



farhâ
pustaka

PEMERIKSAAN FISIK KEPERAWATAN

**Untuk Mahasiswa Kesehatan,
Khususnya Keperawatan**

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

PEMERIKSAAN FISIK KEPERAWATAN

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

ISBN: 978-623-278-331-7

Editor Layout: Indah

Diterbitkan oleh:

farhâ
pustaka

Farha Pustaka

Nagrak Jl. Taman Bahagia, Benteng, Warudoyong, Sukabumi
WA +62877-0743-1469, FB Penerbit Farha Pustaka.
Email: farhapustaka@gmail.com

Cetakan pertama, Oktober 2020
Sukabumi, Farha Pustaka 2020
14x20 cm, vi+ 99 hlm

Hak cipta dilindungi undang-undang
All right reserved

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit

Isi di luar tanggung jawab percetakan

KATA PENGANTAR

Segala puji, puja dan syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT atas rahmat, hidayah dan karunia-Nya sehingga buku dengan judul: "Buku Pengkajian Fisik Keperawatan" telah selesai disusun. Buku ini merupakan penyempurnaan dari buku yang sebelumnya yaitu "Buku Praktik *Clinical Skill* Keperawatan Medikal Bedah". Buku ini telah melalui proses editing bahasa serta penulisan agar lebih mudah dipahami oleh para pembaca. Bagaimana seorang tenaga kesehatan, khususnya seorang perawat dalam melakukan pemeriksaan fisik kepada klien dibahasa dengan bahasa yang menarik di dalam buku ini.

Buku ini mendeskripsikan langkah-langkah pemeriksaan fisik pada organ manusia yang bertujuan menentukan status kesehatan seorang klien. Buku ini sangat mendukung bagi tenaga kesehatan khususnya bagi mahasiswa perawat yang sedang menjalani proses Pendidikan praktik di stase keperawatan dewasa atau keperawatan medikal bedah.

Penulis menyadari bahwa penyusunan buku ini masih banyak terdapat kekurangan dan jauh dari kata sempurna, hal ini dikarenakan keterbatasan yang dimiliki oleh penulis. Oleh karena itu, penulis mengharapkan masukan, kritik dan saran yang bersifat membangun ke arah perbaikan untuk penyempurnaan buku ini.

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

Gombong, Oktober 2020

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
BAB 1 PEMERIKSAAN KESEHATAN	1
A. Pemeriksaan Kesehatan	1
B. Teknik Pemeriksaan Fisik	9
BAB 2 PEMERIKSAAN UMUM (<i>GENERAL SURVEY</i>)	16
A. Tujuan Pembelajaran	16
B. Kosa Kata Medis	17
C. Pemeriksaan Umum atau <i>General Survey</i>	19
D. Evaluasi	25
E. Dokumentasi	25
BAB 3 PEMERIKSAAN SISTEM INTEGUMEN (KULIT, RAMBUT DAN KUKU).....	27
A. Pemeriksaan Sistem Integumen (Kulit, Rambut dan Kuku)	27
B. Pemeriksaan Fisik: Kulit, Rambut dan Kuku.....	28
C. Evaluasi.....	35
D. Dokumentasi	35
BAB 4 PEMERIKSAAN KEPALA DAN LEHER.....	36
A. Pemeriksaan kepala	36
B. Pemeriksaan Fisik: Kepala dan Leher	37
C. Evaluasi.....	53
D. Dokumentasi	53
BAB 5 PEMERIKSAAN THORAX DAN PARU-PARU	55
A. Pemeriksaan Thorax dan Paru-paru.....	55
B. Pemeriksaan Fisik: Thorax dan Paru-paru	58

C. Evaluasi.....	64
D. Dokumentasi	64
BAB 6 PEMERIKSAAN JANTUNG.....	65
A. Pemeriksaan Jantung	65
B. Pemeriksaan Fisik: Jantung	66
C. Evaluasi.....	70
D. Dokumentasi	70
BAB 7 PEMERIKSAAN ABDOMEN	71
A. Pemeriksaan Abdomen.....	71
B. Pemeriksaan Fisik: Abdomen	73
C. Evaluasi.....	78
D. Dokumentasi	78
BAB 8 SISTEM NEUROLOGI, MUSKULOSKELETAL DAN PEREDARAN DARAH PERIFER	79
A. Pemeriksaan Sistem Neurologi, Muskuloskeletal dan Peredaran Darah Perifer	79
B. Pemeriksaan Fisik: Sistem Vaskular Neurologis, Muskuloskeletal, dan Perifer	81
C. Evaluasi.....	91
D. Dokumentasi	91
DAFTAR PUSTAKA.....	93
BIODATA PENULIS	98

BAB 1 PEMERIKSAAN KESEHATAN

A. Pemeriksaan Kesehatan

Pemeriksaan kesehatan memiliki peranan yang penting dalam proses keperawatan. Melalui pemeriksaan kesehatan, informasi primer dari seseorang akan didapatkan. Pemeriksaan kesehatan memiliki peranan yang vital dalam memprediksikan status kesehatan seorang pasien sehingga tenaga kesehatan dapat mengetahui tindakan apa yang diperlukan bagi pasien selanjutnya. Data yang didapatkan dari hasil pemeriksaan kesehatan akan digunakan sebagai rencana tindakan keperawatan ataupun medis.

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

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

Jika pemeriksaan fisik sudah dilakukan dan data tentang pemeriksaan tersebut sudah didapatkan, maka langkah selanjutnya adalah pemeriksaan penunjang, yaitu berupa pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik. Hal ini untuk membantu mendapatkan data yang objektif dalam menentukan diagnosis pada pasien. Perlu dipahami bahwa 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 bisa didapatkan melalui rekam medis saat pasien saat melakukan kunjungan terakhir kali di rumah sakit atau klinik kesehatan. Informasi yang tertulis di rekam medis tersebut sangat membantu perawat dalam mengidentifikasi status kesehatan pasien yang lalu. Data biografi meliputi :

- 1) Nama
- 2) Tempat tanggal lahir
- 3) Umur
- 4) Alamat
- 5) Jenis kelamin
- 6) Golongan darah
- 7) Status pernikahan
- 8) Suku
- 9) Pekerjaan
- 10) Agama atau kepercayaan
- 11) Asuransi kesehatan
- 12) Fasilitas kesehatan yang didapatkan (pelayanan kesehatan menurut kelas yang ditentukan oleh BPJS)

b. Keluhan utama

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

c. Riwayat kesehatan saat ini

Ketika perawat menanyakan riwayat kesehatan pasien, gunakan teknik "PQRST" sebagai alat bantu 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 keluhan tersebut muncul?"
- b) "Apa yang menyebabkan hal tersebut muncul? Posisi atau aktivitas apa sehingga hal tersebut muncul?"

- c) "Apa yang meredakan gejala tersebut berkurang? Pernahkan Anda merubah pola makan? Merubah posisi ketika gejala tersebut muncul? Pernahkah mengkonsumsi obat?"

- d) "Apa yang membuat gejala tersebut 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 rasa nyeri tersebut? Apakah itu menyebar ke daerah lain?"
- b) "Apakah rasa nyeri tersebut menyebar ke punggung atau lengan, ke sekitar leher, atau di bagian kaki-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 gejala yang Anda alami? Apakah hal itu membuat Anda hanya berbaring, duduk, atau tidak dapat 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 secara bertahap? Seberapa sering itu terjadi?"
- b) "Pada tanggal dan waktu kapan gejala tersebut pertama kali terjadi?"
- c) "Bagaimana gejala tersebut muncul? Apakah secara mendadak atau bertahap?"

d. Riwayat kesehatan masa lalu

Tanyakan kepada pasien tentang riwayat medis di masa lalu. Pertanyaan dapat berupa seputar pengalaman pasien tentang penyakit di

masa lalu, penyakit yang bersifat akut atau kronis, riwayat operasi atau rawat inap sebelumnya.

Contoh pertanyaan :

- 1) "Apakah Anda memiliki penyakit di masa kanak-kanak, seperti alergi, campak, polio atau flu Singapura?"
- 2) "Apakah Anda melakukan imunisasi secara lengkap?"
- 3) "Apakah Anda memiliki penyakit kronis?"
- 4) "Apakah Anda memiliki riwayat kecelakaan, cedera, atau operasi?"
- 5) "Apakah Anda terbiasa mengonsumsi obat 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 menurun dari keluarga. Misalnya, adanya riwayat anggota keluarga yang memiliki penyakit kanker, TBC, Hepatitis, HIV-AIDS, auto imun atau penyakit yang memiliki potensi menular dan menurun.

Contoh pertanyaan :

- 1) "Berapa rata-rata umur di keluarga Anda?"

- 2) "Jika ada anggota keluarga Anda yang telah meninggal, apa penyebab kematian mereka?"
- 3) "Adakah masalah kesehatan Anda saat ini juga diderita oleh anggota keluarga Anda yang lain?"
- 4) "Apakah ada anggota keluarga Anda yang memiliki penyakit kronis?"

f. Gaya Hidup

Gaya hidup seseorang memiliki kontribusi yang besar pada status kesehatan. Misalnya, gaya hidup yang tidak baik seperti merokok dapat menimbulkan gangguan kesehatan, begitu juga dengan aktivitas yang berlebihan dapat menimbulkan kelelahan, dan pola diet yang tidak teratur akan menimbulkan permasalahan kesehatan di waktu mendatang.

Contoh pertanyaan untuk gaya hidup seperti :

- 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 bersedia membantu Anda ketika Anda memiliki masalah kesehatan?"

B. Teknik Pemeriksaan Fisik

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



Teknik Inspeksi
(diperagakan oleh model)

2. **Palpasi** adalah teknik pemeriksaan fisik dengan menggunakan indera peraba. Tangan dan jari adalah organ tubuh sensitif yang dapat digunakan dalam menilai suhu, turgor, tekstur, kelembaban, denyut, getaran, bentuk atau massa pada tubuh pasien.

Palpasi dibedakan menjadi 2 (dua) jenis, yaitu palpasi ringan dan palpasi dalam.

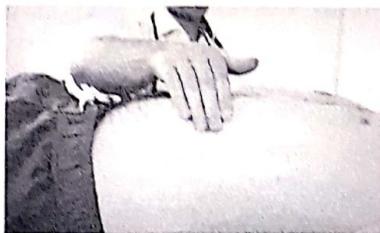
a. Palpasi ringan

Berikan tekanan ringan pada organ pasien yang akan diperiksa (pemeriksa menggunakan tangan yang dominan). Lakukan teknik gerakan memutar untuk merasakan struktur permukaan (tekanan kurang dari 1 cm atau 0,5 inci).

b. Palpasi dalam

Posisikan salah satu tangan pemeriksa yang dominan untuk menyentuh permukaan kulit pasien, sedangkan tangan yang tidak dominan berada di atas tangan yang dominan untuk membantu memberikan tekanan.

Teknik tersebut memungkinkan pemeriksa merasakan lebih dalam organ yang akan diperiksa (kedalaman tekanan 2,5 hingga 5 cm atau 1 hingga 2 inci).



Teknik Palpasi



Teknik Palpasi

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

Macam-macam nada perkusi sebagai berikut :

Bunyi	Intensitas Relatif	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, suara jantung, paru-paru, usus dan 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 refleksi plantar

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

BAB 2

PEMERIKSAAN UMUM (*GENERAL SURVEY*)

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini, diharapkan mahasiswa dapat :

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

B. Kosa Kata Medis

Personal Protective Equipment (PPE) atau Alat Pelindung Diri (APD) : peralatan dan perlengkapan yang diperlukan untuk meminimalkan dan mencegah infeksi.

Contoh alat pelindung diri seperti sarung tangan, apron, masker, dan pelindung mata atau goggles

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

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

Sianosis : perubahan warna kulit kebiruan atau keabu-abuan sebagai respons tubuh terhadap oksigenasi yang tidak adekuat

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

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

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

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

C. Pemeriksaan Umum atau *General Survey*

Pemeriksaan umum atau *general survey* adalah poin utama dari pemeriksaan kesehatan. Tindakan ini dimulai dari perawat berkomunikasi dengan pasien. Informasi yang didapatkan dari pemeriksaan umum adalah 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	<ol style="list-style-type: none">1. Lampu senter2. Alat pengukur tubuh3. Alat pelindung diri
Pemeriksaan	Amati beberapa hal di bawah ini: <ul style="list-style-type: none">• Bentuk tubuh pasien, penampilan dan perilaku secara keseluruhan• Tanda-tanda vital• Tinggi badan• Berat badan

Tabel 2.1 Obesitas sangat berhubungan dengan suatu penyakit dan kondisi yaitu potensi akan risiko penyakit diabetes tipe 2, hipertensi, dan penyakit kardiovaskuler. Berikut ini adalah table BMI (*Body Mass index*) dan ukuran normal lingkaran pinggang.

	BMI (kg/m ²)	Lingkar 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
<i>Obesitas 1</i>	30.0 – 34.9	Tinggi	Sangat tinggi
<i>Obesitas 2</i>	35.0 – 39.9	Sangat tinggi	Sangat tinggi
<i>Extreme Obesitas</i>	40.0 +	Extreme	Extreme

*Peningkatan lingkar 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.*

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

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

	Tindakan	Rasional
	1) Cuci tangan dengan sabun atau alcohol *gunakan alat pelindung jika diperlukan	Cuci tangan merupakan perlindungan diri dalam mencegah penyebaran mikroorganisme
	2) Identifikasi pasien	Memastikan pasien secara tepat 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. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien agar dapat mengurangi kecemasan dan langkah awal bina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien
	4) Amati penampilan pasien apakah sesuai dengan usia dan jenis kelaminnya . 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 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 terhadap 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 gerakan sendi dapat menunjukkan adanya masalah kesehatan

CRISIS
BEHAVIOUR

- 7) Nilailah perilaku pasien. Meliputi: ekspresi wajah, apakah sesuai dengan situasi yang pasien rasakan saat ini? Apakah pasien mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi? (dalam hal ini perlu diperhatikan norma budaya yang pasien anut, terutama jika pasien seorang muslim yang mengalihkan pandangan dengan tujuan menghindari syahwat). Apakah pasien tampak nyaman bersama perawat? Apakah ucapan pasien dikatakan secara jelas dan dapat dimengerti? Amati kebersihan dan perawatan diri pada pasien, apakah sesuai dengan iklim saat ini? Apakah penampilan pasien tampak bersih, dan cocok dengan budaya serta usia pasien?

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



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

Nyeri dapat mengidentifikasi adanya perubahan kesehatan dalam fisik dan psikologis seseorang



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.

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



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

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

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



11) Ukur lingkar pinggang pasien dengan menggunakan pita pengukur (*mid-line*). Tempatkan pita pengukur (*mid-line*) di pinggang pasien (di atas umbilicus).

Lingkar pinggang adalah indikator untuk memprediksi lemak pada perut yang cukup akurat. Hasil yang didapatkan bisa digunakan sebagai indikator potensi 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 sebagai indikator dalam menentukan status 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

D. Evaluasi

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

E. Dokumentasi

- Dokumentasikan semua data pasien yang ditemukan saat proses pemeriksaan fisik seperti di bawah ini :
- Struktur tubuh, mobilitas, dan perilaku pasien.
 - Tinggi dan berat badan, BMI, dan lingkar pinggang pasien.
 - Ada atau tidak adanya nyeri, serta penilaian nyeri awal jika ada.

d. 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 (KULIT, RAMBUT DAN KUKU)

A. Pemeriksaan Sistem Integumen (Kulit, Rambut dan Kuku)

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

Pemeriksaan integumen 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. *Handsoon*
2. Selimut (ukuran menyesuaikan)
3. Baju pelindung atau *gown*
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



2) Identifikasi pasien dengan cara bertanya langsung kepada pasien tentang nama lengkap, tanggal lahir dan alamat. Untuk pasien yang tidak sadar, perawat dapat bertanya kepada keluarga atau penunggu pasien.

Memastikan pasien secara tepat dan mencegah kesalahan



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

Memastikan privasi pasien. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien agar dapat mengurangi kecemasan dan langkah awal bina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien



4) Instruksikan pasien untuk melepaskan pakaian. Posisikan pasien sesuai kebutuhan (duduk, berdiri, atau miring) untuk memudahkan pemeriksa melihat bagian tubuh pasien yang akan diperiksa.

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

B. Pemeriksaan Fisik: Kulit, Rambut dan Kuku

Tindakan

- 
- 1) Cuci tangan (gunakan alat pelindung diri jika diperlukan).

Rasional

Cuci tangan merupakan perlindungan diri yang dapat mencegah penyebaran mikroorganisme.



5) Gunakan selimut untuk menutupi area yang privasi pada pasien.



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



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



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

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

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

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.



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

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

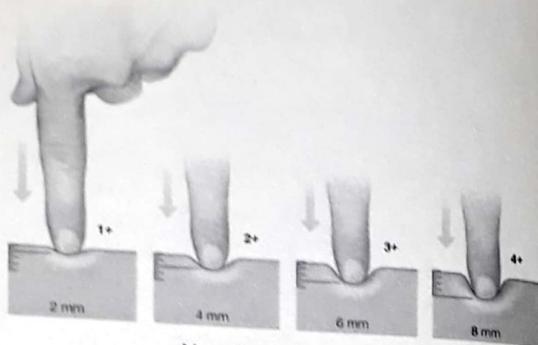
Teknik ini memberikan informasi tentang status hidrasi dan mobilitas serta elastisitas kulit pasien. Penurunan elastisitas kulit mungkin ada pada pasien yang mengalami dehidrasi



Palpasi pada kulit kepala



Palpasi di atas tulang klavikula



Mengukur kedalaman pitting



Pitting edema

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

12) Jika terdapat lesi, pemeriksa dapat memakai *handsoon* untuk melakukan palpasi di area lesi tersebut.

13) Periksa kondisi kuku pasien, meliputi bentuk, warna dan sudut kuku, serta perhatikan jika terdapat *clubbing finger*

14) Palpasi tekstur kuku pasien dan amati *capillary time*

15) Amati rambut dan kulit kepala pasien. Pakailah *hand soon* jika dicurigai terdapat lesi atau *personal hygiene* pasien buruk

Edema dapat disebabkan karena overhidrasi, gagal jantung, disfungsi ginjal, atau penyakit pembuluh darah perifer.

Palpasi dapat memberikan petunjuk terhadap jenis atau penyebab lesi. Sarung tangan/ *handsoon* dapat mencegah kontak secara langsung dengan darah dan cairan tubuh pasien.

Kondisi kuku seseorang memberikan informasi tentang penyakit dan status oksigenasi.

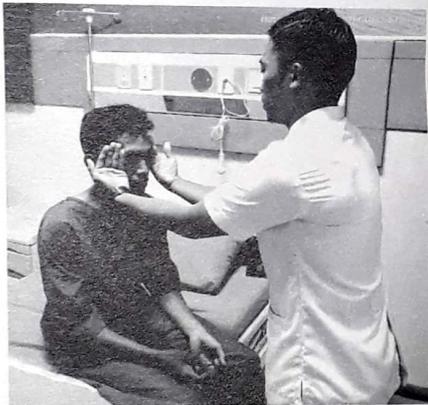
Pada umumnya kuku biasanya cembung dan kutikula berwarna merah muda dan utuh. Sudut perlekatan kuku adalah 160 derajat. *Clubbing* adalah gambaran sudut alas kuku melebihi 180 derajat. *Clubbing finger* merupakan tanda gejala dari penyakit kardiovaskuler dan paru-paru.

Kuku yang sehat memiliki sifat yang kokoh dan halus. Pengisian kapiler normal ≤ 3 detik.

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



Eksplorasi kulit dan kuku pasien



Pemeriksaan suhu pasien dengan menggunakan punggung tangan pemeriksa (diperagakan oleh model)

C. Evaluasi

Kerjasama dan komunikasi antara perawat dengan pasien memiliki peranan penting terhadap keberhasilan pemeriksaan sistem integumen. Diharapkan setelah proses pemeriksaan selesai, 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 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 atau *mid-line* sebagai alat pengukur jika diperlukan), panjang, lebar, warna, lokasi, distribusi, dan pola.

BAB 4 PEMERIKSAAN KEPALA DAN LEHER

A. Pemeriksaan kepala

Pemeriksaan kepala dan leher terdiri dari mata, telinga, hidung, dan mulut. Struktur leher di bagian *anterior* meliputi: trakea, kerongkongan, kelenjar tiroid, arteri, vena, dan kelenjar getah bening. Daerah leher di bagian *posterior* pada bagian atas meliputi: tulang belakang.

Alat-alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stethoscope 2. <i>Hand scoon</i> 3. Selimut jika diperlukan 4. Senter atau <i>penlight</i> 5. <i>Laryngeal mirror</i> 6. <i>Tongue blades</i> atau <i>tongue spatula</i> 7. <i>Otoscope</i> 8. Garpu tala 9. <i>Snellen card</i> 10. <i>Ophthalmoscope</i>
Pemeriksaan	<p>Lengkapi riwayat kesehatan dengan fokus pemeriksaan pada kepala dan leher pasien. Identifikasi faktor-faktor risiko dengan pertanyaan sebagai berikut ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan penglihatan atau pendengaran • Riwayat penggunaan lensa mata 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 Fisik: Kepala dan Leher

1. Pemeriksaan Mata

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

Umumnya bentuk kepala simetris. Bentuk atau ukuran kepala abnormal dapat disebabkan karena adanya trauma atau penyakit tertentu.



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

Adanya ptosis, styes, 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/ pen light) untuk memberikan cahaya pada setiap pupil.

Menguji respons pupil terhadap cahaya adalah cara menilai saraf kranial III atau saraf okulomotorius.



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

Respons pupil normal ketika mendapatkan rangsang cahaya yang dekat maka pupil akan mengecil.



8) Gunakan *ophthalmoscope*, untuk memeriksa bagian dalam mata.

Oftalmoskop, yaitu alat yang menyerupai senter dengan beberapa lensa kecil yang dapat memperlihatkan bagian-bagian dalam bola mata.



Gambar anatomi mata



Pupil yang mendapatkan sinar berlebihan ukurannya akan mengecil

E
F P
T O Z



9) Amati ketajaman visual pasien dengan menggunakan kartu Snellen. Instruksikan pasien untuk membaca sederetan huruf terkecil dengan satu mata tertutup (tanpa menekan mata yang ditutup). Lakukan juga pada mata lainnya.

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



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

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



Pemeriksaan mata menggunakan kartu Snellen



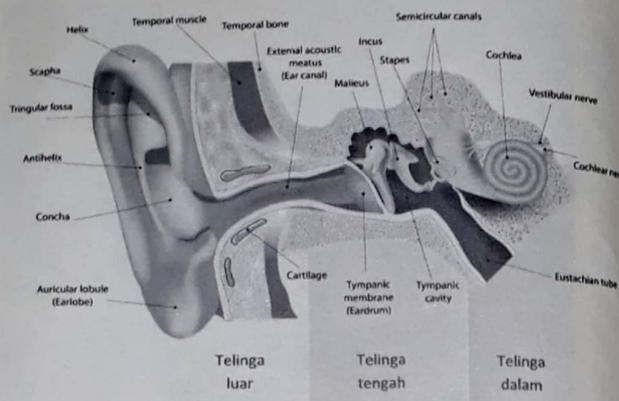
Gerakan otot mata pada enam arah (diperagakan oleh model)

2. Pemeriksaan Telinga

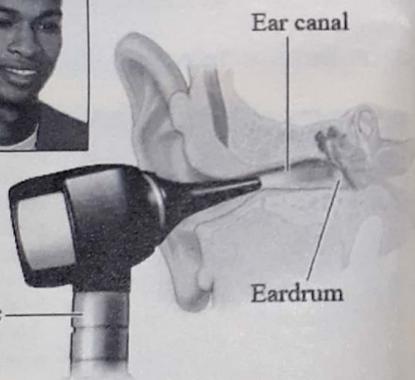


1) Amati telinga eksternal pasien untuk mengetahui bentuk, ukuran, atau adanya lesi. Palpasi telinga dan area tulang mastoid pasien. Perhatikan apakah terdapat preauricular sinus di sekitar telinga pasien.

Inspeksi dapat mendukung dalam mencari data fisik pasien tentang kelainan, seperti warna, ukuran, *drainage*, lesi, peradangan (edema), infeksi, nodul, lesi, atau nyeri tekan. Preaurikular sinus adalah lubang yang terhubung dengan telinga bagian dalam dan memiliki potensi bakteri tubuh.



Gambar anatomi telinga



Otoscope

Gambar 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, lakukan irigasi jika terdapat cairan atau benda asing dan amati kondisi membran timpani pada telinga pasien.

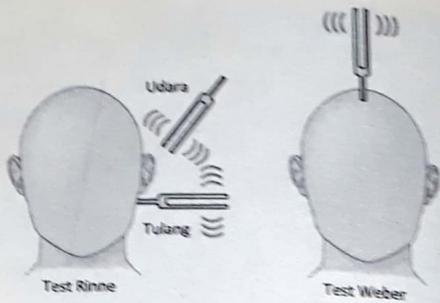
3) Pemeriksa berbisik kepada pasien untuk menguji pendengaran pasien dengan cara pemeriksa berdiri sekitar 1 atau 2 kaki menjauh dari pasien (di luar garis pandang pasien). Instruksikan pasien untuk menutupi telinga yang tidak diperiksa. Lakukan pemeriksaan tersebut pada telinga lainnya.

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

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

Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai saraf kranial VIII (saraf akustik).

Pemeriksaan ini membantu untuk membedakan gangguan pendengaran sensorineural atau konduktif.



Gambar pemeriksaan telinga : Tes Rinne dan Weber

3. Pemeriksaan Hidung

1) Gunakan *handscoon* ketika pemeriksa akan mengamati dan melakukan palpasi pada hidung eksternal pasien.

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

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

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

Palpasi dan perkusi pada daerah sinus digunakan untuk mendeteksi apakah ada sensasi nyeri tekan atau krepitasi. Hal ini dapat mengindikasikan adanya penumpukan cairan atau infeksi di area sinus

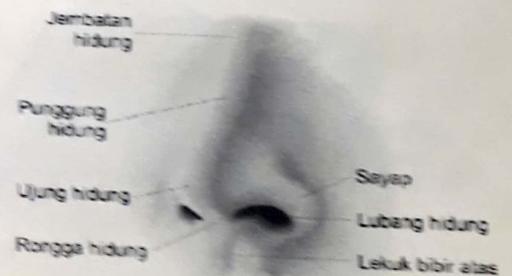
Teknik ini memeriksa kepatenan saluran hidung

4) Amati lubang hidung bagian internal pasien dengan menggunakan otoskop dan spekulum hidung. Amati apakah terdapat pembesaran konka, polip atau septum tidak simetris.

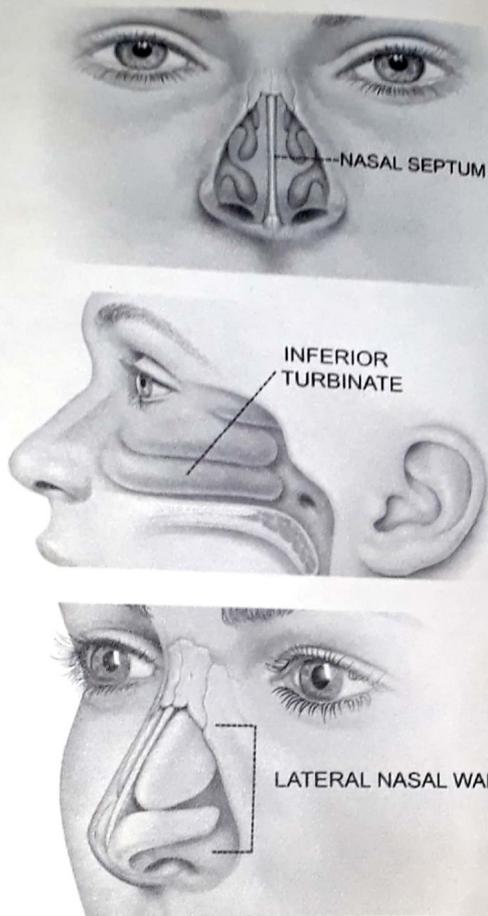
5) Palpasi sendi temporomandibular dengan menempatkan jari telunjuk pemeriksa di bagian depan kedua telinga pasien dan instruksikan pasien untuk membuka dan menutup mulut.

Teknik ini dapat mendeteksi adanya edema, peradangan, dan *drainase* yang berlebihan.

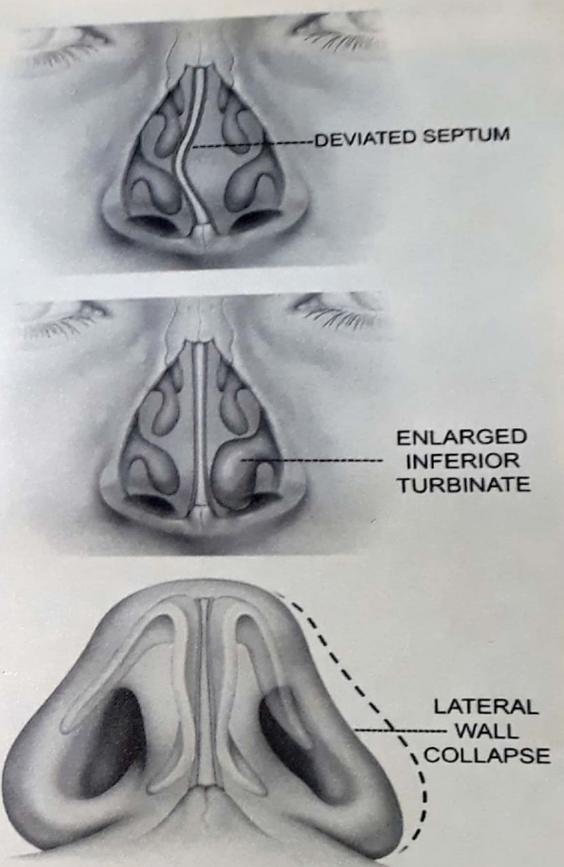
Tindakan ini untuk mengevaluasi sendi temporomandibular dan motorik pada saraf kranial V (saraf trigeminal).



Gambar hidung bagian luar (normal)



Gambar hidung bagian dalam yang tidak mengalami gangguan



Gambar hidung bagian dalam mengalami gangguan

4. Pemeriksaan Mulut



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



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



3) Amati 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 untuk 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 di salah satu bagian pipi pasien.

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 hipoglossus). Mengatakan "ahh" akan memeriksa pergerakan uvula dan langit-langit lunak. Lidah yang 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 ke bawah dagu. Kemudian di bagian segitiga anterior.



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.



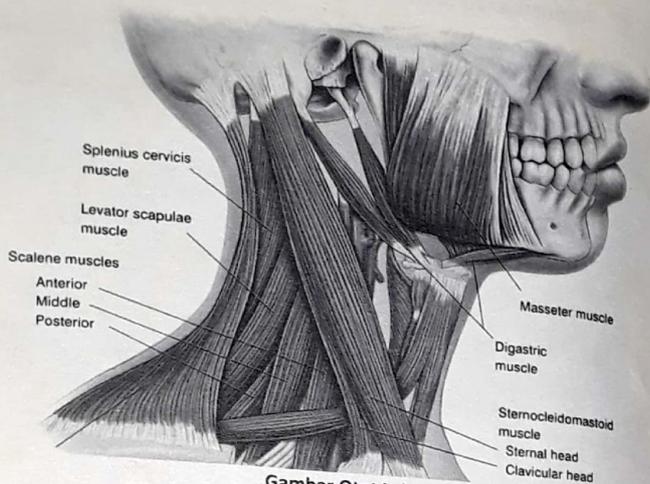
4) Lakukan palpasi pada area trakea pasien

Mendeteksi bentuk simetris kepala dan rambut. Palpasi dapat menentukan ukuran, bentuk, mobilitas, konsistensi, atau nyeri pada kelenjar getah bening yang membesar.

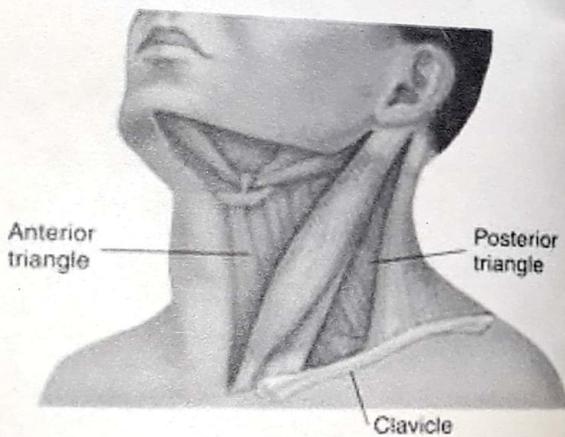
Teknik ini dapat mendeteksi adanya pembesaran kelenjar getah bening, benjolan, dan massa.

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 bertujuan untuk mengevaluasi posisi garis tengah (simetris).



Gambar Otot Leher



Gambar Otot Leher



5) Lakukan palpasi pada kelenjar tiroid untuk menentukan apakah ada pembesaran tidak. Jika teraba besar, lakukan auskultasi menggunakan stetoskop.



6) Periksa dan raba area supraklavikula pasien.



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 untuk menyentuh bahu kiri dan telinga kanan menyentuh bahu kanan. Instruksikan pasien untuk melakukan gerakan menjauhkan kepala ke belakang sejauh mungkin.



8) Lepaskan APD jika menggunakan dan cuci tangan.

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

Teknik ini dapat mendeteksi pembesaran kelenjar getah bening.

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

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 dengan pasien memiliki peranan penting dalam keberhasilan pemeriksaan ini. Diharapkan setelah proses pemeriksaan ini selesai, pasien tidak mengalami kecemasan atau ketidaknyamanan. Semua temuan saat pemeriksaan wajib didokumentasikan. Jika diperlukan, 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 pemriksaan 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 Thorax 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 di sekitar organ paru-paru
- Jumlah bantal yang digunakan saat tidur
- Riwayat nyeri dada dengan pernapasan dalam
- Riwayat batuk dengan atau tanpa menghasilkan dahak
- Riwayat alergi
- Riwayat terparan 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)	<ul style="list-style-type: none"> - 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)	<ul style="list-style-type: none"> - 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>	<ul style="list-style-type: none"> - 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>	<ul style="list-style-type: none"> - Bergesek-gesekan - Suara terdengar keras di atas permukaan anterior lateral - Bunyi berlangsung pada saat inspirasi dan ekspirasi

B. Pemeriksaan Fisik: Thorax dan Paru-paru

Tindakan

- 1) Cuci tangan dengan aseptik atau alcohol. Gunakan masker sebagai alat pelindung diri.
- 2) Identifikasi pasien.
- 3) Jaga privasi pasien dengan menutup tirai di sekitar bed pasien jika memungkinkan. Jelaskan tujuan pemeriksaan kesehatan yang akan dilakukan oleh perawat kepada pasien.
- 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.

Rasional

Cuci tangan dan penggunaan APD merupakan langkah pencegahan penularan penyakit.

Memastikan pasien secara tepat dan mencegah kesalahan.

Memastikan privasi pasien. Penjelasan tindakan kepada pasien akan mengurangi kecemasan dan langkah awas bina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien.

Memberikan privasi pada pasien akan menciptakan kenyamanan saat pemeriksaan.

a. 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 apakah ada penggunaan otot tambahan selama pasien bernapas.
- 2) Lakukan palpasi pada *anterior thorax* pasien dengan menggunakan urutan yang benar. Lakukan *palpasi taktil fremitus* (saat pasien mengatakan "sembilan puluh sembilan").
- 3) Lakukan perkusi pada *anterior thorax* pasien dengan menggunakan urutan yang benar dan tepat.
- 4) Lakukan auskultasi paru-paru melalui *anterior thorax* pada saat pasien bernapas perlahan dan dalam melalui mulut.

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

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

Teknik perkusi pada bidang paru-paru dapat membantu mengidentifikasi kepadatan dan lokasi paru-paru, dan diafragma.

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. Amati apakah terdapat pembesaran kelenjar getah bening di daerah aksila.

- 
- 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.

- 
- 7) Lepaskan sarung tangan atau APD jika menggunakan. Cuci tangan dengan antiseptik atau alkohol.

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

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

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

b. Dada Belakang (*Posterior Thorax*)

- 
- 1) Amati kulit, tulang, otot-otot pada tulang belakang, tulang belikat, punggung, dan apakah simetri saat pasien bernapas. Apakah ada penggunaan otot bantu selama pasien bernapas.

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

- 
- 3) Lakukan palpasi pada tulang belakang. Adakah kelainan bentuk atau rasa nyeri ketika pemeriksa melakukan palpasi di daerah tersebut.
- Gunakan permukaan telapak tangan pemeriksa untuk merasakan suhu, kelembutan, perkembangan otot, atau adanya massa di dada pasien.

Pemeriksaan ini akan memberikan informasi tentang ekspansi paru-paru sekaligus mendapatkan data jika adanya penggunaan otot tambahan selama respirasi pada pasien. Pemeriksaan kulit pada dada meliputi: warna, adanya lesi, ruam, atau adanya massa.

Penilaian ini membantu mendeteksi apakah adanya deformitas. Contoh bentuk dada abnormal: *barrel chest* dan *pigeon chest*. Umumnya, *anteroposterior* lebih kecil dari diameter transversal (rasio 1: 2).

Teknik palpasi dapat mengidentifikasi temuan abnormal, seperti kelembaban kulit, asimetri otot, massa, atau nyeri tekan.



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. Pada kasus penyakit pneumonia, getaran paru-paru akan meredup di salah satu paru-paru.



4) Instruksikan pasien untuk berdiri. Periksa 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 sambil memperhatikan gerakan tangan pemeriksa saat dada pasien melakukan gerakan inspirasi dan ekspirasi.

Umumnya gerakan dada saat inspirasi maupun ekspirasi simetris secara bilateral.



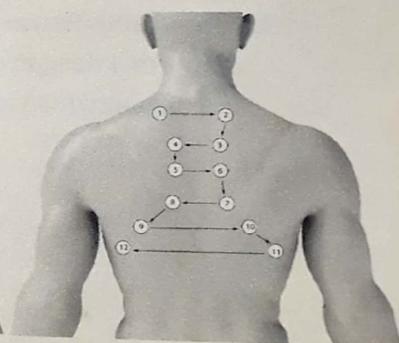
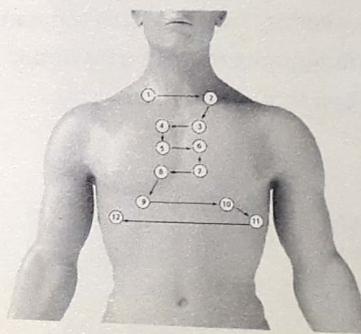
5) Lakukan perkusi di bidang paru-paru *posterior* dan *lateral* pada pasien dengan menggunakan pola *zigzag*, mulai di atas skapula hingga ke dasar paru-paru. Catatlah intensitas, nada, durasi, dan kualitas suara yang dihasilkan. Lakukan perkusi untuk ekskursi diafragma di setiap sisi *posterior thorax*.



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 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.

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

C. Evaluasi

Kerjasama dan komunikasi antara perawat dan pasien sangat berkontribusi dalam keberhasilan pemeriksaan fisik pada organ *thorax* dan paru-paru. Diharapkan setelah proses pemeriksaan ini dilakukan, 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 *thorax* dan paru-paru, 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

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

Alat-alat	<ol style="list-style-type: none">1. Alat pelindung diri2. Handuk atau selimut3. <i>Gawn</i> untuk pemeriksa4. Stetoskop5. Meteran atau penggaris sebagai alat pengukur
Pemeriksaan	<p>Lengkapi riwayat kesehatan pasien dengan fokus pada pemeriksaan jantung. Identifikasi faktor risiko dengan pertanyaan sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 hipertensi pada keluarga (tekanan darah tinggi), *infark miokard* (serangan jantung), penyakit arteri koroner, kadar kolesterol darah tinggi, atau *diabetes mellitus*
- Riwayat merokok
- Riwayat penggunaan alkohol
- Jenis aktivitas dan frekuensi berolahraga
- Konsumsi makanan yang biasa dimakan setiap hari

B. Pemeriksaan Fisik: Jantung

Tindakan	Rasional
 <p>1) Cuci tangan dengan sabun atau alkohol. Gunakan alat pelindung diri jika diperlukan.</p>	Cuci tangan merupakan perlindungan diri yang dapat mencegah penyebaran mikroorganisme.
 <p>2) Identifikasi pasien</p>	Memastikan pasien yang tepat untuk menerima intervensi dan mencegah kesalahan.
 <p>3) Jaga privasi pasien dengan menutup tirai di sekitar bed pasien jika memungkinkan. Jelaskan tujuan pemeriksaan kesehatan yang akan dilakukan oleh perawat kepada pasien.</p>	Memastikan privasi pasien. Penjelasan tindakan kepada pasien akan mengurangi kecemasan dan langkah awa bina hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien.
	<p>4) Instruksikan pasien untuk membuka baju Catatan: Pada kasus tertentu beberapa pasien tidak dapat melakukan hal ini secara mandiri sehingga pemeriksa dapat membantu pasien untuk 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.</p>
	<p>5) Lakukan palpasi pada area arteri karotis kiri dan kanan (lakukan teknik ini dalam waktu singkat dan hanya dilakukan satu kali saja). Gunakan stetoskop untuk auskultasi arteri.</p>
	<p>6) Lakukan inspeksi pada leher pasien untuk mengetahui apakah ada distensi vena jugularis. Amati apakah ada denyut di bagian tersebut.</p>

Mempermudah perawat dalam melakukan proses pemeriksaan. Pasien yang memakai gaun memfasilitasi pemeriksaan sistem kardiovaskular. Penggunaan selimut mandi memberikan kenyamanan dan kehangatan.

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 pasien dengan mengamati impuls apikal di intercostal ke-4 hingga ke-5 (ICS).



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.



9) Lakukan auskultasi secara sistematis mulai dari area aorta dengan menggunakan stethoskope, 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 sedang berlangsung.

Inspeksi prekordium membantu mendeteksi denyut nadi. Umumnya tidak ada denyutan kecuali impuls apikal.

Pemeriksaan ini membantu mengidentifikasi setiap sensasi prekordial, adanya getaran yang deras di atas ICS kedua kanan atau kiri, dan setiap pengangkatan atau penurunan di perbatasan tulang dada ketika setiap jantung berdetak. Normalnya tidak ada denyutan teraba di atas area aorta dan pulmonal.

Auskultasi bertujuan untuk mengevaluasi denyut dan irama jantung serta 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.

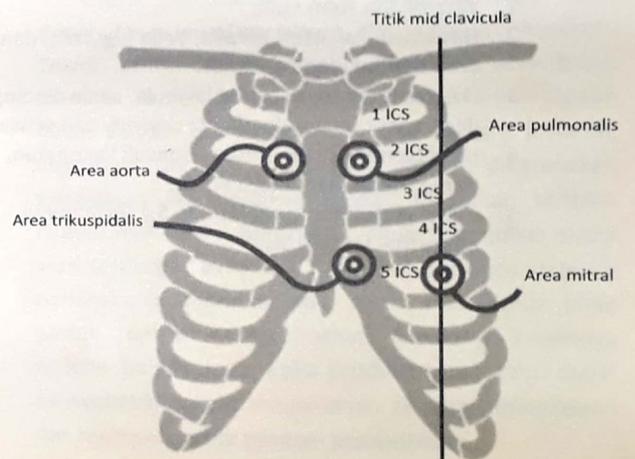


10) Fokus pada laju dan ritme jantung secara keseluruhan dan bunyi jantung normal dengan menggunakan stethoscope. Instruksikan pasien untuk kembali menggunakan baju.

11) Lepaskan alat pelindung diri pada pemeriksa jika menggunakannya dan cuci tangan dengan sabun atau alkohol

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

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 hormon, 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 dengan pemeriksaan dada. Urutan pemeriksaan dimulai dengan inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi. Hal ini dikarenakan melakukan jika tindakan palpasi dilakukan terlebih dahulu maka akan berpotensi dapat mengubah suara yang terdengar pada saat auskultasi. Sebelum memulai pemeriksaan abdomen atau perut, instruksikan pada pasien untuk mengosongkan kandung kemihnya terlebih dahulu. karena jika kandung kemih terisi dapat menyebabkan ketidaknyamanan selama pemeriksaan dan 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
- Konsumsi jenis dan jumlah obat yang dijual bebas di pasaran
- Riwayat konsumsi alkohol
- Riwayat menstruasi (bagi wanita)

B. Pemeriksaan Fisik: Abdomen

Tindakan	Rasional
 <p>1) Cuci tangan (gunakan alat pelindung diri jika diperlukan)</p>	Cuci tangan merupakan perlindungan diri yang dapat mencegah penyebaran mikroorganisme.
 <p>2) Identifikasi pasien</p>	Memastikan pasien yang tepat untuk menerima intervensi dan mencegah kesalahan.
 <p>3) Jaga privasi pasien dengan menutup tirai di sekitar bed pasien jika memungkinkan. Jelaskan tujuan pemeriksaan kesehatan yang akan dilakukan oleh perawat kepada pasien.</p>	Memastikan privasi pasien. Penjelasan tindakan kepada pasien akan mengurangi kecemasan dan langkah awal membina hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien
 <p>4) Instruksikan pasien untuk membuka baju dan tidur dengan posisi telentang. Gunakan selimut mandi untuk menutupi area yang terbuka selain dari yang akan diperiksa.</p>	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).



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



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

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

Melakukan tindakan auskultasi terlebih dahulu sebelum palpasi atau palpasi dapat mencegah gangguan data temuan. Auskultasi dapat mendeteksi adanya bising usus. Bising usus normal memiliki frekuensi 5–34 kali per menit.

Bunyi bruit pada saat tindakan auskultasi menunjukkan adanya aneurisma atau stenosis arteri.



- 8) Lakukan teknik perkusi pada perut pasien.



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

Teknik perkusi bertujuan untuk menilai kepadatan isi perut, organ, atau adanya massa. Suara *tympany* mengindikasikan organ dipenuhi oleh 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 kandungan kemih (kekosongan atau ke penuh).

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

10) Lakukan palpasi pada area ginjal (T2 - T3) di setiap sisi perut.
 Lakukan palpasi pada organ hati pada batas kostal kanan.
 Lakukan palpasi limpa di perbatasan kostal kiri.

11) Jika adanya nyeri tekan yang terasa dalam waktu lama. Jika pasien melaporkan adanya rasa nyeri ketika dilakukan palpasi secara lembut atau dalam di bagian perut, maka lakukan teknik ini dengan menarik tangan dengan cepat.

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

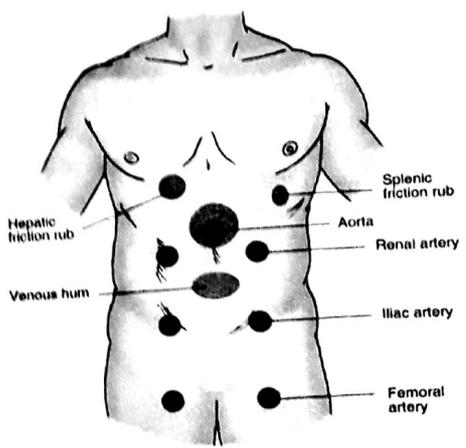
13) Bantu pasien menggunakan bajunya kembali. Lepaskan APD jika digunakan dan cuci tangan dengan sabun atau alkohol. Catat dan dokumentasikan semua temuan selama proses pemeriksaan ini.

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

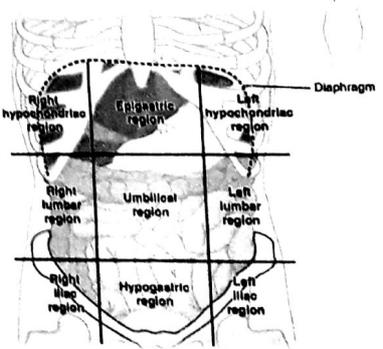
Nyeri pantul (rebound) menunjukkan adanya iritasi pada peritoneum yang diakibatkan oleh apendisitis. Area yang terdapat nyeri harus dilakukan di akhir pemeriksaan karena dapat menyebabkan nyeri dan kejang otot serta akan mengganggu prosedur pemeriksaan. Palpasi yang terus menerus pada area sumber nyeri dapat menyebabkan pecahnya usus buntu.

Teknik ini untuk menilai patens pembuluh darah.

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



Gambar titik auskultasi pada organ-organ di abdomen



Gambar 9 (sembilan) regio abdomen

C. Evaluasi

Kerjasama dan komunikasi antara perawat dan pasien sangat berkontribusi dalam keberhasilan pemeriksaan fisik pada organ *abdomen*. Diharapkan setelah proses pemeriksaan ini dilakukan, pasien tidak mengalami kecemasan atau ketidaknyamanan.

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

D. Dokumentasi

Saat mendokumentasikan hasil pemeriksaan *abdomen*, 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 terutama jika adanya massa.

BAB 8 SISTEM NEUROLOGI, MUSKULOSKELETAL DAN PEREDARAN DARAH PERIFER

A. Pemeriksaan Sistem Neurologi, Muskuloskeletal dan Peredaran Darah Perifer

Fokus dari pemeriksaan sistem ini adalah mengintegrasikan hasil temuan dari sistem neurologis, muskuloskeletal, dan vaskular perifer. Dalam mengkaji sistem neurologis, instruksikan 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 dilakukan di berbagai area tubuh dan saraf kranial serta refleksi 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

Pemeriksaan

5. Palu refleksi
6. Tabung reaksi panas dan dingin
7. Kopi bubuk atau coklat, garam, gula
8. Kapas, jarum, klip kertas
9. Cotton bath

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 Fisik: Sistem Vaskular Neurologis, Muskuloskeletal, dan Perifer

Tindakan	Rasional
 1) Cuci tangan dengan sabun atau alkohol. Gunakan alat pelindung diri jika diperlukan.	Cuci tangan merupakan perlindungan diri yang dapat mencegah penyebaran mikroorganisme.
 2) Identifikasi pasien	Memastikan pasien yang tepat dan mencegah kesalahan.

- 1) Jaga privasi pasien dengan menutup tirai di sekitar bed pasien jika memungkinkan. Jelaskan tujuan pemeliharaan kesehatan yang akan dilakukan oleh perawat kepada pasien.
- 4) Instruksikan pasien untuk membuka baju dan tidur dengan posisi telentang (supinasi). Gunakan selimut untuk menutupi area yang terbuka selain dari yang akan diperiksa.
- 5) Amati kebersihan dan penampilan fisik pasien secara keseluruhan
- 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).

Memastikan privasi pasien.
 Penjelasan tindakan kepada pasien akan mengurangi kecemasan dan langkah awal kerja sama dalam membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien.

Penggunaan selimut dapat memberikan kenyamanan dan kehangatan pada pasien.

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

Ini membantu mengidentifikasi tingkat kesadaran pasien.

Pasien dengan tingkat kesadaran memiliki karakteristik seperti lesu, pingsan, atau koma.

Gangguan memori/ ingatan dapat mengindikasikan adanya gangguan neurologis.

- d. Nilailah penalaran abstrak pasien dengan meminta pasien menjelaskan arti sebuah kalimat pepatah, seperti "Berakit-rakit ke hulu, berenang-renang ke tepian."
 - e. Mengevaluasi kemampuan pasien dalam memahami kata yang diucapkan dan ditulis oleh pasien.
- 7) Memeriksa fungsi saraf kranial
- a. Instruksikan pasien untuk menutup kedua matanya dan kemudian mintalah pada pasien untuk mengidentifikasi bau dari berbagai berbagai zat, seperti : kopi, cokelat, atau alkohol.
 - b. Lakukan tes ketajaman visual dan penyempitan pupil pada pasien.
 - c. Instruksikan pada pasien untuk menggerakkan mata pasien melalui enam posisi mata pandangan.

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

Teknik Ini membantu menilai *aphasia* pada pasien.

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

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

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



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

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

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

14) Intruksikan pasien untuk meremas dua jari pemeriksa.

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.

Teknik ini untuk menilai kekuatan otot ekstremitas bagian atas.

inspeksi dan palpasi memberikan informasi tentang adanya kelainan seperti nyeri tekan, dan rentang gerak. Bertujuan untuk mengevaluasi status vaskular perifer pada ekstremitas atas.

Untuk menguji kekuatan otot tangan.

Untuk mengevaluasi diskriminasi taktil (membedakan informasi indra peraba, khususnya *graphesthesia* (kemampuan mengenali tulisan yang dituliskan 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.

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.

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.

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

Bertujuan untuk memberikan informasi tentang fungsi vaskular perifer.

Teknik ini bertujuan untuk mengidentifikasi informasi tentang kelebihan cairan di rongga interstitial. Mengacu pada "pitting edema" dalam menilai jumlah edema: 1mm hingga 8mm.

10. Letakkan telapak tangan pemeriksa satu di atas satu lagi pasien di area dorsal posterior dan area anterior.

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

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

22. Instruksikan pasien untuk mengangkat talus terhadap resistensi tangan pemeriksa; selanjutnya, minta pasien mendorong ke luar melawan resistensi tangan pemeriksa; kemudian mintalah pasien menarik kembali terhadap penahanan tangan pemeriksa. Ulangi sebaliknya sisi yang lain.

Denyut nadi dan suhu kulit memberikan informasi tentang status vaskular perifer pada

Untuk memeriksa masalah vertebral.

Bertujuan untuk menilai kekuatan dan memberikan informasi tentang masalah sendi.

Untuk menilai kekuatan kaki bagian atas dan bawah.

23) Nilai refleks tendon pada 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 reflex atau benda keras lainnya seperti kunci; ulangi di telapak kaki lainnya.

Bertujuan untuk mengevaluasi brachioradialis, bicep, 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 refleksi Babinski negatif.



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



26) Bantulah pasien untuk berdiri (jika memungkinkan). Instruksikan pasien untuk berjalan secara normal dan teratur (amati apakah ada perbedaan saat berjalan pada jari kaki, tumit, dan kemudian tumit ke ujung kaki pasien).



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). Pemeriksa harus memperhatikan jika terjadi potensi pasien jatuh atau cedera terkait kehilangan keseimbangan selama pemeriksaan ini.

Untuk menguji kekuatan kaki dan ROM.

Bertujuan untuk mengevaluasi fungsi serebelar dan motorik.

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



28) Bantu pasien ke posisi yang nyaman.



29) Lepaskan APD, jika digunakan. Cuci tangan dengan sabun atau alcohol. Catat dan dokumentasikan semua temuan selama proses pemeriksaan ini.

Ini memastikan kenyamanan pasien.

Melepaskan APD dengan benar dan tepat dapat 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 fisik pada sistem neurologis, muskuloskeletal, dan vaskular perifer. Diharapkan setelah proses pemeriksaan ini selesai, pasien tidak mengalami kecemasan atau ketidaknyamanan.

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

D. Dokumentasi

Saat mendokumentasikan hasil pemeriksaan sistem neurologis, muskuloskeletal, dan vaskular perifer, 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.

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
- Brunner, & Suddarth. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah*. 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.
- Jarvis, C. (2011). *Physical examination & health assessment*. (6th Ed). Elsevier:
- Jevon, P. (2008). Neurological assessment. Part 1: Assessment level of consciousness. *Nursing Standard*, 104(27), 26-31.
- Jevon, P. (2008). Neurological assessment. Part 2: Pupil 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. *Practical guide: Identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults*. NIH publication 00-4084.
- October 2000. Available 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 in Overweight and obesity. Available nhlbi.nih.gov/health/dci/Diseases/obe/obe_whatare.html. Accessed December 1, 2008.
- NANDA-I. (2009). *Nursing diagnoses: Definitions classification 2009-2011*. West Sussex, UK: V 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: 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.
- 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. Nama tersebut telah menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Gombong di tahun 2011 lalu melanjutkan pendidikan program profesi Ners (2011-2012). Di tahun 2012 melanjutkan pendidikan *Master Nursing Science* di Khon Kaen University, Thailand. Saat ini aktif sebagai dosen Program Studi Keperawatan Program Sarjana di STIKES Muhammadiyah Gombong. Beberapa artikel penelitian yang telah dipublikasikan berfokus pada Keperawatan Medikal Bedah dan memiliki pengalaman organisasi di Himpunan Perawat Kamar Bedah Indonesia (HIPKABI) serta aktif sebagai pembicara dan anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

Penulis 2



Dadi Santoso, S.Kep., Ns., M.Kep., lahir di Boyolali, 09-05-1973. Nama tersebut telah menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma Keperawatan di Akademi Keperawatan 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 1995 dan melanjutkan pendidikan di Program Studi Keperawatan Program Sarjana pada tahun 2000 di STIKES Muhammadiyah Gombong lalu melanjutkan pendidikan Profesi Ners di institusi pendidikan yang sama pada tahun 2008. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2012. Artikel penelitian yang telah dipublikasikan berfokus pada

Penulis 3



Keperawatan Medikal Bedah (KMB) dan aktif sebagai pengurus organisasi, pembicara dan editor buku di Himpunan Perawat Kamar Bedah Indonesia (HIPKABI) sekaligus serta menjadi editor buku pedoman.

Wuri Utami, S.Kep., Ns., M.Kep., lahir di Kebumen, 11-12-1983 dan telah menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta di tahun 2006. Lalu melanjutkan studi program profesi Ners di tahun 2008. Kemudian di tahun 2015 melanjutkan pendidikan di jenjang S2 Keperawatan di Universitas Gajah Mada. Beberapa artikel-artikel penelitian yang telah dipublikasikan berfokus pada Keperawatan Anak (*Pediatric*), memiliki pengalaman sebagai kontributor asuhan keperawatan anak di beberapa penerbit buku nasional serta aktif sebagai pembicara dan anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

PEMERIKSAAN FISIK KEPERAWATAN

Untuk Mahasiswa Kesehatan,
Khususnya Keperawatan

Buku ini mendeskripsikan langkah-langkah pemeriksaan fisik pada organ manusia yang bertujuan menentukan status kesehatan seorang klien. Buku ini sangat mendukung bagi tenaga kesehatan khususnya bagi mahasiswa perawat yang sedang menjalani proses Pendidikan praktik di stase keperawatan dewasa atau keperawatan medikal bedah.

farhâ
pustaka

Penerbit Farha Pustaka
Jl. Taman Bahagia, Nagrak, Benteng,
Warudoyong, Sukabumi
Email: farhapustaka@gmail.com

ISBN: 978-623-278-331-7

