk

Edema mungkin disebabkan oleh overhidrasi, gagal jantung, disfungsi ginjal, atau penyakit pembuluh darah perifer.

Palpasi di area lesi dapat menyebabkan drainase, yang memberikan petunjuk terhadap jenis atau penyebab lesi. Sarung tangan/ handscoon dapat mencegah kontak dengan darah dan cairan tubuh yang terinfeksi.

Kondisi kuku seseorang memberikan informasi tentang penyakit dan status oksigenasi.

Pada umumnya kuku biasanya cembung dan kutikula berwarna merah muda dan utuh.

Sudut perlekatan kuku adalah 160 derajat. *Clubbing* hadir saat sudut alas kuku melebihi 180 derajat.

Clubbing finger merupakan tanda gejala penyakit kardiovaskuler dan paru-paru.

Kuku yang sehat memiliki sifat yang kokoh dan halus.

Pengisian kapiler normal ≤ 3 detik.

Kondisi rambut memberikan informasi tentang status gizi dan oksigenasi. Rambut harus terdistribusikan secara merata di kulit kepala. Suku, ras, genetika dapat menentukan variasi warna rambut dan bentuk.

Kulit kepala harus terasa lembut dan nyaman.



Eksplorasi kulit dan kuku pasien



Eksplorasi suhu pasien dengan menggunakan punggung tangan
(diperagakan oleh model)

C. Evaluasi

Kerjasama dan komunikasi antara perawat dengan pasien sangat berkontribusi terhadap keberhasilan pemeriksaan system integument ini. Diharapkan setelah dilakukan pemeriksaan sistem ini, pasien tidak mengalami kecemasan atau ketidaknyamanan. Semua temuan wajib didokumentasikan, dan perawat dapat berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya jika memerlukan pemeriksaan lebih lanjut.

D. Dokumentasi

Saat mendokumentasikan hasil pemeriksaan integumen, perawat wajib memastikan gambaran temuan data secara spesifik, berupa :

1. Warna, tekstur, kelembaban, suhu, turgor, dan jika terdapat edema.
2. Distribusi dan tekstur rambut.
3. Kondisi kuku, termasuk temuan abnormal.
4. Jika terdapat lesi, dokumentasikan secara spesifik, dengan menjelaskan jenis, ukuran, bentuk (gunakan meteran sebagai alat pengukur jika perlu), ketinggian, warna, lokasi, drainase, distribusi, dan pola.

BAB 4

PEMERIKSAAN KEPALA DAN LEHER

A. Pemeriksaan kepala

Pemeriksaan kepala dan leher meliputi berbagai struktur dan sistem tubuh. Kepala meliputi: mata, telinga, hidung, mulut. Struktur leher bagian anterior meliputi: trakea, kerongkongan, kelenjar tiroid, arteri, vena, dan kelenjar getah bening. Daerah leher bagian posterior pada bagian atas meliputi: tulang belakang.

Alat-alat	1. Stethoscope 2. <i>Hand spoon</i> 3. Selimut jika diperlukan 4. Senter atau penlight 5. Laryngeal mirror 6. <i>Tongue blades</i> atau <i>tongue spatula</i> 7. Otoscope 8. Garpu tala 9. <i>Snellen card</i> 10. Ophthalmoscope
Pemeriksaan	Lengkapi riwayat kesehatan dengan fokus pada kepala dan leher pasien. Identifikasi faktor-faktor risiko dengan pertanyaan sebagai berikut: • Perubahan dalam penglihatan atau pendengaran • Riwayat penggunaan lensa korektif atau alat bantu dengar • Kehilangan organ mata (penggunaan mata buatan) • Riwayat alergi • Riwayat gangguan penglihatan atau pendengaran

- Riwayat penyakit kronis, seperti hipertensi, diabetes mellitus, atau penyakit tiroid
- Riwayat terpapar zat berbahaya atau suara keras
- Riwayat terpapar sinar ultraviolet
- Riwayat merokok atau konsumsi narkoba
- Riwayat infeksi mata atau telinga
- Riwayat trauma kepala
- Riwayat mengalami suara serak yang persisten
- Riwayat perawatan gigi dan mulut

B. Pemeriksaan Kepala dan Leher

1. Pemeriksaan Mata

	<u>Tindakan</u>	<u>Rasional</u>
	1) Cuci tangan (gunakan alat pelindung diri jika diperlukan)	Cuci tangan merupakan perlindungan diri yang dapat mencegah penyebaran mikroorganisme.
	2) Identifikasi pasien dengan cara bertanya langsung kepada pasien tentang nama lengkap, tanggal lahir dan alamat. Untuk pasien yang tidak sadar, perawat dapat bertanya langsung kepada keluarga atau penunggu pasien.	Memastikan pasien yang tepat untuk menerima intervensi dan mencegah kesalahan.



- 3) Jaga privasi pasien dengan menutup tirai di sekitar bed pasien jika memungkinkan. Jelaskan tujuan pemeriksaan kesehatan pada kepala dan leher yang akan dilakukan oleh perawat kepada pasien.

Memastikan privasi pasien. Penjelasan tindakan kepada pasien akan mengurangi kecemasan dan langkah awal kerja sama



- 4) Amati kepala dan wajah pasien mulai dari warna, simetris, lesi, dan distribusi rambut di wajah pasien. Perhatikan ekspresi wajah pasien. Lakukan palpasi pada tengkorak kepala pasien.

Pada umumnya bentuk kepala normal dan simetris. Bentuk atau ukuran kepala abnormal dapat disebabkan oleh trauma atau penyakit tertentu.



- 5) Periksa struktur mata eksternal pasien (kelopak mata, bulu mata, bola mata, alis, kornea, konjungtiva, dan sklera. Catat warna, simetri, dan edema jika ada.

Adanya ptosis, styies, konjungtivitis, atau warna scleral berhubungan dengan gangguan sistemik.



- 6) Amati pupil mata pasien, meliputi: ukuran; bentuk; dan reaksi terhadap cahaya dengan menggelapkan ruangan dan menggunakan lampu senter untuk menyinari cahaya pada setiap pupil.

Menguji respons pupil terhadap cahaya dan akomodasi adalah cara menilai saraf kranial III, saraf okulomotor.



- 7) Untuk memeriksa akomodasi dan konvergensi pupil pasien, instruksikan kepada pasien untuk fokus pada alat atau suatu objek saat pemeriksa mendekatkan ke hidung pasien.

Respon pupil normal adalah konstriksi dan konvergensi. Respons pupil normal ketika mendapatkan rangsang cahaya atau ketika berfokus pada objek yang dekat maka pupil akan mengecil.

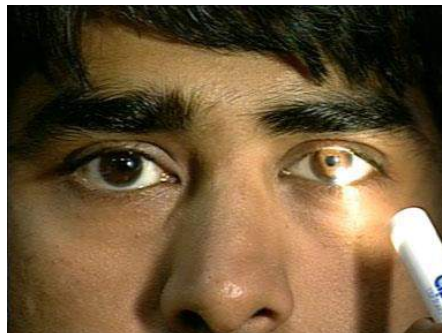


- 8) Gunakan *ophthalmoscope*, untuk memeriksa refleks merah.

Adanya refleks vaskularisasi/ kemerahan menunjukkan bahwa kornea, ruang anterior, dan lensa bebas dari *opacity* (katarak)



Gambar anatomi mata



Pupil yang mendapatkan sinar berlebihan ukurannya akan mengecil



- 9) Amati ketajaman visual pasien dengan kartu *Snellen*. Instruksikan pasien untuk membaca sederetan huruf terkecil dengan satu mata tertutup (tanpa menekan mata yang ditutup). Kemudian lakukan pada mata lainnya.

Tes ini berfungsi untuk mengevaluasi jarak penglihatan, fungsi mata dan saraf kranial II (saraf optik) pada pasien. Alat tambahan digunakan untuk menguji persepsi warna.



- 10) Periksa menjauh dari pasien sejauh 2 langkah ke depan pasien. Instruksikan pada pasien untuk fokus pada jari pemeriksa dan mengikuti ke-enam arah yang berbeda untuk melihat posisi mata pasien saat melihat objek yang digunakan oleh pemeriksa.

Tindakan ini untuk mengevaluasi fungsi masing-masing dari enam otot mata ekstraokular dan memeriksa saraf kranial III, IV, dan VI (saraf oculomotor, trochlear, dan abducens).



Pemeriksaan mata dengan kartu Snellen



Gerakan otot mata pada enam arah
(diperagakan oleh model)

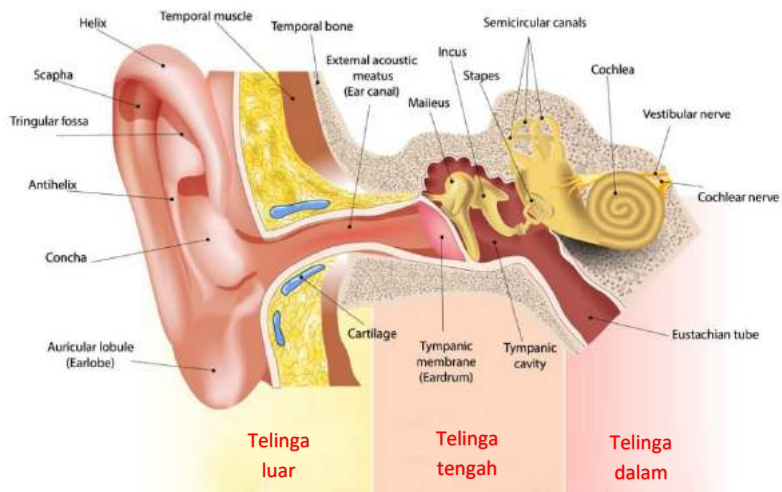
2. Pemeriksaan Telinga



- 1) Amati telinga eksternal pasien untuk mengetahui bentuk, ukuran, atau adanya lesi. Palpasi telinga dan area tulang mastoid pasien. Perhatikan apakah terdapat preauricular sinus di sekitar telinga pasien.

Inspeksi dapat mendukung dalam mencari data fisik pasien tentang kelainan, seperti warna, ukuran, *drainage*, atau lesi, peradangan (edema) atau infeksi, nodul, lesi, atau nyeri tekan.

Preaurikular sinus adalah lubang yang terhubung dengan telinga bagian dalam dan memiliki potensi bakteri masuk.



Gambar anatomi telinga



Gambar animasi pemeriksaan telinga menggunakan otoskopi



- 2) Lakukan pemeriksaan otoskopik. Untuk orang dewasa, tarik auricle ke atas dan ke belakang; untuk seorang anak, tarik auricle ke bawah dan ke belakang. Perhatikan jika terdapat serumen telinga (lilin), edema, keluarnya cairan, atau benda asing dan kondisi membran timpani pada telinga pasien.

Lubang telinga harus halus dan merah muda dan membran timpani utuh, mengkilap, dan berwarna abu-abu seperti mutiara tanpa tonjolan. Ciri-ciri gendang telinga abnormal memiliki warna kemerahan, keputihan, dan perforasi.



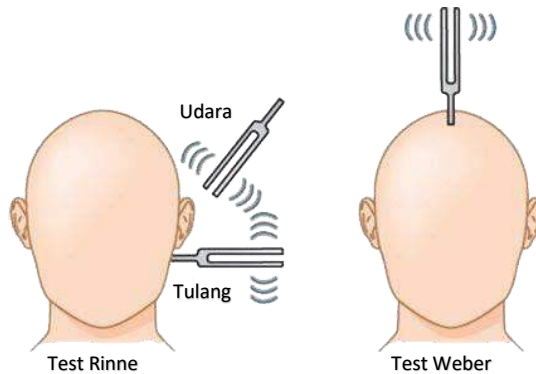
- 3) Periksa berbicara dengan cara berbisik kepada pasien untuk menguji pendengaran pasien dengan cara pemeriksa berdiri sekitar 1 atau 2 kaki menjauh dari pasien (di luar garis pandang pasien). Instruksikan pasien untuk menutupi telinga yang tidak diperiksa. Lakukan pemeriksaan tersebut pada telinga lainnya.

Uji ini bertujuan memberikan penilaian pada saraf kranial VIII (saraf akustik).



- 4) Gunakan garpu tala untuk melakukan tes Weber dan uji Rinne jika pasien mengeluhkan atau melaporkan bahwa pendengarannya berkurang di satu atau kedua telinganya.

Tes ini membantu untuk membedakan gangguan pendengaran sensorineural atau konduktif.



Gambar pemeriksaan Test Rinne dan Test Weber

3. Pemeriksaan Hidung

1) Gunakan *handscoon* untuk mengamati dan melakukan palpasi pada hidung eksternal pasien.



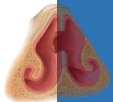
Sarung tangan mencegah kontak dengan darah dan cairan tubuh. Tindakan ini menilai warna, bentuk, konsistensi, dan kelembutan hidung

2) Lakukan palpasi dan perkusi ringan pada sinus frontal dan maksila.



Palpasi dan perkusi pda daerah sinus digunakan untuk mendeteksi apakah ada sensasi nyeri tekan dan/ atau krepitasi dapat mengindikasikan adanya penumoukan cairan atau infeksi di area sinus

3) Tutup salah satu lubang hidung pasien secara dengan jari pemeriksa, instruksikan pasien bernafas melalui lubang hidung yang tidak tertutup (ulangi untuk sisi lain). Amati cara bernapas pasien.



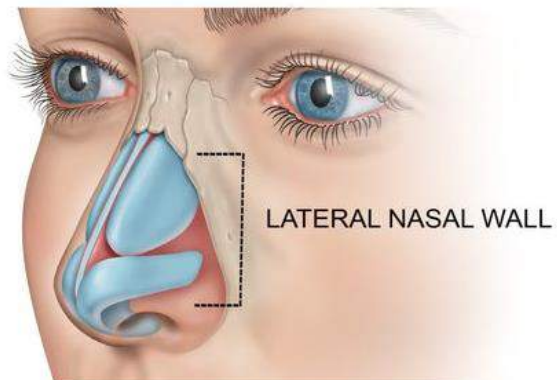
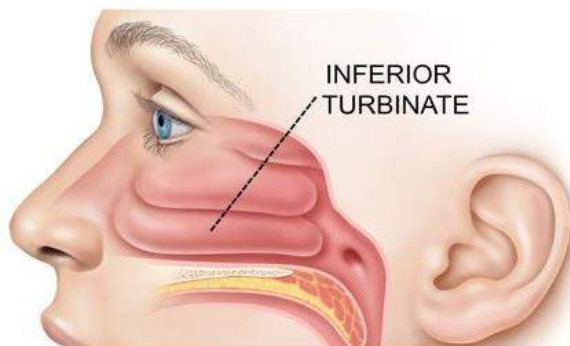
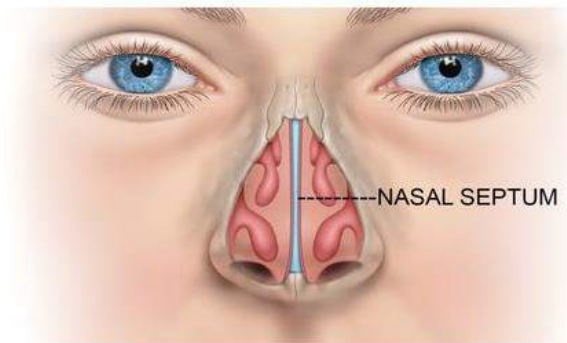
Teknik ini memeriksa kepatenan saluran hidung

	4) Amati lubang hidung bagian internal pasien menggunakan otoskop dan spekulum hidung. Amati apakah terdapat pembesaran konka, polip atau septum tidak simetris.	Teknik ini dapat mendeteksi edema, peradangan, dan drainase yang berlebihan.
	5) Palpasi sendi temporomandibular dengan menempatkan jari telunjuk pemeriksa di bagian depan setiap telinga dan instruksikan pasien untuk membuka dan menutup mulut.	Tindakan ini untuk mengevaluasi sendi temporomandibular dan bagian motorik pada saraf kranial V (saraf trigeminal).

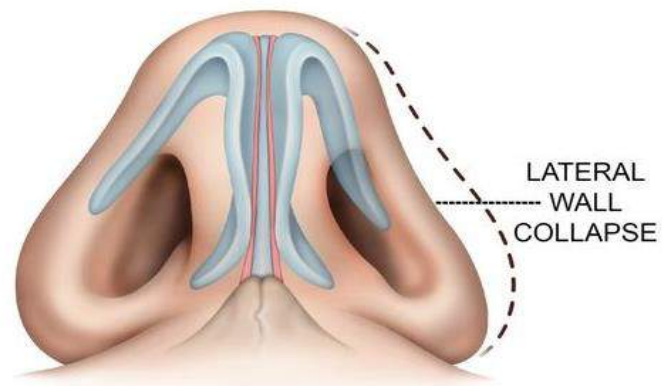
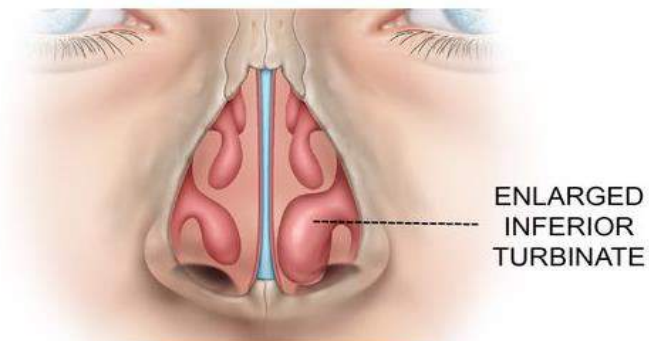
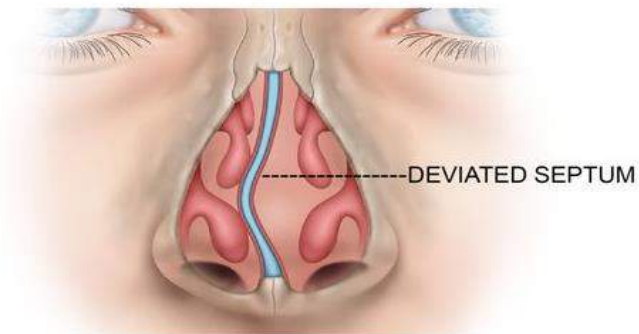


Gambar hidung bagian luar (normal)

Sumber: https://www.yelp.com/biz_photos/gregory-dibelius-md-bocaron?select=S9VTefbSgtpmYyGrpYT19g



Gambar hidung bagian dalam yang tidak mengalami gangguan
https://www.yelp.com/biz_photos/gregory-dibelius-md-bocarraton?select=S9VTefbSgtpmYyGrpYT19g



Gambar hidung bagian dalam mengalami gangguan
https://www.yelp.com/biz_photos/gregory-dibelius-md-bocaron?select=S9VTefbSgtpmYyGrpYT19g

4. Pemeriksaan Mulut



- 1) Amati bentuk bibir, mukosa mulut, *hard dan soft palatum*, gusi, gigi, karang gigi, karies gigi, gigi berlubang dan lubang kelenjar ludah dengan meminta pasien untuk membuka mulut yang lebar dengan dibantu menggunakan tongue spatula dan senter. mengunyah makanan. Tanyakan pada pasien tentang riwayat pencabutan gigi.



- 2) Tanyakan pada pasien tentang di sebelah kanan atau kiri pasien dalam menunyah makanan



- 3) Amatilah lidah pasien dengan menginstruksikan pasien untuk menjulurkan lidah, mendorong lidah ke kiri dan kanan. Amati uvula dengan meminta pasien mengatakan "ahh" sambil menjulurkan lidah. Palpasi lidah dengan lembut.

Teknik ini mengevaluasi kondisi struktur mulut dan tingkat hidrasi pasien.

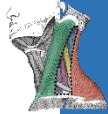
Gigi yang berlubang dapat menjadi penyebab hipertermi dan timbulnya sensasi rasa nyeri.

Otot yang sering digunakan untuk mengunyah makanan akan terlihat lebih besar.

Daerah otot pipi yang dominan dipakai dalam mengunyah akan terlihat lebih besar dibandingkan dengan daerah pipi yang tidak sering digunakan dalam mengunyah.

Menjulurkan lidah untuk mengevaluasi fungsi saraf kranial XII (saraf hipoglosus). Mengatakan "ahh" akan memeriksa pergerakan uvula dan langit-langit lunak. Lidah normal akan terasa lembut dengan tonus otot positif dan kaku.

5. Pemeriksaan Leher



- 1) Lakukan palpasi, dimulai dari dahi pasien menggunakan jari pemeriksa dengan gerakan melingkar yang lambat hingga ke bagian segitiga posterior leher untuk mendeteksi apakah ada pembesaran kelenjar getah bening.



- 2) Palpasi di bagian depan dan belakang telinga pasien, lalu di bawah dagu, kemudian di bagian segitiga anterior untuk mendeteksi apakah ada pembesaran kelenjar getah bening.



- 3) Lakukan palpasi pada daerah arteri karotis kiri pasien. **Lakukan hal ini satu waktu saja, jika melakukan hal ini beberapa kali dengan tujuan tertentu maka berikan jeda waktu.**



- 4) Lakukan palpasi pada area trakea pasien

Inspeksi dapat mendeteksi bentuk simetris kepala dan rambut.

Palpasi dapat menentukan ukuran, bentuk, mobilitas, konsistensi, dan / atau terdapat nyeri pada kelenjar getah bening yang membesar.

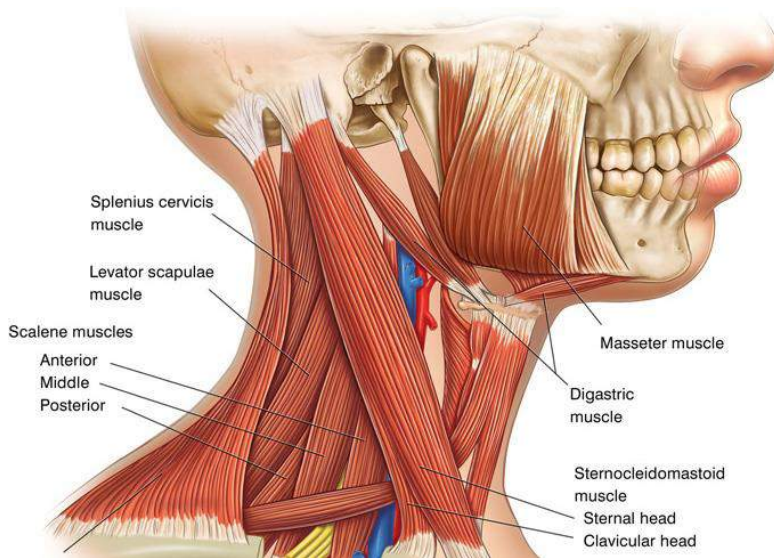
Teknik ini dapat mendeteksi adanya pembesaran kelenjar getah bening, benjolan, dan massa.

Palpasi di daerah ini bertujuan untuk mengevaluasi sirkulasi darah pada arteri.

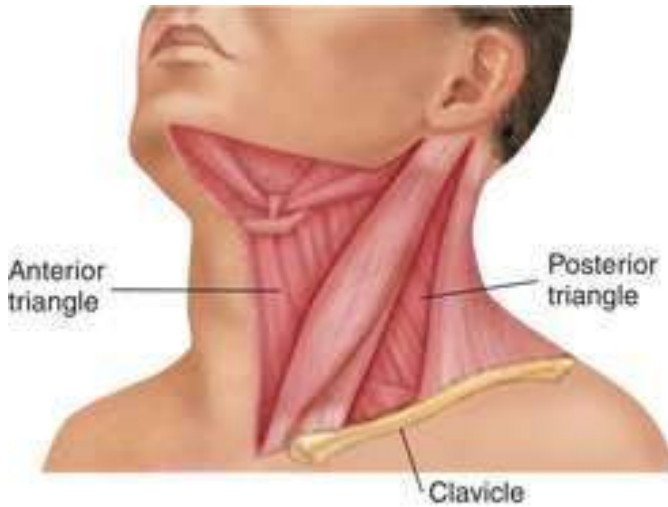
Palpasi pada kedua arteri sekaligus dapat menghambat aliran darah ke otak sehingga lakukan dalam waktu sesingkat mungkin.

Auskultasi dapat mendeteksi bruit.

Inspeksi leher dan palpasi trakea dapat mengevaluasi posisi garis tengahnya (simetris).



Gambar Otot Leher



Gambar Otot Leher



- 5) Lakukan palpasi pada kelenjar tiroid menggambarkan dua teknik). Kemudian, jika teraba besar, auskultasi kelenjar tiroid menggunakan bel stetoskop.

Palpasi dapat mendeteksi terjadinya pembesaran tiroid, nyeri tekan, atau nodul; auskultasi mengidentifikasi bruit. Bruit adalah suara yang terjadi di dalam pembuluh darah akibat turbulensi, penumpukan plak)



- 6) Periksa dan raba area supraclavikula.

Teknik ini dapat mendeteksi pembesaran kelenjar getah bening.



- 7) Periksa kemampuan pasien dalam untuk menggerakkan otot leher. Instruksikan pasien untuk menyentuh dagu ke dada dan ke masing-masing bahu. Instruksikan ke pasien menggerakkan telinga kiri menyentuh bahu kiri dan telinga kanan menyentuh bahu kanan. Gerakan menjauhkan kepala ke belakang sejauh mungkin.

Tindakan ini untuk menilai ROM leher, baik gerakan otot leher yang terkontrol maupun tidak terkontrol.



- 8) Lepaskan APD jika menggunakan dan cuci tangan. Lanjutkan dengan pemeriksaan sistem tubuh spesifik, sesuai kebutuhan atau indikasi. Jika menemukan data pasien yang serius, lakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai kebutuhan.

Melepaskan APD yang telah terpakai di tempat yang telah direkomendasikan akan mengurangi risiko penularan infeksi dan kontaminasi. Kebersihan tangan mencegah penyebaran mikroorganisme.



Gambar palpasi arteri karotis
(diperagakan oleh model)



Gambar palpasi tiroid
anterior

Gambar palpasi tiroid
posterior

Gambar auskultasi tiroid



Gambar palpasi hidung

Gambar palpasi sinus

Gambar perkusi sinus

C. Evaluasi

Kerjasama dan komunikasi pasien berkontribusi dalam keberhasilan pemeriksaan ini. Diharapkan setelah dilakukan pemeriksaan, pasien tidak mengalami kecemasan atau ketidaknyamanan. Semua temuan wajib didokumentasikan, dan perawat dapat berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya jika memerlukan pemeriksaan lebih lanjut.

D. Dokumentasi

Saat mendokumentasikan hasil pemeriksaan integumen, perawat wajib memastikan gambaran temuan data secara spesifik, berupa:

1. Kepala dan wajah: simetri, warna, dan adanya lesi atau edema.
2. Ketajaman visual: reaksi pupil, kondisi mata eksternal, dan refleks merah.
3. Hasil tes atau pemeriksaan untuk akomodasi, konvergensi, dan otot ekstraokular.
4. Kondisi telinga eksternal dan internal, perhatikan adanya lesi atau keputihan.
5. Hasil dari setiap tes pendengaran.
6. Kondisi hidung dan sinus internal dan eksternal.
7. Kondisi bibir, gusi, lidah, dan mukosa.
8. Pemeriksaan nadi karotis.
9. Posisi trakea dan pembesaran tiroid.
10. Kelenjar getah bening yang dapat diraba.
11. Range of Motion.
12. Adanya nyeri atau ketidaknyamanan.

BAB 5

PEMERIKSAAN THORAX DAN PARU-PARU

A. Pemeriksaan Thorak dan Paru-Paru

Toraks terdiri dari paru-paru, tulang rusuk, tulang rawan, dan otot interkostal. Pemeriksaan secara menyeluruh pada sistem pernapasan sangatlah penting. Sistem organ vital ini adalah bertujuan untuk mensuplai oksigen dan membawa keluar karbon dioksida dari tubuh. Untuk melakukan pemeriksaan status pernapasan pada pasien, perawat harus memiliki teknik pemeriksaan fisik yang baik dan tepat. Selain itu perawat harus memiliki skill dalam mengenali dan mengidentifikasi suara napas normal dan abnormal, hal tersebut merupakan komponen penting dalam pemeriksaan dan penilaian paru-paru.

Alat-alat	1. Alat pelindung diri 2. Handuk atau selimut 3. Jas laboratorium 4. Senter atau penlight 5. Stetoskop 6. Meteran sebagai alat pengukur
Pemeriksaan	Lengkapi riwayat kesehatan pasien dengan fokus pada rongga dada dan paru-paru. Identifikasi faktor risiko dengan pertanyaan sebagai berikut: • Riwayat trauma pada tulang rusuk atau operasi paru-paru • Jumlah bantal yang digunakan saat tidur • Riwayat nyeri dada dengan pernapasan dalam • Riwayat batuk persisten dengan atau tanpa menghasilkan dahak

- Riwayat alergi
- Riwayat terpapar terhadap bahan kimia, asbes, atau asap
- Riwayat merokok
- Riwayat penyakit paru-paru pada anggota keluarga atau diri sendiri
- Riwayat infeksi pernapasan yang bersifat akut atau kronis

Tabel 5.1 Suara napas normal

Suara Napas Normal		
Tipe dan gambaran	Lokasi	Rasio dari inspirasi dan ekspirasi
<i>Bronkial</i> atau <i>Tubular</i> (Hembusan napas tidak terdengar)	Auskultasi di atas trakea	Ekspirasi lebih Panjang daripada inspirasi
<i>Bronchovesicular</i> (Suara napas bernada sedang, intensitas sedang)	Auskultasi pada interkosta pertama dan kedua di anterior dan skapula posterior	Inspirasi dan ekspirasi memiliki nada dan durasi yang sama
<i>Vesicular</i> (Suara napas bernada rendah)	Auskultasi di daerah batas pinggir paru-paru	Inspirasi lebih Panjang dan bernada lebih tinggi daripada ekspirasi

Tabel 5.2 Suara napas normal

Bunyi Suara Napas Tidak Normal	
<i>Wheezing</i> (berdesis)	- Suara bernada tinggi dan terus-menerus - Bunyi berlangsung pada saat inspirasi dan ekspirasi - Terjadi di jalan pernapasan dengan ukuran kecil
<i>Wheezing</i> (sonor/ nyaring)	- Suara bernada rendah dan terus-menerus - Bunyi berlangsung pada saat selama inspirasi dan ekspirasi - Terjadi di jalan pernapasan dengan ukuran besar - Suara kembali normal saat batuk
<i>Crackles</i>	- Gelembung, berderak, bermunculan - Suara bernada rendah dan terputus-putus - Bunyi berlangsung pada saat inspirasi - Terjadi pada saluran udara kecil: alveoli, bronkiolus, bronkus, dan trakea
<i>Friction Rub</i>	- Bergesek-gesekan - Suara terdengar keras di atas permukaan anterior lateral - Bunyi berlangsung pada saat inspirasi dan ekspirasi

B. Pemeriksaan Thorax dan Paru-paru

	Tindakan	Rasional
	1) Cuci tangan (gunakan alat pelindung diri jika diperlukan)	Cuci tangan merupakan perlindungan diri yang dapat mencegah penyebaran mikroorganisme.
	2) Identifikasi pasien	Memastikan pasien yang tepat untuk menerima intervensi dan mencegah kesalahan.
	3) Jaga privasi pasien dengan menutup tirai di sekitar bed pasien jika memungkinkan. Jelaskan tujuan pemeriksaan kesehatan yang akan dilakukan oleh perawat kepada pasien.	Memastikan privasi pasien. Penjelasan tindakan kepada pasien akan mengurangi kecemasan dan langkah awal kerja sama
	4) Instruksikan kepada pasien untuk membuka bajunya. Gunakan selimut atau handuk untuk menutupi bagian tubuh pasien yang terbuka selain bagian tubuh yang diperiksa. Instruksikan pasien untuk duduk.	Memberikan privasi pada pasien akan menciptakan kenyamanan saat pemeriksaan.

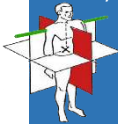
a. Dada Belakang (*Posterior Thorax*)



- 1) Amati kulit, tulang, otot-otot pada tulang belakang, tulang belikat, punggung, dan simetri ekspansi serta jika ada penggunaan otot bantu selama pasien bernapas

Pemeriksaan ini akan memberikan informasi tentang ekspansi paru-paru dan jika terdapat penggunaan otot tambahan selama respirasi pada pasien.

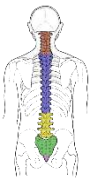
Pemeriksaan kulit pada dada meliputi: warna, adanya lesi, ruam, atau adanya massa.



- 2) Periksa dan amati diameter *anteroposterior* (AP) dan lateral toraks pada pasien.

Penilaian ini membantu mendeteksi deformitas, contohnya dada tong dan pigeon chest.

Umumnya, AP lebih kecil dari diameter transversal (rasio 1: 2).



- 3) Lakukan palpasi pada tulang belakang. Adakah kelainan bentuk atau rasa nyeri ketika pemeriksa melakukan palpasi di daerah tersebut.

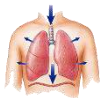
Palpasi dapat mengungkapkan temuan abnormal, seperti kelembaban kulit, asimetri otot, massa, atau nyeri tekan.

- a. Gunakan permukaan telapak tangan untuk meraba suhu, kelembutan, perkembangan otot, atau adanya massa.



- b. Instruksikan pasien untuk mengambil napas dalam-dalam dan nilailah taktil fremitus dengan meletakkan telapak tangan pemeriksa di daerah *posterior thorax* dan instruksikan pasien untuk mengatakan "sembilan puluh sembilan". Amati dan rasakan apakah getaran atau fibrasi yang dihasilkan sama antara bagian kanan dan kiri.

Taktil fremitus dapat memberikan informasi tentang kepadatan paru-paru melalui sensasi getaran (peningkatan getaran di area yang dikonsolidasikan. Pada kasus penyakit pneumonia, getaran paru-paru akan meredup.



- 4) Instruksikan pasien untuk berdiri dan amati ekspansi toraks saat pasien sedang bernapas (posisi pemeriksa di belakang pasien). Letakkan kedua ibu jari di tulang belakang pasien (T9 atau T10). Instruksikan pasien untuk mengambil napas dalam-dalam dan perhatikan gerakan tangan pemeriksa saat dada pasien melakukan Gerakan inspirasi dan ekspirasi.

Gerakan dada baik saat inspirasi maupun ekspirasi harus simetris secara bilateral



- 5) Lakukan perkusi di bidang paru-paru *posterior* dan *lateral* pada pasien dengan menggunakan pola zigzag, mulai di atas skapula hingga ke dasar paru-paru. Catatlah intensitas, nada, durasi, dan kualitas suara yang dihasilkan. Lakukan perkusi untuk ekskuri diafragma di setiap sisi *posterior thorax*.

Pemeriksaan perkusi pada bidang paru-paru membantu mengidentifikasi kepadatan dan lokasi paru-paru, diafragma, dan struktur anatomi lainnya.

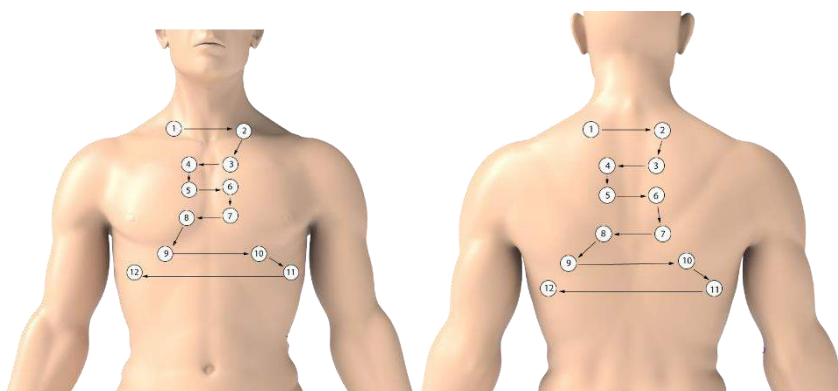
Paru-paru yang berisi udara normal saat dilakukan perkusi, suaranya akan terdengar keras, dan dalam durasi lama.



- 6) Lakukan auskultasi pada paru-paru pasien, dimulai dari kanan lalu kiri dengan melintasi dari bawah *posterior thorax* hingga ke pangkal paru-paru saat pasien bernapas secara perlahan dan dalam melalui mulut.

Pemeriksaan auskultasi paru bertujuan untuk menilai suara napas normal dan suara napas abnormal (adventif).

Bunyi napas tidak normal menunjukkan adanya gangguan pernapasan seperti penyakit, seperti asma atau bronkitis



Gambar titik auskultasi dada

b. Dada Depan (*Anterior Thorax*)



- 1) Lakukan inspeksi pada *anterior thorax* atau dada bagian depan pasien secara keseluruhan. Instruksikan pasien untuk duduk dan melepaskan baju sehingga dada depan terbuka. Amatilah kulit, tulang, otot, simetri ekspansi paru dan adanya penggunaan otot tambahan selama pasien bernapas.

Pemeriksaan inspeksi memberikan informasi tentang ekspansi paru-paru, adanya penggunaan otot dada tambahan, upaya pernapasan, dan adanya kelainan bentuk



- 2) Lakukan palpasi pada *anterior thorax* pasien dengan menggunakan urutan yang benar. Lakukan palpasi taktil fremitus (saat pasien mengatakan "sembilan puluh sembilan").

Pemeriksaan palpasi bertujuan menilai massa, krepitasi, perkembangan dan pengecilan otot, serta nyeri tekan. Menilai taktil fremitus dapat memberikan informasi tentang kepadatan paru-paru



- 3) Lakukan perkusi pada *anterior thorax* pasien dengan menggunakan urutan yang benar.

Pemeriksaan perkusi pada bidang paru-paru dapat membantu mengidentifikasi kepadatan dan lokasi paru-paru, diafragma, dan struktur anatomi lainnya.



- 4) Lakukan auskultasi paru-paru melalui *anterior thorax* pada saat pasien bernapas perlahan dan dalam melalui mulut.

Pemeriksaan auskultasi paru bertujuan untuk menilai suara napas normal dan suara napas abnormal



- 5) Instruksikan pasien untuk melakukan posisi supinasi (posisi kedua tangan pasien di sisi tubuh), kemudian amati bentuk simetri payudara pasien, apakah terdapat jejas atau lesi. Kemudian instruksikan pasien untuk mengangkat kedua tangan sejajar dengan kepala, kemudian amati apakah terdapat pembesaran kelenjar getah bening di daerah aksila.

Teknik pemeriksaan ini bertujuan mengevaluasi kondisi umum payudara dan membantu mengidentifikasi jika ada kelainan



- 6) Kemudian lakukan palpasi pada aksila pasien (posisi lengan pasien di sisi kepala). Lakukan palpasi pada payudara dan puting susu pada pasien. Gunakan sarung tangan atau *handscoon* jika ada cairan dari puting susu atau jika ada lesi.

Pemeriksaan palpasi pada aksila dapat membantu mendeteksi adanya pembesaran nodular, nyeri tekan, dan kelainan lainnya. Pemeriksaan palpasi pada payudara bertujuan untuk mengevaluasi konsistensi dan elastisitas jaringan dan kelainan puting payudara serta adanya benjolan atau massa



- 7) Lepaskan sarung tangan atau APD tambahan, jika menggunakan. Cuci tangan hingga bersih.

Melepaskan APD yang telah terpakai di tempat yang telah direkomendasikan akan mengurangi risiko penularan infeksi dan kontaminasi. Kebersihan tangan mencegah penyebaran mikroorganisme

C. Evaluasi

Kerjasama dan komunikasi antara perawat dan pasien sangat berkontribusi dalam keberhasilan pemeriksaan thorax dan paru-paru. Diharapkan setelah dilakukan pemeriksaan, pasien tidak mengalami kecemasan atau ketidaknyamanan.

Semua temuan wajib didokumentasikan, dan perawat dapat berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya jika memerlukan pemeriksaan lebih lanjut.

D. Dokumentasi

Saat mendokumentasikan hasil pemeriksaan integumen, perawat wajib memastikan gambaran temuan data secara spesifik, berupa:

1. Dokumentasikan semua temuan yang telah dilakukan secara spesifik.
2. Perhatikan lokasi atau area yang terdapat temuan abnormal.
3. Untuk pemeriksaan payudara, deskripsikan temuan abnormal dengan menggunakan posisi jam untuk menggambarkan lokasi temuan.

BAB 6

PEMERIKSAAN JANTUNG

A. Pemeriksaan Jantung

Keutamaan dari sistem kardiovaskular adalah mengangkut oksigen, nutrisi, zat-zat lain ke jaringan tubuh dan membuang produk-produk sisa metabolisme ke ginjal dan paru-paru. Pemeriksaan yang cermat terhadap sistem vital ini sangatlah penting. Auskultasi yang cermat dalam pemeriksaan jantung merupakan hal yang penting. Mengidentifikasi bunyi jantung membutuhkan latihan dan skill yang cukup sehingga pemeriksa dapat membedakan bunyi jantung normal dan abnormal.

Alat-alat	1. Alat pelindung diri 2. Handuk atau selimut 3. Gawn untuk pemeriksa 4. Stetoskop 5. Meteran sebagai alat pengukur
Pemeriksaan	Lengkapi riwayat kesehatan pasien dengan fokus pada pemeriksaan jantung. Identifikasi faktor risiko dengan pertanyaan sebagai berikut: • Riwayat nyeri dada, sesak, jantung berdebar, pusing, atau kelelahan • Riwayat pembengkakan di pergelangan kaki dan kaki • Jumlah bantal yang digunakan untuk tidur • Riwayat konsumsi jenis dan jumlah obat yang diminum setiap hari

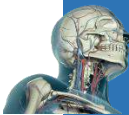
	• Riwayat kelainan jantung, demam rematik, atau operasi dada atau jantung • Riwayat <i>hipertensi</i> pada keluarga (tekanan darah tinggi), <i>infark miokard</i> (serangan jantung), penyakit <i>arteri koroner</i>, kadar kolesterol darah tinggi, atau <i>diabetes mellitus</i> • Riwayat merokok • Riwayat penggunaan alkohol • Jenis aktivitas dan frekuensi berolahraga • Konsumsi makanan yang biasa dimakan setiap hari
--	--

B. Pemeriksaan Fisik Jantung

	<u>Tindakan</u>	<u>Rasional</u>
	1) Cuci tangan (gunakan alat pelindung diri jika diperlukan)	Cuci tangan merupakan perlindungan diri yang dapat mencegah penyebaran mikroorganisme.
	2) Identifikasi pasien	Memastikan pasien yang tepat untuk menerima intervensi dan mencegah kesalahan.
	3) Jaga privasi pasien dengan menutup tirai di sekitar bed pasien jika memungkinkan. Jelaskan tujuan pemeriksaan kesehatan yang akan dilakukan oleh perawat kepada pasien.	Memastikan privasi pasien. Penjelasan tindakan kepada pasien akan mengurangi kecemasan dan langkah awal kerja sama



- 4) Instruksikan pasien untuk membuka baju (catatan: pada kasus tertentu beberapa pasien tidak dapat melakukan hal ini secara mandiri sehingga pemeriksa dapat membantu melakukan hal tersebut). Instruksikan dan bantu pasien untuk melakukan posisi terlentang dengan kepala terangkat sekitar 30 hingga 45 derajat. Gunakan selimut atau handuk untuk menutupi area yang terbuka selain daerah tubuh yang sedang diperiksa.



- 5) Lakukan palpasi pada area arteri karotis kiri dan kanan. Lakukan palpasi ini dalam waktu singkat dan hanya dilakukan satu kali saja. Gunakan stetoskop untuk auskultasi arteri.

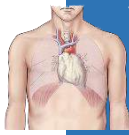


- 6) Lakukan inspeksi pada leher pasien untuk mengetahui adanya distensi vena jugularis. Amati apakah ada denyut di bagian tersebut.

Memiliki pasien yang memakai gaun memfasilitasi pemeriksaan sistem kardiovaskular. Penggunaan selimut mandi memberikan kenyamanan dan kehangatan.

Tindakan palpasi di daerah ini bertujuan untuk mengevaluasi sirkulasi darah melalui arteri. Meraba kedua arteri sekaligus dapat menghambat aliran darah ke otak. Auskultasi dapat mendeteksi bruit (suara yang terjadi di dalam pembuluh darah akibat turbulensi, penumpukan plak atau kerusakan pada pembuluh darah).

Teknik ini membantu mendeteksi adanya tekanan jantung di sisi kanan.



- 7) Periksa prekordium dengan mengamati impuls apikal di intercostal ke-4 hingga ke-5 (ICS).

Inspeksi prekordium membantu mendeteksi denyut nadi.

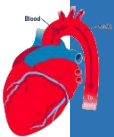
Umumnya tidak ada denyutan, kecuali impuls apikal.



- 8) Palpasi intercostal ke-4 hingga ke-5 dengan menggunakan telapak tangan dengan teknik keempat jari disatukan untuk merasakan adanya denyutan (suhu telapak tangan pemeriksa harus hangat). Palpasi dilakukan secara sistematis, meliputi: aorta, pulmo, trikuspid, dan area mitral serta titik Erb. Palpasi impuls apikal di daerah mitral. Catat ukuran, durasi, kekuatan, dan lokasi sehubungan dengan garis midclavicular.

Pemeriksaan ini membantu mengidentifikasi setiap sensasi prekordial, adanya getaran yang deras di atas ICS kedua kanan atau kiri, dan setiap pengangkatan atau penurunan yang melibatkan perbatasan tulang dada ketika setiap jantung berdetak.

Normalnya tidak ada denyutan teraba di atas area aorta dan pulmonal.

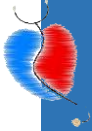


- 9) Lakukan auskultasi secara sistematis mulai dari area aorta dengan menggunakan stethoscope, pindah ke area pulmonik, lalu ke titik Erb, kemudian ke daerah trikuspid, dan berakhir di daerah mitral. Instruksikan pasien untuk bernapas secara normal ketika pemeriksaan berlangsung.

Auskultasi bertujuan mengevaluasi denyut jantung dan irama dan menilai suara normal (lub = S1; dub = S2) dan suara jantung abnormal (S3 dan S4).

Bunyi jantung normal (S1 dan S2) dihasilkan oleh penutupan katup (aorta, pulmonik, trikuspid, mitral).

S3 bisa menjadi temuan normal pada wanita hamil pada trimester ketiga karena peningkatan curah jantung.



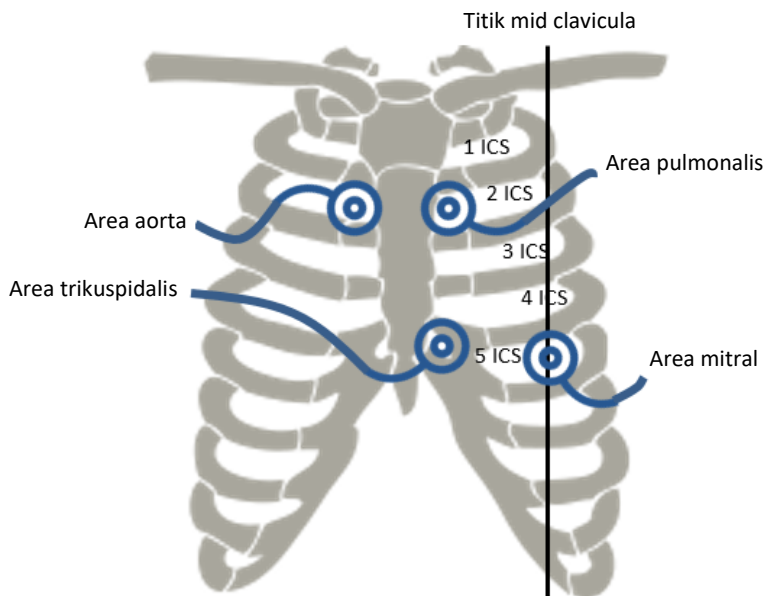
10) Fokus pada laju dan ritme jantung secara keseluruhan dan bunyi jantung normal dengan menggunakan stethoscope. Instruksikan pasien untuk kembali menggunakan baju.

Fungsi dari stethoscope adalah untuk mendengarkan suara bernada tinggi dan suara bernada rendah.



11) Lepaskan alat pelindung diri pada pemeriksa jika menggunakan dan cuci tangan

Melepaskan APD yang telah terpakai di tempat yang telah direkomendasikan akan mengurangi risiko penularan infeksi dan kontaminasi. Kebersihan tangan mencegah penyebaran mikroorganisme



Gambar titik auskultasi jantung

C. Evaluasi

Kerjasama dan komunikasi antara perawat dan pasien sangat berkontribusi dalam keberhasilan pemeriksaan jantung. Diharapkan setelah dilakukan pemeriksaan, pasien tidak mengalami kecemasan atau ketidaknyamanan. Semua temuan wajib didokumentasikan, dan perawat dapat berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya jika memerlukan pemeriksaan lebih lanjut.

D. Dokumentasi

Saat mendokumentasikan hasil pemeriksaan integumen, perawat wajib memastikan gambaran temuan data secara spesifik, berupa:

1. Warna dan suhu kulit.
2. Hasil inspeksi arteri karotis, vena jugularis, dan area dinding dada anterior.
3. Hasil palpasi area sternoklavikula, serta dinding dada anterior untuk adanya denyut, dan sensasi.
4. Hasil temuan auskultasi, termasuk kecepatan, irama, nada, dan lokasi suara.
5. Bunyi jantung normal (S_1 dan S_2) serta bunyi abnormal (S_3 dan S_4).

BAB 7

PEMERIKSAAN ABDOMEN

A. Pemeriksaan Abdomen

Abdomen atau Bahasa umumnya adalah perut merupakan rongga terbesar dalam tubuh manusia yang berisi lambung, usus kecil, usus besar, hati, kandung empedu, pankreas, limpa, ginjal, kandung kemih, kelenjar adrenal, dan pembuluh darah utama. Khusus pada wanita, perut wanita dilengkapi oleh rahim, saluran tuba, dan indung telur.

Untuk pemeriksaan fisik, abdomen atau perut dapat dibagi menjadi empat atau sembilan kuadran. Teknik urutan dalam menilai abdomen atau perut memiliki urutan yang berbeda dari pemeriksaan dada. Pemeriksa memulai dengan inspeksi, kemudian auskultasi, perkusi, dan palpasi. Hal ini dikarenakan melakukan tindakan palpasi dan perkusi sebelum auskultasi dapat mengubah suara yang terdengar pada saat auskultasi. Sebelum memulai pemeriksaan abdomen atau perut, instruksikan pada pasien untuk mengosongkan kandung kemihnya karena kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan ketidaknyamanan selama pemeriksaan atau mempengaruhi temuan pemeriksaan.

Alat-alat	1. Alat pelindung diri 2. Handuk atau selimut 3. Gawn untuk pemeriksa 4. Stetoskop 5. Senter atau penlight 6. Meteran sebagai alat pengukur
Pemeriksaan	Lengkapi riwayat kesehatan, dengan fokus pada abdomen. Identifikasi faktor risiko untuk kesehatan yang berubah selama riwayat kesehatan dengan menanyakan hal-hal berikut: • Riwayat nyeri perut

- Riwayat gangguan pencernaan, mual atau muntah, sembelit atau diare
- Riwayat alergi makanan atau intoleransi laktosa
- Asupan nafsu makan dan makanan biasa serta cairan
- Pola eliminasi usus dan kandung kemih biasa
- Riwayat gangguan gastrointestinal, seperti penyakit tukak lambung, penyakit usus, penyakit kandung empedu, penyakit hati, atau radang usus buntu
- Riwayat gangguan saluran kemih, seperti infeksi, batu ginjal, atau penyakit ginjal
- Riwayat operasi perut atau trauma
- Jenis dan jumlah obat yang diresepkan dan dijual bebas yang digunakan
- Riwayat konsumsi alkohol
- Riwayat menstruasi (bagi wanita)

B. Pemeriksaan Fisik Abdomen

<u>Tindakan</u>	<u>Rasional</u>
 1) Cuci tangan (gunakan alat pelindung diri jika diperlukan)	Cuci tangan merupakan perlindungan diri yang dapat mencegah penyebaran mikroorganisme.



2) Identifikasi pasien

Memastikan pasien yang tepat untuk menerima intervensi dan mencegah kesalahan.



3) Jaga privasi pasien dengan menutup tirai di sekitar bed pasien jika memungkinkan. Jelaskan tujuan pemeriksaan kesehatan yang akan dilakukan oleh perawat kepada pasien.

Memastikan privasi pasien. Penjelasan tindakan kepada pasien akan mengurangi kecemasan dan langkah awal kerja sama



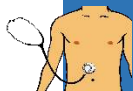
4) Instruksikan pasien untuk membuka baju dan tidur dengan posisi telentang. Gunakan selimut mandi untuk menutupi area yang terbuka selain dari yang akan diperiksa.

Penggunaan baju khusus pasien atau selimut akan memberikan kenyamanan dan kehangatan bagi pasien.



5) Inspeksi abdomen pasien untuk mengetahui warna kulit, kontur, denyut, umbilikus, dan karakteristik permukaan lainnya (ruam, lesi, massa, bekas luka).

Umbilikus harus terletak di pusat (sebagian individu memiliki bentuk umbilicus bulat, atau cekung). Perut yang normal berbentuk bulat atau simetris, tanpa adanya peristaltik yang terlihat. Pada orang kurus, denyut garis tengah atas biasanya dapat terlihat.



6) Auskultasi kesembilan regio abdomen untuk mendapatkan data bising usus dengan menggunakan diafragma stetoskop. Lakukan secara sistematis.

Melakukan tindakan auskultasi terlebih dahulu sebelum perkusi atau palpasi dapat mencegah gangguan data temuan. Auskultasi dapat mendeteksi adanya bising usus, yang mengindikasikan peristaltik



- 7) Lakukan auskultasi pada abdomen untuk mendapatkan suara vaskular dengan menggunakan bel *stethoscope*.

Bunyi bruit pada saat tindakan auskultasi menunjukkan aneurisma atau stenosis arteri



- 8) Perkusi perut untuk nada.

Tindakan perkusi bertujuan menilai kepadatan isi perut, organ, atau adanya massa. Suara *tympany* mengindikasikan organ yang dipenuhi udara (mis., Lambung dan usus). Organ hati umumnya memiliki tekstur yang kenyal dan padat. Perkusi di sisi kanan membantu mengevaluasi ukuran hati. Sedangkan di sisi kiri berfungsi untuk mengevaluasi organ limpa. Lalu perkusi di area simfisis pubis membantu mengevaluasi kandung kemih (kekosongan atau penuh).



- 9) Lakukan palpasi pada kesembilan kuadran secara lembut dan dalam. Jika pasien mengeluh nyeri atau tidak nyaman saat tindakan ini di area tertentu, lakukan tindakan ini di area tersebut di akhir pemeriksaan.

Palpasi bertujuan untuk memberikan informasi tentang lokasi, ukuran, kelembutan, dan kondisi struktur yang mendasarinya.



- 10) Lakukan palpasi pada area ginjal (T12 - L3) di setiap sisi perut.
Lakukan palpasi hati pada batas kosta kanan.
Lakukan palpasi limpa di perbatasan kosta kiri.

Hati, limpa, dan ginjal yang normal seringkali tidak teraba saat di palpasi.
Tindakan palpasi dapat membantu mendeteksi adanya organ yang membesar.



- 11) Kaji adanya nyeri tekan yang bertahan lama jika pasien melaporkan rasa sakit ketika pemeriksa menekan baik secara dalam atau lembut ke bagian perut dengan jari tangan ke arah bawah dan kemudian menarik tangan dengan cepat.

Nyeri pantul (rebound) menunjukkan adanya iritasi pada peritoneum, seperti akibat apendisitis.

Area yang terdapat nyeri harus dilakukan di akhir pemeriksaan karena dapat menyebabkan nyeri dan kejang otot yang dapat mengganggu prosedur pemeriksaan.

Palpasi yang terus menerus pada area sumber nyeri dapat menyebabkan pecahnya usus buntu.

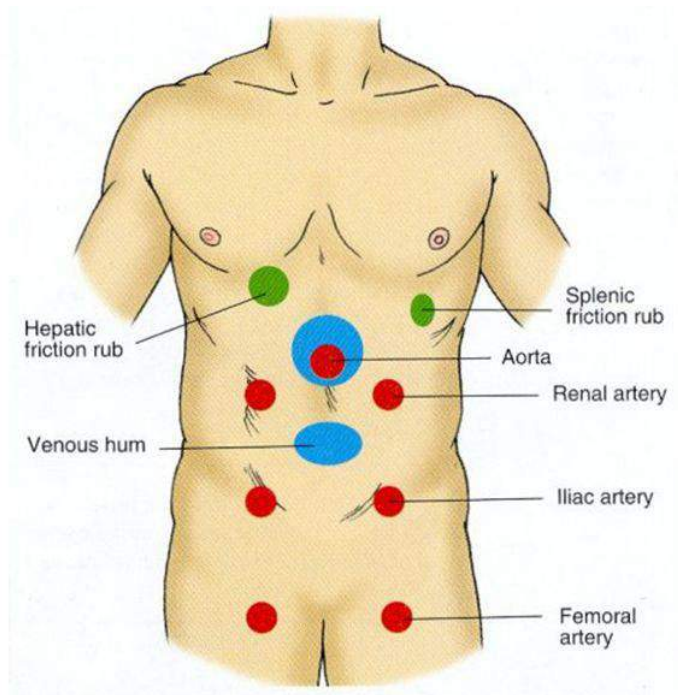


- 12) Lakukan tindakan palpasi dan auskultasi untuk menentukan serta mendengarkan denyut nadi di pangkal paha.

Teknik ini untuk menilai patensi pembuluh darah.



- 13) Bantu pasien menggunakan bajunya kembali.
Lepaskan APD jika digunakan dan cuci tangan.



Gambar titik auskultasi pada organ-organ di abdomen

BAB 8

SISTEM NEUROLOGIS, MUSKULOSKELETAL DAN PEREDARAN DARAH PERIFER

A. Pemeriksaan

Fokus dari pemeriksaan sistem ini adalah mengintegrasikan hasil temuan dari sistem neurologis, muskuloskeletal, dan vaskular perifer. Dalam mengkaji sistem neurologis, mintalah kepada pasien untuk merespon serta menanggapi serangkaian pertanyaan yang akan diberikan oleh perawat dengan tujuan untuk mendapatkan data yang terkait dengan fungsi kognitif secara keseluruhan. Selain itu, pemeriksaan sensasi di berbagai area tubuh dan saraf kranial serta refleks tendon.

Pemeriksaan muskuloskeletal akan memberikan informasi mengenai kondisi dan fungsi otot serta sendi tertentu di seluruh tubuh. Pengkajian sistem pembuluh darah perifer akan mengidentifikasi kondisi arteri dan vena di bagian ekstremitas melalui inspeksi dan palpasi kulit serta denyut nadi perifer.

Alat-alat	1. Alat pelindung diri 2. Handuk atau selimut 3. Tongue spatula 4. Gown untuk pemeriksa 5. Palu reflek 6. Tabung reaksi panas dan dingin 7. Kopi bubuk atau coklat, garam, cuka, gula 8. Kapas, jarum, klip kertas 9. Cotton bath
Pemeriksaan	Lengkapi riwayat kesehatan, dengan fokus pada sistem neurologis,

muskuloskeletal, dan peredaran darah perifer. Identifikasi faktor risiko untuk kesehatan yang berubah selama riwayat kesehatan dengan menanyakan hal-hal berikut:

- Riwayat mati rasa atau kelumpuhan, kesemutan, dan tremor
- Riwayat kejang
- Riwayat sakit kepala
- Riwayat pusing
- Riwayat trauma pada kepala atau tulang belakang
- Riwayat infeksi otak
- Riwayat stroke
- Perubahan kemampuan: mendengar, melihat, merasakan, atau mencium
- Kehilangan kemampuan untuk mengontrol kandung kemih dan kentut
- Riwayat merokok
- Riwayat konsumsi alkohol
- Riwayat diabetes mellitus
- Konsumsi obat-obatan
- Riwayat keluarga dengan penyakit Alzheimer, epilepsi, kanker, chorea Huntington, hipertensi (tekanan darah tinggi), infark miokard (serangan jantung), penyakit arteri koroner, kolesterol darah tinggi, atau diabetes mellitus
- Frekuensi pemeriksaan tes darah, khususnya kolesterol darah

	• Paparan terhadap bahaya lingkungan (mis. Timah, insektisida) • Riwayat trauma, radang sendi, atau gangguan neurologis • Riwayat nyeri atau bengkak pada persendian • Riwayat nyeri pada otot • Frekuensi dan jenis olah raga • Konsumsi kalsium • Riwayat perubahan warna atau suhu ekstremitas • Riwayat nyeri di kaki saat tidur atau rasa sakit yang memburuk saat berjalan • Riwayat gumpalan darah atau luka pada kaki yang tidak sembuh-sembuh
--	--

B. Pemeriksaan Sistem Vaskular Neurologis, Muskuloskeletal, dan Periferal

	<u>Tindakan</u>	<u>Rasional</u>
	1) Cuci tangan (gunakan alat pelindung diri jika diperlukan)	Cuci tangan merupakan perlindungan diri yang dapat mencegah penyebaran mikroorganisme.
	2) Identifikasi pasien	Memastikan pasien yang tepat untuk menerima intervensi dan mencegah kesalahan.



- 3) Jaga privasi pasien dengan menutup tirai di sekitar bed pasien jika memungkinkan. Jelaskan tujuan pemeriksaan kesehatan yang akan dilakukan oleh perawat kepada pasien.

Memastikan privasi pasien. Penjelasan tindakan kepada pasien akan mengurangi kecemasan dan langkah awal kerja sama



- 4) Instruksikan pasien untuk membuka baju dan tidur dengan posisi telentang. Gunakan selimut untuk menutupi area yang terbuka selain dari yang akan diperiksa.

Penggunaan selimut dapat memberikan kenyamanan dan kehangatan pada pasien.



- 5) Amati kebersihan dan penampilan fisik pasien secara keseluruhan

Kebersihan dan penampilan dapat memberikan petunjuk tentang kondisi mental dan tingkat kenyamanan pasien.



- 6) Menilai status mental pasien.
- a. Nilailah orientasi pasien mulai dari nama pasien, keluarga pasien, tempat, dan waktu.
 - b. Nilailah tingkat kesadaran pasien
 - c. Nilailah ingatan pasien (memori saat ini dan memori masa lalu).

Ini membantu mengidentifikasi tingkat kesadaran pasien.

Pasien dengan tingkat kesadaran menurun mungkin lesu, pingsan, atau koma.

Gangguan memori/ ingatan dapat mengindikasikan adanya gangguan neurologis.

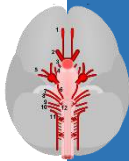
d. Nilailah penalaran abstrak dengan meminta pasien menjelaskan arti sebuah kalimat pepatah, seperti "Berakit-rakit ke hulu, berenang-renang ke tepian."

Jika kemampuan intelektual terganggu, pasien biasanya akan mengulang-ulang frasa atau kalimatnya.

e. Mengevaluasi kemampuan pasien dalam memahami kata yang diucapkan dan ditulis oleh pasien.

Teknik Ini membantu menilai aphasia pada pasien.

7) Memeriksa fungsi saraf kranial



a. Instruksikan pasien untuk menutup mata, menyumbat salah satu lubang hidung, dan kemudian mintalah pada pasien untuk mengidentifikasi bau berbagai zat, seperti : kopi, coklat, atau alkohol. Ulangi dengan lubang hidung lainnya.

Tindakan ini untuk menguji fungsi CN I (saraf penciuman).

b. Lakukan tes ketajaman visual dan penyempitan pupil pada pasien.

Tindakan ini untuk menguji fungsi CN II dan III (saraf optik dan okulomotor).

c. Instruksikan pada pasien untuk menggerakkan mata pasien melalui enam posisi mata pandangan.

Tindakan ini bertujuan mengevaluasi fungsi tes CN III, IV, dan VI (okulomotor, trochlear, dan saraf abducens).

- d. Instruksikan pasien untuk tersenyum, mengerutkan kening, mengerutkan dahi, dan membusungkan pipi.
- e. Lakukan tes pendengaran.
- f. Lakukan tes refleks muntah dengan cara pemeriksa menyentuh faring posterior dengan tongue spatula. Jelaskan kepada pasien bahwa tindakan ini mungkin menimbulkan rasa tidak nyaman.
- g. Letakkan tangan perawat di bahu pasien dengan memberikan tekanan ke arah bawah, dan instruksikan pasien untuk melakukan gerakan mengangkat bahu ke atas. Letakkan tangan perawat di pipi kiri dan pipi kanan pasien, lalu mintalah pasien untuk menolehkan wajah ke kanan dan ke kiri (nilailah kemampuan pasien dalam gerakan tersebut).

Manuver ini mengevaluasi fungsi motorik CN VII (saraf wajah).

Untuk mengevaluasi fungsi CN VIII (saraf akustik).

Refleks muntah menunjukkan fungsi normal CN IX dan X (*glossopharyngeal* dan *vagus*).

Tindakan ini memeriksa fungsi CN XI (saraf tulang belakang) dan kekuatan otot *trapezius* dan *sternokleidomastoid*.



- 8) Kaji kemampuan pasien dalam menggerakkan lehernya. Instruksikan pasien untuk menyentuh dagunya ke dada dan ke tiap-tiap bahu. Instruksikan pula untuk menggerakkan telinga kiri untuk menyentuh ke bahu kiri begitu juga sebaliknya telinga kanan menyentuh bahu kanan. Kemudian instruksikan pasien untuk melakukan gerakan ekstensi kepala semaksimal mungkin.

Tindakan ini untuk menilai ROM leher (terkontrol dan dan tidak terkontrol).



- 9) Kaji ekstremitas atas pada pasien. Amati warna kulit, jika terdapat lesi, ruam, dan massa otot. Lakukan palpasi untuk suhu kulit, tekstur, atau adanya massa.

Pemeriksaan ekstremitas bagian atas akan memberikan informasi tentang sistem sirkulasi, integumen, dan muskuloskeletal



- 10) Mintalah pasien untuk mengulurkan lengan ke depan dan kemudian instruksikan ke pasien untuk menggerakkan telapak tangan naik dan turun dengan gerakan cepat.

Untuk menguji fungsi proprioepsi (sensasi pergerakan otot) dan serebelar (disebabkan oleh stroke sehingga terjadi gangguan pd otak kecil dan mempengaruhi keseimbangan tubuh).



- 11) Intruksikan pasien untuk melenturkan lengan atas dan melawan kekuatan yang berlawanan yang diberikan oleh pemeriksa.

Teknik ini untuk menilai kekuatan otot ekstremitas atas.



- 12) Lakukan palpasi pada tangan, jari, pergelangan tangan, dan sendi siku pada pasien.

inspeksi dan palpasi memberikan informasi tentang adanya kelainan seperti nyeri tekan, dan rentang gerak.



- 13) Lakukan palpasi pada bagian radialis dan brakialis untuk merasakan denyut nadi (lemah atau kuat).

Bertujuan untuk mengevaluasi status vaskular perifer pada ekstremitas atas.



- 14) Intruksikan pasien untuk meremas dua jari pemeriksa.

Untuk menguji kekuatan otot tangan.



- 15) Intruksikan pasien untuk menutup matanya. Dengan menggunakan jari atau alat bantu yang telah disediakan oleh perawat. Lalu pemeriksa menulis angka secara imajinasi menggunakan telunjuk di telapak tangan pasien (nomor dapat diacak) kemudian minta pasien untuk mengidentifikasi nomor tersebut (tanpa membuka mata). Ulangi di sisi telapak tangan yang lain dengan nomor yang berbeda.

Untuk mengevaluasi diskriminasi taktil (membedakan informasi indra peraba, khususnya *graphesthesia* (kemampuan mengenali tulisan yang ditulis di kulit).



- 16) Intruksikan pasien untuk menutup matanya kembali. Lalu letakkan sebuah benda seperti kunci atau lainnya di tangan pasien kemudian mintalah pasien untuk mengidentifikasi objek tersebut (tanpa membuka mata). Ulangi menggunakan objek lain untuk tangan yang lain.

Untuk mengevaluasi diskriminasi taktil, khususnya *stereognosis* (kemampuan perasaan seseorang untuk mengenal jenis dan bentuk sesuatu dengan cara memegang atau meraba benda).



- 17) Bantu pasien untuk memposisikan tubuhnya di bed dengan posisi supinasi. Amatilah ekstremitas bawah pasien. Periksa kedua kaki pasien apakah terdapat perubahan warna, lesi, varises, pertumbuhan rambut, pertumbuhan kuku, edema, dan massa otot.

Bertujuan untuk memberikan informasi tentang fungsi vaskular perifer.



- 18) Lakukan pemeriksaan pitting edema di area pretibial dengan cara pemeriksa menekan jarinya ke kulit pasien di area pretibial. Jika terjadi edema, maka akan muncul lekukan di kulit setelah jari-jari pemeriksa diangkat.

Teknik ini bertujuan untuk mengungkapkan informasi tentang kelebihan cairan interstitial.

Mengacu pada "pitting edema " dalam menilai jumlah edema: 1 mm hingga 8 mm.



19) Lakukan palpasi untuk denyut nadi dan suhu kulit pasien di area tibialis posterior, dorsalis pedis, dan area poplitea.

Denyut nadi dan suhu kulit memberikan informasi tentang status vaskular perifer pasien.



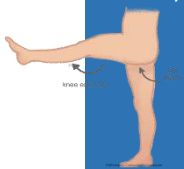
20) Instruksikan pasien melakukan uji tungkai lurus dengan satu tungkai pada satu waktu

Untuk memeriksa masalah *disk vertebral*.



21) Instruksikan pasien untuk menggerakkan satu kaki secara lateral dengan lutut lurus untuk menguji abduksi dan secara medial untuk menguji adduksi pinggul.

Bertujuan untuk menilai ROM dan memberikan informasi tentang masalah sendi.



22) Instruksikan pasien untuk mengangkat paha terhadap resistensi tangan pemeriksa; selanjutnya, minta pasien mendorong ke luar melawan resistensi tangan pemeriksa; kemudian mintalah pasien menarik kembali terhadap perlawanan tangan pemeriksa. Ulangi sebaliknya sisi.

Untuk menilai kekuatan motorik kaki bagian atas dan bawah.



23) Nilai refleks tendon dalam pasien.

- a. Letakkan jari-jari pemeriksa di atas pergelangan tangan pasien lalu ketuk secara perlahan menggunakan palu refleks; ulangi pada pergelangan lengan lainnya.
- b. Letakkan jari-jari pemeriksa di area siku dengan ibu jari di atas area antecubital pasien dan ketuk dengan palu refleks; ulangi di sisi lain.
- c. Tempatkan jari-jari pemeriksa di atas area tendon trisep dan ketuk dengan palu refleks; ulangi di sisi lain.
- d. Ketuk tepat di bawah patela pasien dengan palu refleks; ulangi di sisi lain.
- e. Ketuk area tendon Achilles pasien dengan palu refleks; ulangi di sisi lain.



24) Usaplah telapak kaki pasien dengan ujung reflex gagang palu atau benda keras lainnya seperti kunci; ulangi di telapak kaki lainnya.



Bertujuan untuk mengevaluasi *brachioradialis*, *bisep*, *trisep*, *patella* dan otot *Achilles*.

Refleksi plantar dari semua jari kaki dianggap sebagai temuan normal pada individu yang berusia 18 bulan ke atas, sedangkan pada orang dewasa refleks Babinski negatif.



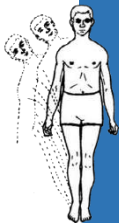
25) Instruksikan pasien untuk dorsiflex dan kemudian plantarflex kedua kaki menempel resistensi lawan.

Untuk menguji kekuatan kaki dan ROM.



26) Bantulah pasien untuk berdiri (jika memungkinkan). Amati pasien saat ia berjalan dengan gaya berjalan teratur (amati apakah ada perbedaan saat berjalan pada jari kaki, tumit, dan kemudian tumit ke ujung kaki pasien).

Bertujuan untuk mengevaluasi fungsi serebelar dan motorik.



27) Lakukan tes Romberg dengan meminta pasien untuk berdiri tegak dengan kedua kaki secara bersamaan dengan kedua mata tertutup dan posisi tangan di samping. Tunggulah 20 detik dan amati apakah pasien kemampuan menjaga keseimbangan tubuhnya (goyang). Periksa harus memperhatikan jika terjadi potensi pasien jatuh atau cedera terkait kehilangan keseimbangan selama pemeriksaan ini.

Bertujuan untuk memeriksa fungsi serebelar dan mengevaluasi keseimbangan, serta koordinasi. Jika ditemukan goyangan ringan adalah normal, tetapi pasien harus dapat menjaga keseimbangan.



28) Bantu pasien ke posisi yang nyaman.

Ini memastikan kenyamanan pasien.



29) Lepaskan APD, jika digunakan. Cuci tangan dan lanjutkan dengan penilaian sistem tubuh spesifik, yang sesuai, atau ditunjukkan.

Menghapus APD dengan benar dapat mengurangi risiko penularan infeksi dan kontaminasi barang-barang lainnya.

Kebersihan tangan mencegah penyebaran *mikroorganisme*.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrews, M., & Boyle, J. (2008). *Transcultural concepts in nursing care*. (5th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Baid, H. (2006). The process of conducting a physical assessment: A nursing perspective. *British Journal of Nursing*, 15(13), 710–714.
- Berek S.J “Novak’s Gynecology”, 13th Ed. Lippincott William & Wilkins; 2002:518.
- Best practices: Evidence-based nursing procedures*. (2007). (2nd ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Bianchi, J., & Cameron, J. (2008). Assessment of skin integrity in the elderly 1. *Wound Care*, 13(3), S26, S28, S30–S32.
- Bickley, L. (2008). *Bates’ guide to physical examination and history taking*. (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Brunner & Suddarth. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2*. Jakarta EGC
- Dudek, S. (2006). *Nutrition essentials for nursing practice*. (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ferns, T., & West, S. (2008). The art of auscultation: Evaluating a patient’s respiratory pathology. *British Journal of Nursing*, 17(12), 772–777.
- Giddens, J. (2007). A survey of physical assessment techniques performed by RNs: Lessons for nursing education. *Journal of Nursing Education*, 46(2), 83–87.
- Hess, C. (2008). Performing a skin assessment. *Advances in skin & wound care*, 21(8), 392.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2009). *Wong’s essentials of pediatric nursing*. (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Ignatavicius, D. D., & Workman, m. L. 2010. Medical - Surgical Nursing: Clients – Centered Collaborative Care. Sixth Edition, 1 & 2. Missouri: Saunders Elsevier.
- Jarvis, C. (2008). *Physical examination & health assessment*. (5th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.
- Jevon, P. (2008). Neurological assessment. Part 1: Assessing level of consciousness. *Nursing Standard*, 104(27), 26–27.
- Jevon, P. (2008). Neurological assessment. Part 2: Pupillary assessment. *Nursing Standard*, 104(28), 26–27.
- Kyle, T. (2008). *Essentials of pediatric nursing*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ladewig, P., London, M., & Davidson, M. (2010). *Contemporary maternal-newborn nursing care*. (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

- Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L., & Camera, I. (2011). *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems, 8th Edition*. United States of America: Elsevier Mosby.
- Lewis, Dirksen, Heitkemper, & Bucher. (2014). *Medical surgical nursing. Assesment and management of clinical problems* (9th edition). St. Louis: Mosby.
- Moore, T. (2007). *Respiratory assessment in adults*. *Nursing Standard*, 21(49), 48–56.
- National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. [2000b]. NHLBI Obesity Education Initiative. *The practical guide: Identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults*. NIH publication no. 00-4084.
- October 2000. Available at www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/prctgd_c.pdf. Accessed December 1, 2008.
- National Institutes of Health (NIH). National Heart, Lung and Blood Institute. (2008). Diseases and conditions index: Overweight and obesity. Available at nhlbi.nih.gov/health/dci/Diseases/obe/obe_whatare.html. Accessed December 1, 2008.
- NANDA-I. (2009). *Nursing diagnoses: Definitions and classification 2009–2011*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Porth, C., & Matfin, G. (2009). *Pathophysiology: Concepts of altered health states*. (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Purnell, L., & Paulanka, B. (2005). *Guide to culturally competent health care*. Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Ridley, K., & Pear, S. (2008). Oral health assessment: A neglected component of comprehensive oral care. *Healthcare Purchasing News*, 32(8), 37.
- Simpson, H. (2006). Respiratory assessment. *British Journal of Nursing*, 15(9), 484–488.
- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., et al. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. (12th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Stanley, M., Blair, K., & Beare, P. (2005). *Gerontological nursing: Promoting successful aging with older adults*. (3rd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., et al. (2011). *Fundamentals of nursing*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- VISN8 Patient Safety Center. (2009). Safe patient handling and movement algorithms. Tampa, FL: Author. Available at <http://www.visit8.va.gov/patientsafetycenter/safePtHandling>. Accessed April 23, 2019.

- Walker, J. (2007). Evidence for skeletal pin site care. *Nursing Standard*, 21(45), 70–76.
- Weber, K., & Kelley, J. (2007). *Health assessment in nursing*. (3rd ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- West, S. (2006). Physical assessment: Whose role is it anyway? *Nursing in Critical Care*, 11(4), 161–167.
- Wilson, S., & Giddens, J. (2009). *Health assessment for nursing practice*. (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

BIODATA PENULIS

Penulis 1



Fajar Agung Nugroho, S.Kep.Ns., MNS., lahir di Jakarta, 18 Agustus 1986. Ia telah menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Muhammadiyah Gombong (2007-2011) dan melanjutkan ke program profesi Ners (2011-2012). Kemudian di tahun 2013 ia melanjutkan pendidikan Master Nursing of Science di Khon Kaen University, Thailand. Saat ini ia menjadi dosen di Program Studi S1 Keperawatan STIKes Muhammadiyah Gombong, Kebumen. Beberapa artikel penelitiannya yang telah dipublikasikan berfokus pada Keperawatan Medikal Bedah. Dan memiliki pengalaman organisasi di Himpunan Perawat Kamar Bedah Indonesia (HIPKABI) serta menjadi editor buku pedoman Himpunan Perawat Kamar Bedah Indonesia (HIPKABI).

Penulis 2



Dadi Santoso, S.Kep.Ns., M.Kep., lahir di Boyolali, 09-05-1973. Ia telah menyelesaikan pendidikan di Program Studi Diploma Keperawatan Akademi Keperawatan 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 1995 dan melanjutkan ke program Sarjana Keperawatan di tahun 2006 di STIKes Muhammadiyah Gombong dan melanjutkan profesi Ners di STIKes Muhammadiyah Gombong pada tahun 2008. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2012. Beberapa artikel penelitiannya yang telah dipublikasikan berfokus pada Keperawatan Medikal Bedah (KMB). Dan memiliki pengalaman organisasi di Himpunan Perawat Kamar Bedah Indonesia (HIPKABI) serta menjadi editor buku pedoman Himpunan Perawat Kamar Bedah Indonesia (HIPKABI).

Penulis 3



Wuri Utami, S.Kep.Ns., M.Kep., lahir di Kebumen, 11-12-1983. Ia telah menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2006 dan melanjutkan ke program profesi Ners di tahun 2008. Kemudian di tahun 2015 ia melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Gajah Mada. Beberapa artikel penelitiannya yang telah dipublikasikan berfokus pada Keperawatan Anak (Pediatric) dan memiliki pengalaman sebagai kontributor asuhan keperawatan anak EGC serta kontributor buku ajar keperawatan anak Leutikaprio.