

KETERAMPILAN PEMERIKSAAN TELINGA HIDUNG TENGGOROK

Bagian Ilmu Kesehatan THT-KL FK UNS/ RS dr Moewardi Surakarta
Tim Skills Lab FK UNS Surakarta

Tujuan Pembelajaran Keterampilan Pemeriksaan Telinga Hidung dan Tenggorok :

Setelah mempelajari materi Keterampilan Pemeriksaan THT, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Mengetahui bagian-bagian penting dari telinga, hidung dan tenggorok.
2. Mengetahui keluhan-keluhan di bidang Telinga, Hidung dan Tenggorok yang membawa pasien datang ke dokter.
3. Mengetahui nama dan kegunaan alat untuk pemeriksaan Telinga Hidung dan Tenggorok.
4. Mempersiapkan pasien untuk pemeriksaan Telinga Hidung dan Tenggorok.
5. Melakukan prosedur keterampilan pemeriksaan Telinga Hidung dan Tenggorok.
6. Melakukan prosedur diagnostik pengambilan spesimen untuk keperluan pemeriksaan laboratorium guna membantu menegakkan diagnosis penyakit Telinga, Hidung dan Tenggorok.
7. Melakukan prosedur keterampilan terapeutik untuk penyakit Telinga Hidung dan Tenggorok, seperti :
 - a. Mengambil benda asing di telinga.
 - b. Membersihkan meatus akustikus eksternus dengan *swab*.
 - c. Mengangkat serumen dengan *hook* atau kuret.
 - d. Membersihkan telinga dengan *suction* .
 - e. Menghentikan perdarahan hidung bagian depan dengan *tampon*
 - f. Mengambil benda asing dalam telinga, hidung dan tenggorok.

A. PENDAHULUAN

Sebelum mempelajari keterampilan pemeriksaan Telinga, Hidung dan Tenggorok ini, mahasiswa diharapkan telah mempunyai pengetahuan tentang :

1. Anatomi kepala dan leher, khususnya telinga, hidung, sinus, mulut, kelenjar salivarius, laring dan pharing serta kelenjar limfe regio kepala dan leher.
2. Fisiologi pendengaran, keseimbangan, proses menelan, pembentukan suara dan bicara serta fungsi sinus paranasal.
3. Dasar-dasar pemeriksaan Kepala dan Leher.

B. KETERAMPILAN PEMERIKSAAN

Umumnya, pasien dengan penyakit Telinga, Hidung dan Tenggorok datang dengan keluhan-keluhan sebagai berikut :

Tabel 1. Daftar Keluhan/ Gejala Penyakit Telinga- Hidung- Tenggorok

Telinga	Hidung	Tenggorok
- Sakit kepala (cephalgia)	- Pilek (rhinorrhoe)	- Batuk
- Pusing (vertigo)	- Mimisan (epistaksis)	- Sakit tenggorok
- Sakit kepala sebelah (<i>migraine</i>)	- Bersin-bersin (<i>sneezing</i>)	- Benjolan di leher
- Sakit telinga (otalgia)	- Gangguan pembau (anosmia/ hiposmia)	- Sakit menelan (odynophagia)
- <i>Kopoken</i> (keluar cairan dari telinga, telinga mengeluarkan nanah) (otorhoe)	- Benda asing dalam hidung (corpus alienum)	- Sulit menelan (dysphagia)
- Tuli (deafness)	- Hidung tersumbat (nasal obstruksi)	- Suara sengau (rhinolalia)
- Gangguan pendengaran	- Hidung berbau (foetor ex nasal)	- Suara serak (hoarsness)
- Telinga gatal (itching)	- Suara Sengau(nasolalia)	- Benda asing di tenggorok
- Telinga berdenging (tinitus)		- Amandel (tonsil)
- Benda asing dalam telinga (corpus alienum)		- Bau mulut (halithosis)
		- Tenggorok kering
		- Tenggorok berlendir

Untuk dapat menegakkan diagnosis penyakit, diperlukan keterampilan pemeriksaan fisik dan prosedur diagnostik. Seperti halnya bidang-bidang ilmu kedokteran yang lain, cara-cara pemeriksaan telinga, hidung, tenggorok dimulai dengan :

1. Anamnesis, baik alloanamnesis maupun heteroanamnesis

2. Pemeriksaan, meliputi :

- Inspeksi
- Palpasi
- Perkusi
- Auskultasi

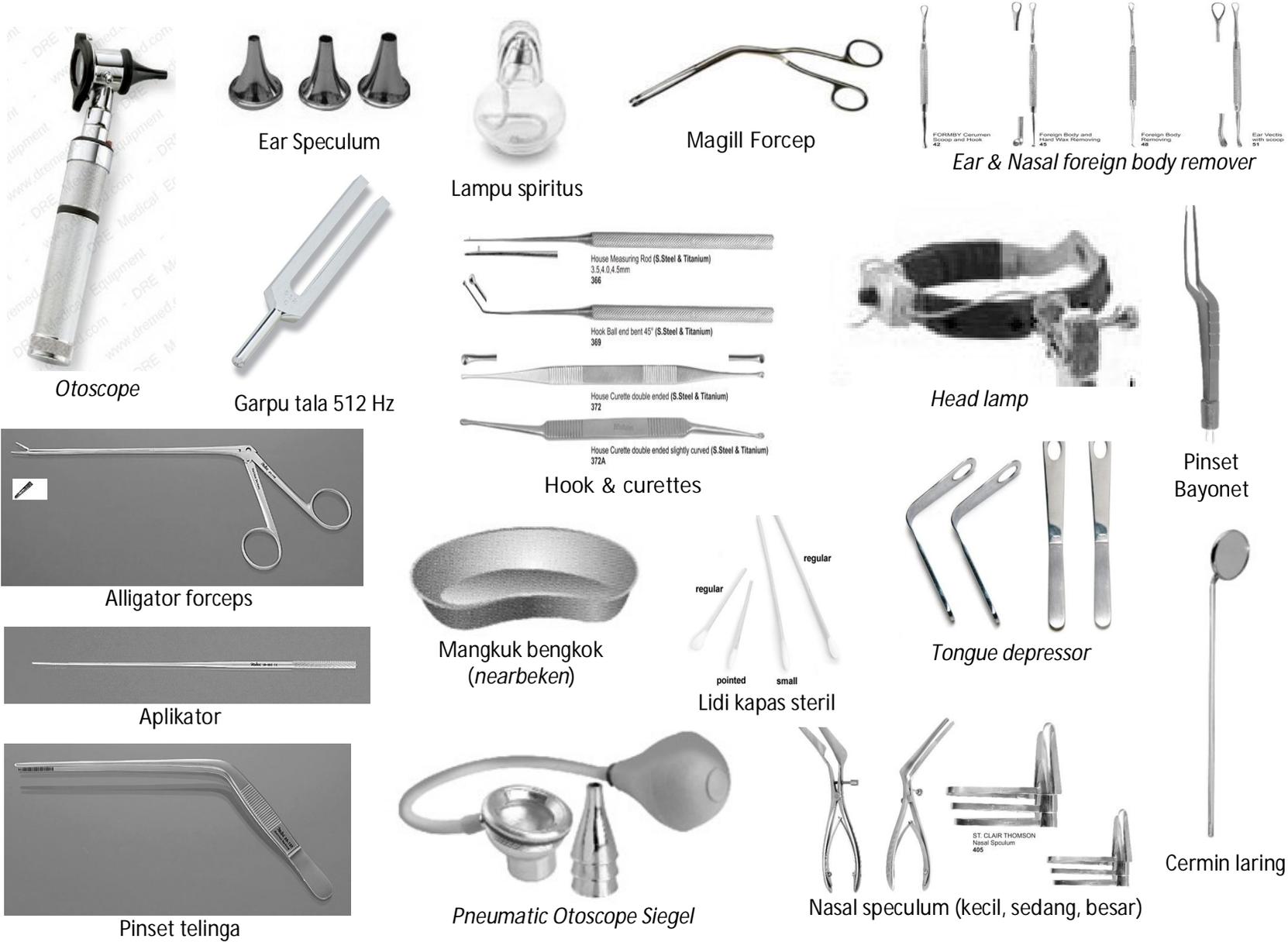
Cara-cara pemeriksaan telinga, hidung, tenggorok dikenal sebagai cara pemeriksaan *smooth and gentle*. Mengapa demikian? Karena organ-organ (telinga, hidung, tenggorok) adalah organ yang sangat sensitif. Oleh karena itu dalam pemeriksaan harus secara hati-hati dan jangan sampai menyakitkan penderita. Kadang-kadang perlu dipergunakan obat anestesi lokal agar tidak menimbulkan rasa sakit pada saat diperiksa.

FASILITAS RUANGAN

Ruangan tempat pemeriksaan telinga, hidung dan tenggorok harus memenuhi persyaratan tertentu, yaitu :

1. Agak gelap/ tidak terlalu terang (ruangan diberi gordien hitam).
2. Tenang
3. Di dalam ruangan harus tersedia :
 - a. Meja periksa yang dilengkapi dengan :
 - 1 kursi pemeriksa
 - 1 kursi tempat duduk penderita
 - b. Tempat tidur
4. Meja THT, untuk meletakkan peralatan pemeriksaan.

Gambar 1. Alat-alat yang dipergunakan pada pemeriksaan telinga, hidung dan tenggorok.



PERSIAPAN PEMERIKSAAN

1. MENYIAPKAN ALAT

- a. Alat-alat standar yang diperlukan untuk pemeriksaan telinga :
 1. Lampu kepala
 2. Garpu tala
 3. Spekulum telinga beberapa ukuran (kecil, sedang, besar)
 4. Pinset telinga
 5. Aplikator (pelintir kapas)
 6. Aligator (cunam) :
 - untuk mengambil benda asing
 - untuk mengangkat polip liang telinga
 7. *Cerumen haak* dan *cerumen spoon* :
 - *Cerumen haak* : tumpul & tajam (dengan kait)
 - *Cerumen spoon* : ujung seperti sendok
 8. Obat anestesi lokal : larutan Lidokain 2%
 9. Balon Politzer
 10. Pneumatoskop Siegel
 11. Otoskop
 12. Tampon Steril
- b. Alat-alat standar yang diperlukan untuk pemeriksaan hidung :
 1. Lampu kepala
 2. Spekulum hidung ukuran kecil, sedang dan besar
 3. Pinset bayonet
 4. *Haak* untuk mengambil benda asing di hidung
 5. Cairan : pematik rasa (Lidokain 2%), vasokonstriktor (Ephedrine)
 6. Kapas untuk tampon
 7. Kaca laring beberapa ukuran (kecil, sedang, besar)
 8. Penekan lidah (*tongue depressor, tongue spatula*)
 9. Lampu spiritus
 10. Mangkuk bengkok (*nearbeken*)
 11. Tampon Steril

- c. Alat-alat standar yang diperlukan untuk pemeriksaan mulut (laring/ faring) :
1. Lampu kepala
 2. Penekan lidah (*tongue spatula*)
 3. Larutan pematam rasa lokal (Lidokain 2%)
 4. Cunam untuk mengambil benda asing di tenggorok
 5. Kaca laring beberapa ukuran (kecil, sedang, besar)
 6. Lampu spiritus



Gambar 2. Meja Pemeriksaan THT Sederhana



Gambar 3. Meja Pemeriksaan THT Modern

2. MENYIAPKAN PENDERITA

1) Pasien anak

- Pasien duduk di kursi dipangku oleh orang tua.
- Dokter duduk di kursi pemeriksa.
- Kaki orang tua pasien bersilangan dengan kaki pemeriksa.
- Tangan orang tua memegang kedua tangan pasien, lalu tangan perawat memegangi kepala pasien.
- Bila tidak ada asisten, minta orang tua untuk memfiksasi kepala anak dengan memegangi dahi anak menggunakan 1 tangan, bagian belakang kepala anak menempel di dada orang tua, sementara tangan yang lain melingkari badan anak.



Gb 4. Menyiapkan pasien anak

2) Pasien dewasa



Gb 5. Menyiapkan Pasien Dewasa

- Pasien duduk di kursi penderita dengan kaki bersilangan dengan kaki pemeriksa.

PEMERIKSAAN TELINGA

1. MELAKUKAN ANAMNESIS

Digali keluhan utama, yaitu alasan datang ke RS/ dokter.

a. Telinga sakit (otalgia) :

- Sejak kapan
- Didahului oleh apa (trauma, kemasukan benda asing, pilek)
- Apakah disertai gejala-gejala yang lain.
- Diagnosis banding otalgia :
 1. Otitis eksterna (difusa, furunkulosa)
 2. Otitis media akut
 3. Mastoiditis

b. Gangguan pendengaran (*hearing loss*) :

- Sejak kapan
- Didahului oleh apa
- Penyebab gangguan pendengaran :
 1. Kongenital
 2. Kelainan anatomi
 3. Otitis eksterna dan media baik akut maupun kronis
 4. Trauma
 5. Benda asing/cerumen
 6. Ototoksis
 7. Degenerasi
 8. *Noise induce*
 9. Neoplasma

c. Telinga berdengung (*tinnitus*) :

- Sejak kapan
- Didahului oleh apa
- Apakah menderita penyakit lain seperti DM, hipertensi, hiperkolesterolemi
- Diagnosis banding tinitus :

1. Cerumen atau corpus alienum
 2. Otitis eksterna
 3. Otitis media akut & kronis
- d. Keluar cairan (*otorrhea*) :
- Sejak kapan.
 - Didahului oleh apa (trauma, kemasukan benda asing, pilek).
 - Deskripsi cairan (jernih/ keruh, cair/ kental, warna kuning/ kehijauan/ kemerahan; berbau/ tidak).
 - Apakah keluar cairan disertai dengan darah.
 - Disertai oleh gejala yang lain (demam, telinga sakit, pusing dll).
 - Diagnosis banding otorrhea :
 1. MT perforation
 2. Granulasi, polip, liang telinga,
 3. Infeksi pd otitis media

2. MELAKUKAN PEMERIKSAAN TELINGA

- Untuk inspeksi liang telinga dan membrana timpani, gunakan spekulum telinga atau otoskop.
- Untuk visualisasi terbaik pilih spekulum telinga ukuran terbesar yang masih pas dengan diameter liang telinga pasien. Diameter liang telinga orang dewasa adalah 7 mm, sehingga untuk otoskopi pasien dewasa, gunakan spekulum dengan diameter 5 mm, untuk anak 4 mm dan untuk bayi 2.5 – 3 mm.
- Lakukan pemeriksaan terhadap kedua telinga. Bila telinga yang sakit hanya unilateral, lakukan pemeriksaan terhadap telinga yang sehat terlebih dahulu.
- Menggunakan otoskop :
 - Otoskop dipegang menggunakan tangan yang sesuai dengan sisi telinga yang akan diperiksa, mis : akan memeriksa telinga kanan, otoskop dipegang menggunakan tangan kanan.
 - Otoskop dapat dipegang dengan 2 cara : seperti memegang pensil (*gambar 6A*) atau seperti memegang pistol (*gambar 6B*). Kedua teknik ini memastikan otoskop dan pasien bergerak sebagai 1 unit.

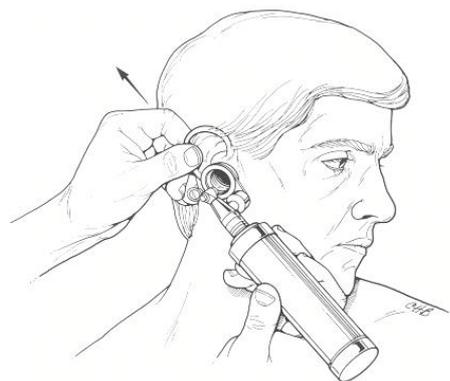
- Untuk pasien : berikan informasi bahwa prosedur ini tidak menyakitkan, pasien hanya diminta untuk tidak bergerak selama pemeriksaan.
- Pastikan daya listrik otoskop dalam keadaan penuh (*fully charged*).
- Bila terdapat serumen yang menghalangi visualisasi liang telinga dan membrana timpani, lakukan pembersihan serumen terlebih dahulu.

a. Inspeksi telinga : untuk melihat kelainan pada telinga luar, meliputi :

1. Kulit daun telinga : Normal/ abnormal
2. Muara/ lubang telinga : Ada atau tidak
3. Keberadaan telinga :
 - Terbentuk/ tidak terbentuk
 - Besarnya : kecil/ sedang/ besar atau normal/ abnormal.
 - Adakah kelainan seperti hematoma pada daun telinga (*cauliflower ear*).
4. Liang telinga :
 - Mengenal pars ossea, isthmus dan pars cartilaginea dari liang telinga
 - Adakah tanda-tanda radang
 - Apakah keluar cairan/ tidak
 - Adakah kelainan di belakang/ depan telinga.



Gb 6. Pemeriksaan meatus auditorius eksternus. Daun telinga (pinna) harus ditarik ke atas dan ke belakang supaya liang telinga lebih lurus. Pada anak, pinna ditarik lurus ke belakang.



Gb 7. Pemeriksaan liang telinga luar dan membrana timpani menggunakan otoskop. Otoskop digerakkan ke beberapa arah untuk visualisasi terbaik.

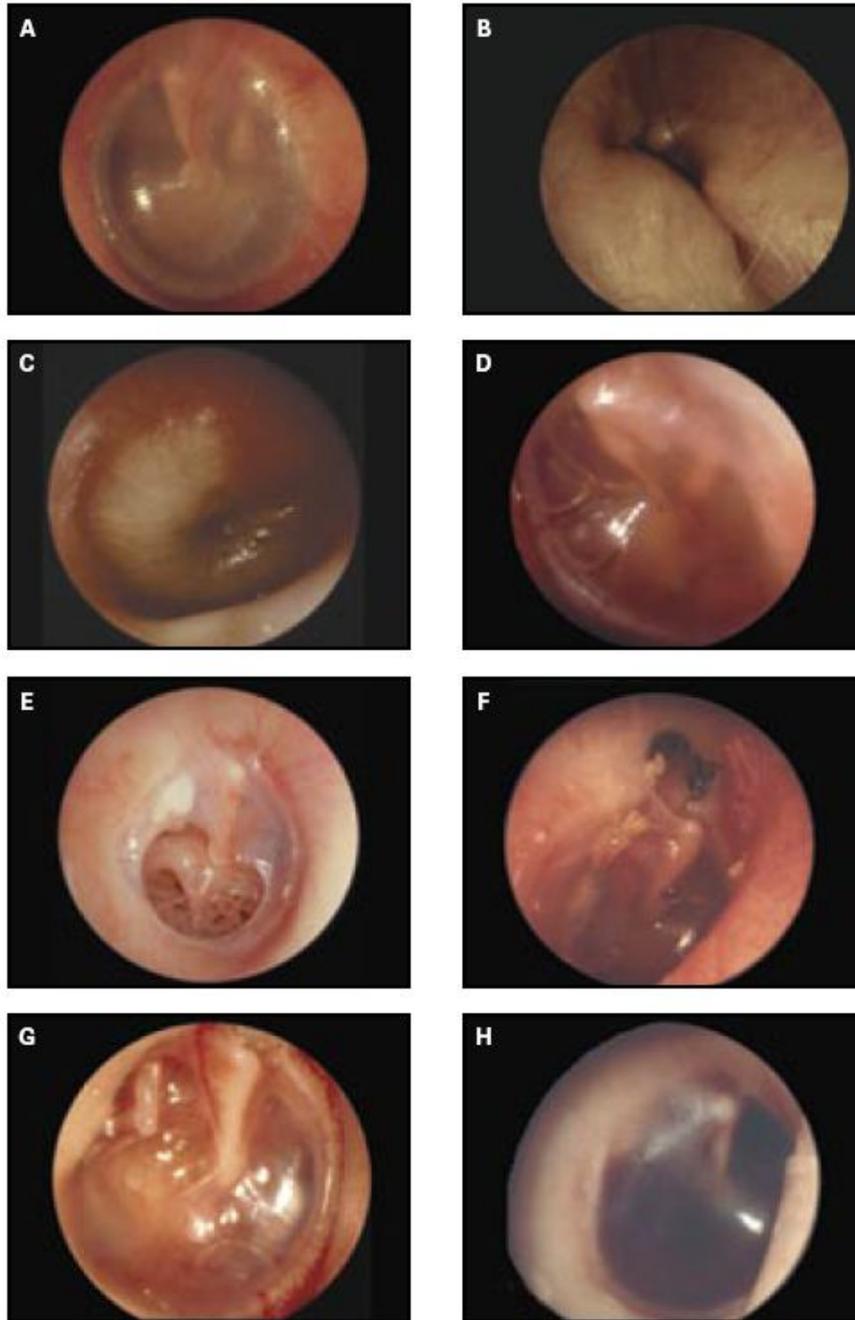


Gb 8A. Memegang otoskop seperti memegang pensil, menggunakan ibu jari & telunjuk, kelingking dan jari manis menempel pada sisi wajah pasien.

Gb. 8B. Memegang otoskop seperti menggenggam pistol. Bagian dorsal telunjuk menempel pada sisi wajah pasien.

5. Gendang telinga :

Dinilai warnanya, besar kecilnya, ada tidaknya refleksi cahaya (*cone of light*), perforasi, sikatrik, retraksi, penonjolan prosesus brevis.



Gb 9. Membrana timpani pada otoskopi

- A. Membrana timpani normal
- B. Eksostosis
- C. Otitis Media Akut
- D. Cairan serosa dalam telinga tengah
- E. Perforasi membrana timpani
- F. *Attic cholesteatoma*
- G. Retraksi membrana timpani
- H. Perdarahan dalam telinga tengah karena barotrauma

b. Palpasi telinga :

Sekitar telinga :

- Belakang daun telinga
- Depan daun telinga
- Adakah rasa sakit/ tidak (*retroauricular pain/ tragus pain*)

c. Auskultasi :

Menilai adakah bising di sekitar liang telinga.

d. Tes Pendengaran

Meliputi :

1. Tes Bisik (*whispered voice test*)

- Tes bisik dipergunakan untuk skrining adanya gangguan pendengaran dan membedakan tuli hantaran dengan tuli sensorineural.
- Prosedur :
 - Pasien duduk di kursi pemeriksaan.
 - Pemeriksa berdiri kurang lebih 60 cm di belakang pasien.
 - Pemeriksa membisikkan serangkaian angka dan huruf (misalnya 5-K-2) dan meminta pasien untuk mengulangi urutan kata dan huruf yang dibisikkan. Sebelum berbisik, sebaiknya pemeriksa mengeluarkan nafas (ekspirasi maksimal) secara perlahan supaya nafas pemeriksa tidak mengganggu suara bisikan.
 - Jika pasien dapat mengulang bisikan dengan benar, berarti tidak ada gangguan pendengaran. Jika pasien tidak dapat mengulang rangkaian kata dan huruf yang dibisikkan, ulangi pemeriksaan menggunakan kombinasi angka dan huruf yang lain.
 - Dilakukan pemeriksaan terhadap telinga kanan dan kiri, diawali dari telinga yang normal (tidak ada gangguan pendengaran/ pendengaran lebih baik). Selama pemeriksaan, lubang telinga kontralateral ditutupi dengan kapas.
 - Telinga yang lain diperiksa dengan cara yang sama, tetapi dengan kombinasi angka dan huruf yang berbeda.

- Pasien tidak mengalami gangguan pendengaran jika pasien dapat mengulang dengan benar paling sedikit 3 dari 6 kombinasi angka dan huruf yang dibisikkan.

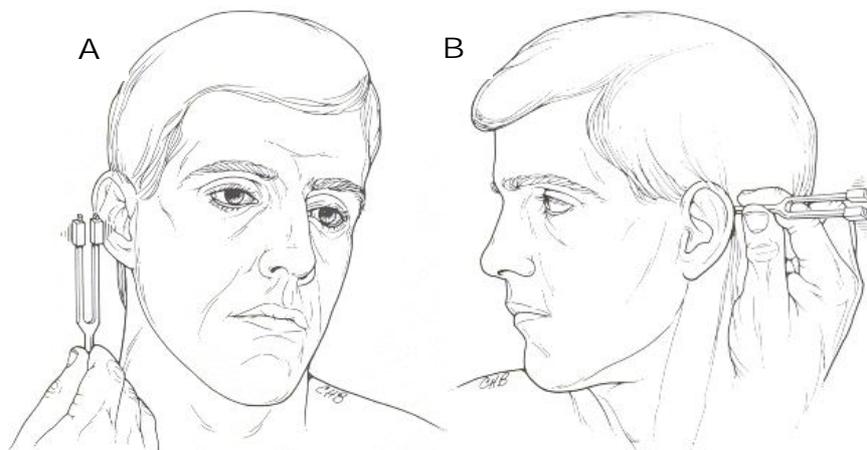
3. Tes Penala/Garputala

- Bertujuan untuk menilai ada tidaknya gangguan pendengaran (tuli/ *hearing loss*) dan membedakan tuli hantaran (*conductive hearing loss*) dan tuli sensorineural (*sensorineural hearing loss*).
- Tes penala didasarkan pada 2 prinsip utama, yaitu :
 1. Telinga dalam lebih sensitif terhadap hantaran suara oleh udara dibandingkan oleh tulang.
 2. Bila ada gangguan pada hantaran suara oleh udara, telinga yang terganggu akan lebih sensitif terhadap hantaran oleh tulang, disebut tuli hantaran murni (*conductive hearing loss*).
- Yang dipakai biasanya adalah garputala frekuensi 512 Hz
- Tes penala meliputi :

1) Tes Rinne :

Tes Rinne berguna untuk membandingkan hantaran udara dan hantaran tulang, sehingga membantu menegakkan diagnosis tuli hantaran (*conductive hearing loss*).

- Untuk menilai hantaran udara, ujung lengan panjang garpu tala yang sudah digetarkan dipasang 1 inchi di depan meatus auditorius eksternus (A),
- Pasien ditanya apabila sudah tidak mendengar, garputala dipindah ke prosessus mastoidea (B)

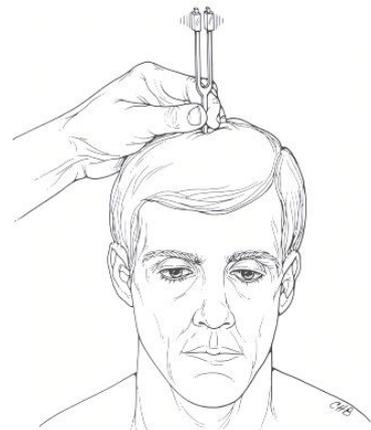


Gb 10. Tes Rinne untuk membandingkan hantaran udara (A) dan hantaran tulang (B).

- Setelah itu, prosedur diatas dibalik. Pemeriksaan dimulai dari processus mastoidea ke depan meatus auditorius eksternus.
- Interpretasi hasil :
 Tes Rinne positif : suara dari konduksi udara lebih keras dibandingkan konduksi tulang → tidak ada tuli hantaran.
 Tes Rinne negatif : suara dari konduksi tulang lebih keras → menunjukkan adanya tuli hantaran atau tuli sensorineural total (suara garpu tala ditransmisikan melalui konduksi tulang tengkorak dan diterima oleh telinga kontralateral – tes Rinne *false negative*).

2) Tes Weber :

- Tes Weber dilakukan setelah tes Rinne, bertujuan untuk membedakan tuli hantaran dan tuli sensorineural.
- Garpu tala yang sudah digetarkan diletakkan di verteks atau di tengah dahi.
- Pasien ditanya "*suara terdengar sama keras atau lebih keras di satu sisi (kiri atau kanan)*"
- Interpretasi hasil :
 Suara terdengar sama keras di telinga kiri dan kanan → tidak ada lateralisasi/ normal.
 Suara terdengar lebih keras di satu sisi → ada lateralisasi.
 Jika lateralisasi ke arah telinga yang terganggu → tuli hantaran.
 Jika lateralisasi ke arah telinga kontralateral (telinga yang sehat) → tuli sensorineural.



Gb 12. Tes Weber untuk menilai terjadinya lateralisasi suara.

Interpretasi hasil pemeriksaan tes penala

	Tes Rinne	Tes Weber
Normal	Positif	Tidak ada lateralisasi
AS tuli hantaran	Negatif	Lateralisasi ke kiri
AS tuli sensorineural	Positif atau <i>false negative</i> *	Lateralisasi ke kanan
AD tuli hantaran	Negatif	Lateralisasi ke kanan
AD tuli sensorineural	Positif atau <i>false negative</i> *	Lateralisasi ke kiri

Keterangan : AD Auricula Dekstra AS Auricula Sinistra

* jika tuli sensorineural total, suara melalui hantaran tulang dan diterima telinga kontralateral.

PEMERIKSAAN HIDUNG

1. MELAKUKAN ANAMNESIS

Digali keluhan utama, yaitu alasan datang ke RS/ dokter.

a. Pilek :

- Sejak kapan
- Apakah disertai dengan keluhan-keluhan lain (bersin-bersin, batuk, pusing, panas, hidung tersumbat)

b. Sakit :

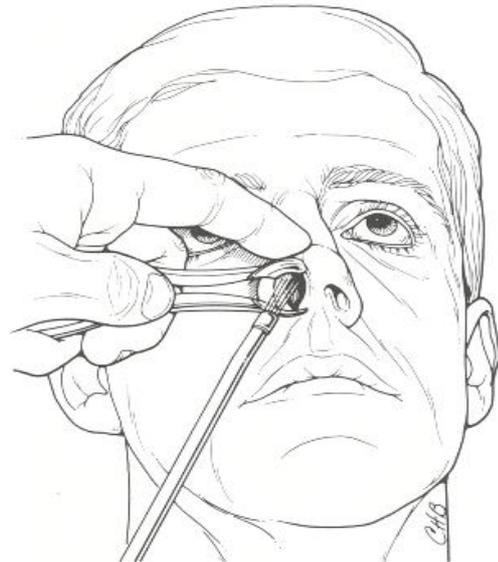
- Sejak kapan
- Adakah riwayat trauma
- Apakah disertai keluhan-keluhan lain : tersumbat, pusing, keluar ingus (encer, kental, berbau/ tidak, warna kekuning-kuningan, bercampur darah)

c. Mimisan (epistaksis) :

- Sejak kapan,
- Banyak/ sedikit,
- Didahului trauma/ tidak,
- Menetes/ memancar,
- Bercampur lendir/ tidak,
- Disertai bau/ tidak,
- Disertai gejala lain/ tidak (panas, batuk, pilek, suara sengau).

d. Hidung tersumbat (obstruksi nasi) :

- Sejak kapan
- Makin lama makin tersumbat/ tidak
- Disertai keluhan-keluhan lain/ tidak (gatal-gatal, bersin-bersin, rinorhea, mimisan/ tidak, berbau/tidak)
- Obstruksi hilang timbul/tidak
- Menetap, makin lama makin berat
- Pada segala posisi tidur
- Diagnosis banding :
 1. Rhinitis (akut, kronis, alergi)
 2. Benda asing
 3. Polyp hidung dan tumor hidung
 4. Kelainan anatomi (atresia choana, deviasi septum)
 5. Trauma (fraktur os nasal)



Gb 13. Menggunakan spekulum nasal untuk menampilkan kavum nasi dan septum.

e. Rinolalia :

- Sejak kapan
- Terjadi saat apa, pilek /tidak
- Disertai gejala-gejala lain/ tidak
- Ada riwayat trauma kepala/ tidak
- Ada riwayat operasi hidung/ tidak
- Ada riwayat operasi kepala/ tidak

2. PEMERIKSAAN RINOSKOPI ANTERIOR

Urutan pemeriksaan :

- a. Lakukan tamponade \pm selama 5 menit dengan kapas yang dibasahi larutan lidokain 2% & efedrin.
- b. Angkat tampon hidung.
- c. Lakukan inspeksi, mulai dari :
 - Cuping hidung (vestibulum nasi)
 - Bangunan di rongga hidung

- Meatus nasi inferior : normal/ tidak
- Konka inferior : normal/ tidak
- Meatus nasi medius : normal/ tidak
- Konka medius : normal/ tidak
- Keadaan septa nasi : normal/ tidak, adakah deviasi septum
- Keadaan rongga hidung : normal/ tidak; sempit/ lebar; ada pertumbuhan abnormal : polip, tumor; ada benda asing/ tidak : berbau/ tidak
- Adakah *discharge* dalam rongga hidung, bila ada bagaimana deskripsi discharge (banyak/ sedikit, jernih, mucous, purulen, warna *discharge*, apakah berbau).

3. PEMERIKSAAN RINOSKOPI POSTERIOR

Urutan pemeriksaan :

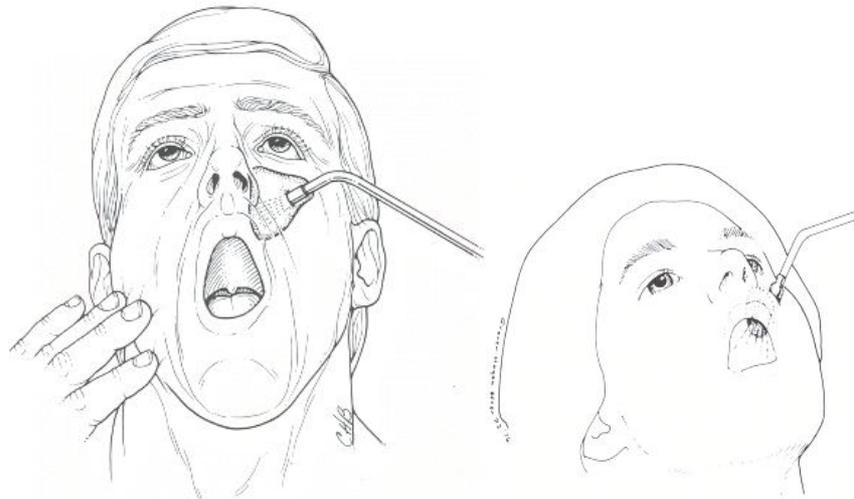
- 1) Lakukan penyemprotan pada rongga mulut dengan lidokain *spray* 2%.
- 2) Tunggu beberapa menit.
- 3) Ambil kaca laring ukuran kecil.
- 4) Masukkan/ pasang kaca laring pada daerah isthmus faucium arah kaca ke kranial.
- 5) Evaluasi bayangan-bayangan di rongga hidung posterior (nasofaring).
- 6) Lihat bayangan di nasofaring :
 - Fossa Rosenmuller
 - Torus tubarius
 - Muara tuba auditiva Eustachii
 - Adenoid
 - Konka superior
 - Septum nasi posterior
 - Choana

PEMERIKSAAN TRANSLUMINASI/ DIAPANASKOPI SINUS

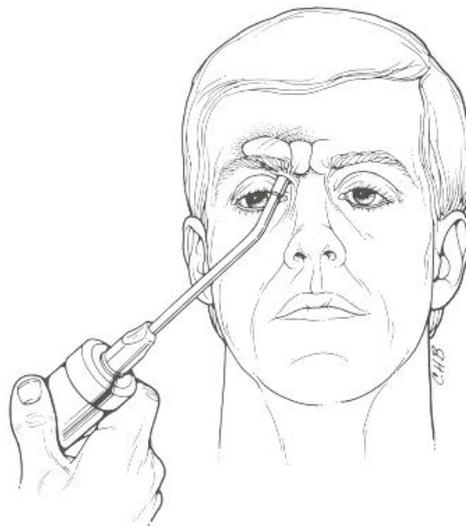
Jika didapatkan nyeri tekan sinus atau gejala-gejala lain yang menunjukkan sinusitis, pemeriksaan transluminasi/ diapanaskopi sinus kadang dapat membantu diagnosis meskipun kurang sensitif dan spesifik.

Prosedur pemeriksaan :

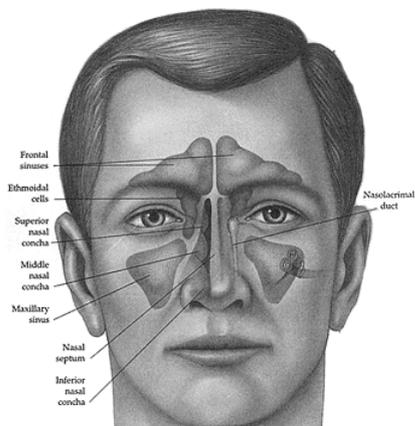
- Ruang gelap
- Menggunakan sumber cahaya kuat dan terfokus, arahkan sumber cahaya di pangkal hidung di bawah alis.
- Lindungi sumber cahaya dengan tangan kiri. Lihat bayangan kemerahan di dahi karena sinar ditransmisikan melalui ruang udara dalam sinus frontalis ke dahi.
- Bila pasien menggunakan gigi palsu pada rahang atas, mintalah pasien untuk melepasnya. Minta pasien untuk sedikit menengadahkan kepala dan membuka mulut lebar-lebar. Arahkan sinar dari sudut mata bagian bawah dalam ke arah bawah.
- Lihat bagian palatum durum di dalam mulut. Bayangan kemerahan di palatum durum menunjukkan sinus maksilaris normal yang terisi oleh udara. Bila sinus terisi cairan, bayangan kemerahan tersebut meredup atau menghilang.
- Cara lain, sumber cahaya dimasukkan ke mulut diarahkan ke mata dan diperhatikan keadaan pupilnya. Bila pupil midriasis (anisokor), kemungkinan terdapat cairan/ massa pada sinus. Bila pupil isokor, tidak terdapat cairan/ massa.



Gb 14. Transilluminasi sinus maksilaris



Gb 15. Transilluminasi sinus frontalis



(a)



(b)



(c)

Gb 16. Palpasi sinus, (b) frontalis, (c) maksilaris

PEMERIKSAAN LARING-FARING

Urutan :

1. Siapkan alat
2. Siapkan penderita

3. Lakukan anamnesis
4. Lakukan pemeriksaan rongga mulut

ANAMNESIS

Apa alasan datang ke RS/ Dokter (keluhan utama)

- a. Sulit untuk menelan (disfagia) dan sakit untuk menelan (odynofagia) :
 - Sejak kapan ?
 - Apakah disertai keluhan-keluhan di bibir dan rongga mulut ?
 - Apakah disertai dengan keluhan-keluhan lain ?
 - Apakah disertai dengan keluhan untuk menelan ?
 - Diagnosis banding :
 1. Benda asing
 2. Pharingitis akut dan kronis
 3. Alergi
 4. Tonsilitis akut dan kronis
 5. GERD, divertikulum, striktur, achalasia
 6. Massa
 7. Gangguan neurologi

- b. Serak (*hoarseness*) :
 - Sejak kapan ?
 - Apakah disertai dengan keluhan yang lain seperti sesak napas/ batuk ?
 - Apakah ada riwayat trauma ?
 - Batuk-batuk : apakah batuk dulu baru serak; apakah serak dulu baru batuk ?
 - Diagnosis banding :
 1. Laringitis akut dan kronis
 2. Alergi
 3. TB
 4. Nodul
 5. Neoplasma
 6. GERD
 7. Gangguan neurologi (post stroke)

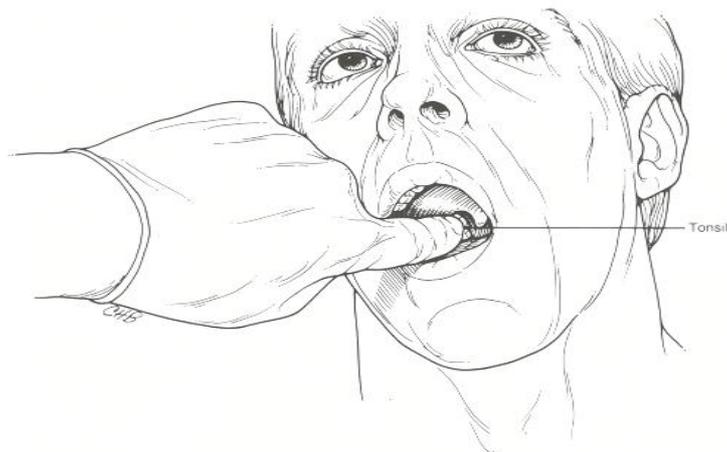
PEMERIKSAAN BIBIR DAN RONGGA MULUT

Apakah ada kelainan di bibir dan rongga mulut :

- Bibir pecah-pecah
- Ulkus di bibir
- *Drolling* (ngiler)
- Tumor
- Sukar membuka mulut (*trismus*)

PEMERIKSAAN TONSIL

- Besar tonsil
- Permukaan :
 - Halus/ berbenjol-benjol,
 - Ulserasi,
 - Detritus,
 - Pelebaran kripte,
 - Micro abses,
 - Tonsil berlobus-lobus,
 - Penebalan arcus,
 - Besar tonsil kanan-kiri sama/ tidak,
 - Disertai pembesaran kelenjar leher/ tidak.



Gb 17. Palpasi fossa tonsilaris dan basis lidah

PEMERIKSAAN LIDAH

- Ada gangguan perasa/ tidak.
- Ada kelainan-kelainan pada lidah :
 - Paresis/ paralisis lidah mengakibatkan deviasi ke salah satu sisi,
 - Atrofi papila lidah,
 - Abnormalitas warna mukosa lidah,
 - Adanya ulcerasi,
 - Tumor (berapa ukuran tumor, permukaan tumor licin atau berbenjol-benjol kasar; kenyal padat atau keras, rapuh/ mudah berdarah).

Pemeriksaan otot hipoglossus

- Saat menelan ?

Pemeriksaan dasar lidah

- Ada ulkus
- Ada benjolan/tidak → ranula ?

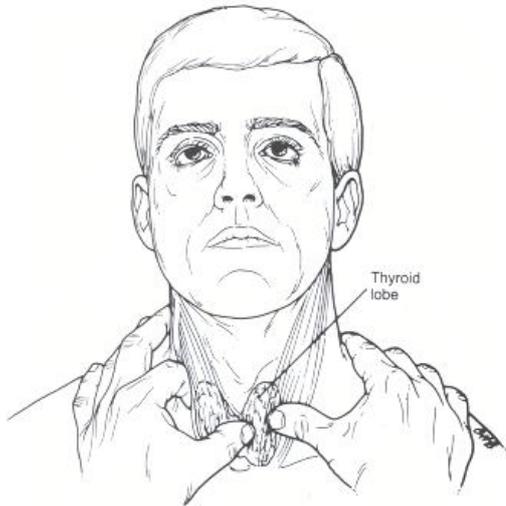
PEMERIKSAAN LEHER

- a. Inspeksi leher : simetris/ asimetris; tortikolis; tumor; limfadenopati
- b. Palpasi leher :
 - Ada tumor atau limfadenopati : single/ multiple, ukuran, konsistensi (lunak, kistik, padat, keras), permukaan (licin, berbenjol-benjol); fiksasi (mudah digerakkan/ tidak); nyeri tekan; tanda radang; sakit pada saat digerakkan/ tidak.
 - Tiroid : membesar/ tidak; bila ada pembesaran tiroid, apakah single/ multiple, berapa ukurannya, konsistensi (lunak, kistik, padat, keras), permukaan (licin, berbenjol-benjol); fiksasi (mudah digerakkan/ tidak); nyeri tekan; tanda radang; sakit pada saat digerakkan/ tidak. disertai pembesaran limfonodi/ tidak; ikut bergerak pada saat menelan/tidak; disertai suara serak/tidak, adanya tanda gangguan hormon tiroid (hipertiroid/ hipotiroid).

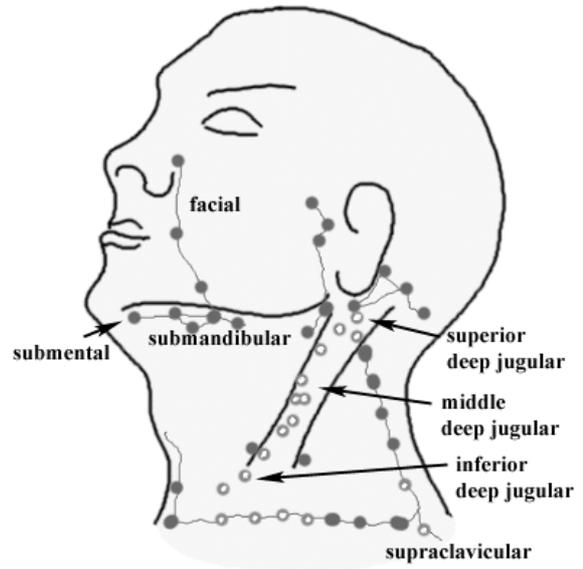
PENILAIAN SUARA/ BICARA :

- Serak/ tidak,

- Sengau/ tidak,
- Cedal/ tidak



Gb 18. Palpasi kelenjar tiroid dari arah depan. Tangan kanan mendorong kelenjar tiroid ke arah kiri pasien, sementara telunjuk dan ibu jari tangan kiri memalpasi kelenjar tiroid dari bawah m. sternocleidomastoideus.



Gb 19. Kelenjar limfe leher

INDIRECT LARINGOSKOPI (dengan kaca laring)

- Laringoskopi indirek dilakukan menggunakan kaca laring (*laryngeal mirror*) atau *flexible fiberoptic endoscope*. Laringoskopi dapat mengidentifikasi kelainan-kelainan laring dan faring baik akut maupun kronis, benigna atau maligna.
- Indikasi laringoskopi indirek :
 - Batuk kronis
 - Dyspnea
 - Disfonia
 - Stridor
 - Perubahan suara
 - Sakit tenggorokan kronis
 - Otalgia persisten

- Disfagia
 - Epistaksis
 - Aspirasi
 - Merokok dan alkoholisme lama
 - Skrining karsinoma nasofaring
 - Kegawatdaruratan : angioedema, trauma kepala-leher.
- Kontraindikasi : Epiglottitis
 - Prosedur :
 - Pasien duduk berhadapan dengan dokter, posisi pasien sedikit lebih tinggi dibandingkan dokter.
 - Tubuh pasien sedikit condong ke depan, dengan mulut terbuka lebar dan lidah dijulurkan keluar. Supaya kaca laring tidak berkabut oleh nafas pasien, hangatkan kaca laring sampai sedikit di atas suhu tubuh.
 - Pegang ujung lidah pasien dengan kassa steril supaya tetap berada di luar mulut. Minta pasien untuk tenang dan mengambil nafas secara lambat dan dalam melalui mulut.
 - Fokuskan sinar dari lampu kepala ke orofaring pasien.
 - Untuk mencegah timbulnya refleks muntah, arahkan kaca laring ke dalam orofaring tanpa menyentuh mukosa kavum oris, palatum molle atau dinding posterior orofaring.
 - Putar kaca laring ke arah bawah sampai dapat melihat permukaan mukosa laring dan hipofaring. Ingat bahwa pada laringoskopi indirek, bayangan laring dan faring terbalik : plika vokalis kanan terlihat di sisi kiri kaca laring dan plika vokalis kanan terlihat di sisi kiri kaca laring.
 - Minta pasien untuk berkata "*aaahh*", amati pergerakan plika vokalis (*true vocal cords*) dan kartilago arytenoid.
 - Plika vokalis akan memanjang dan beraduksi sepanjang linea mediana. Amati gerakan pita suara (adakah paresis, asimetri gerakan, vibrasi dan atenuasi pita suara, granulasi, nodul atau tumor pada pita suara).
 - Untuk memperluas visualisasi, mintalah pasien untuk berdiri sementara pemeriksa duduk, kemudian sebaliknya, pasien duduk sementara pemeriksa berdiri.
 - Amati pula daerah glotis, supraglotis dan subglotis.

C. KETERAMPILAN DIAGNOSTIK

PENGAMBILAN SPESIMEN THT

PRINSIP

Untuk interpretasi hasil biakan mikroba dari saluran nafas bagian atas harus dilakukan secara benar karena mikroba yang merupakan flora normal pada bagian rongga hidung, rongga mulut dan pharynx dapat merupakan mikroba yang potensial patogen terutama pada penderita dengan penyakit berat. Mikroba yang dimaksud adalah *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Neisseria spp*, kuman-kuman famili *Enterobacteriaceae* dan *yeast* (sel ragi).

Sebelum tindakan pemeriksaan, pengambilan sampel atau tindakan terapeutik, selalu lakukan cuci tangan. Kenakan sarung tangan saat melakukan pemeriksaan, pengambilan sampel atau tindakan terapeutik. Sebelum melakukan usapan hidung dan nasofaring, bersihkan lebih dahulu area usapan menggunakan kapas kering bila didapatkan discharge/ mukus dalam jumlah banyak. Setelah mendapatkan spesimen dan akan menarik lidi kapas keluar, untuk mencegah kontaminasi spesimen, ujung lidi kapas jangan sampai menyentuh bagian mukosa yang lain.

I. Usapan hidung (Nasal Swab) :

Biakan usapan hidung ditujukan terutama untuk mendeteksi penderita carrier *Staphylococcus spp*.

A. Cara pengambilan :

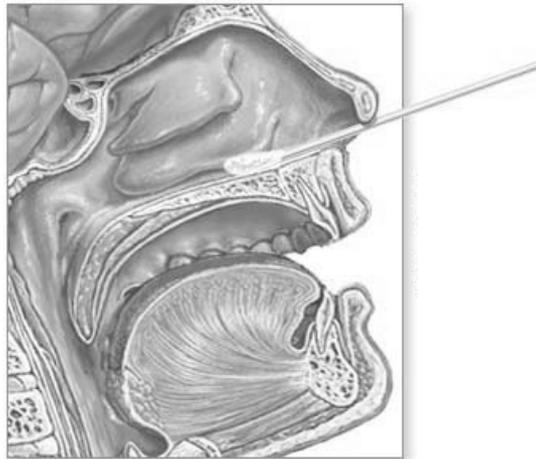
1. Masukkan lidi kapas steril yang telah dibasahi dengan aquadest steril atau larutan garam fisiologis steril ke dalam lubang hidung sampai terasa ada tahanan pada daerah turbinat (kurang lebih 1,5 cm masuk ke dalam lubang hidung).
2. Putar lidi kapas secara perlahan-lahan pada permukaan selaput lendir hidung.
3. Lidi kapas ditarik keluar secara perlahan, jangan sampai menyentuh area cavum nasi yang lain.
4. Dengan lidi kapas yang lain, ulangi cara seperti diatas pada lubang hidung kontralateral.

B. Cara penampungan :

1. Masukkan lidi kapas ke dalam media transpor Stuart atau media cair nutrien.
2. Beri label identitas pasien secara lengkap : tanggal pengambilan sampel, nama pasien dan ruang RS dimana pasien dirawat.

C. Cara pengiriman :

Spesimen segera dikirim ke laboratorium mikrobiologi, disertai surat permintaan pemeriksaan yang telah diisi secara lengkap mengenai identitas, tanggal dan jam pengambilan spesimen, diagnosis klinis penderita dan pengobatan yang telah diberikan.



Gb 20. Usapan Hidung

II. Aspirasi Cairan Sinus :

Biakan cairan sinus perlu dilakukan pada penderita sinusitis terutama yang disebabkan oleh kuman-kuman anaerob.

A. Cara pengambilan :

Dengan cara teknik aspirasi menggunakan *syringe* (sputit) pada sinus maxillaris, sinus frontalis atau sinus yang lain, dilakukan oleh seorang *otolaryngologist*.

B. Cara penampungan :

1. Masukkan cairan aspirat sinus tersebut ke dalam media transport anaerob atau dikirim langsung ke laboratorium dengan cara aspirat sinus tetap dalam syringe,

akan tetapi udara yang ada dalam syringe harus dikeluarkan terlebih dahulu dan jarumnya disegel menggunakan karet bekas tutup vial obat steril.

2. Beri label identitas penderita secara lengkap.

C. Cara pengiriman :

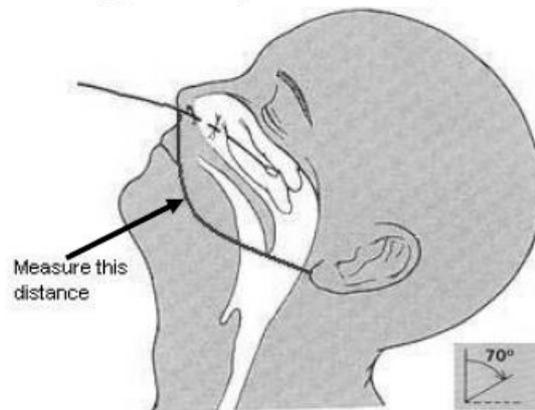
Kirim segera ke laboratorium mikrobiologi, disertai surat permintaan pemeriksaan yang telah diisi secara lengkap.

III. Usapan Nasofaring (Nasopharyngeal Swab)

Biakan usapan nasofaring perlu dilakukan untuk mendeteksi penderita *carrier Neisseria meningitidis*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae* dan *Bordetella pertusis*. Diagnosis infeksi *Bordetella pertusis* dengan cara usapan nasopharynx akan memberikan hasil yang lebih baik bila dibandingkan dengan cara konvensional dimana penderita disuruh batuk langsung di depan media Bordet Gengou agar.

A. Cara pengambilan :

1. Gunakan sinar/ lampu yang terang dan diarahkan pada penderita.
2. Penderita diminta untuk menengadahkan kepala kurang lebih 70° supaya hidung-nasofaring berada dalam satu garis lurus sehingga insersi *swab* lebih mudah.
3. Gunakan ibu jari untuk mengangkat/ mendorong ujung hidung penderita ke atas.
4. Masukkan *swab* steril dari kapas/dacron/*calcium alginate* yang terdapat pada kawat lentur (sebelumnya dibasahi terlebih dahulu menggunakan aquadest steril atau larutan garam fisiologis steril) secara perlahan dan hati-hati melewati lubang hidung (nares).
5. Arahkan *swab* tersebut masuk ke dalam rongga hidung pada sisi medial sepanjang septum nasi sampai terasa adanya tahanan, dengan demikian ujung *swab* akan menyentuh dinding posterior pharynx.
6. Pada orang dewasa, masuknya *swab* sampai nasofaring kurang lebih sedalam 4 cm (Pada anak-anak, kedalaman masuknya *swab* kurang dari itu).
7. *Swab* diputar secara perlahan.
8. *Swab* ditarik keluar dari lubang hidung secara hati-hati.



Gb 21. Usapan Nasofaring

B. Cara penampungan :

1. Masukkan *swab* tersebut ke dalam tabung yang terisi media transport Stuart atau media cair nutrien.
2. Beri label identitas penderita secara lengkap.

C. Cara pengiriman :

Kirim segera ke laboratorium mikrobiologi, disertai surat permintaan pemeriksaan yang telah diisi secara lengkap.

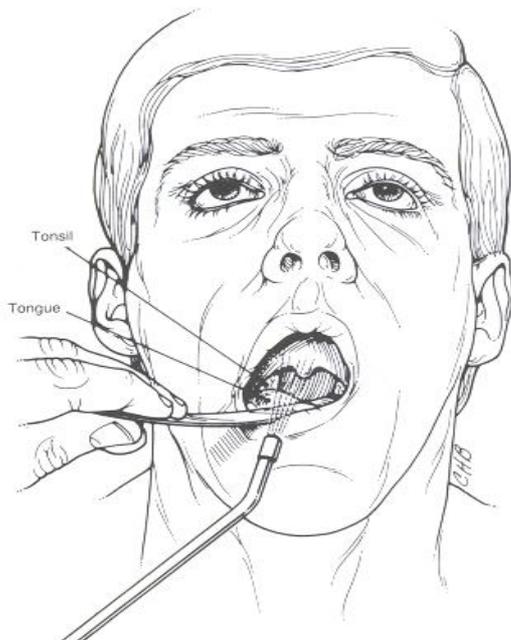
IV. Usapan Tenggorok (*Throat Swab*)

Biakan usapan tenggorok terutama ditujukan untuk mendiagnosis pharingitis karena infeksi *Streptococcus beta haemolyticus* group A, *Neisseria gonorrhoeae*, *Haemophilus influenzae* dan *Corynebacterium diphtheriae*.

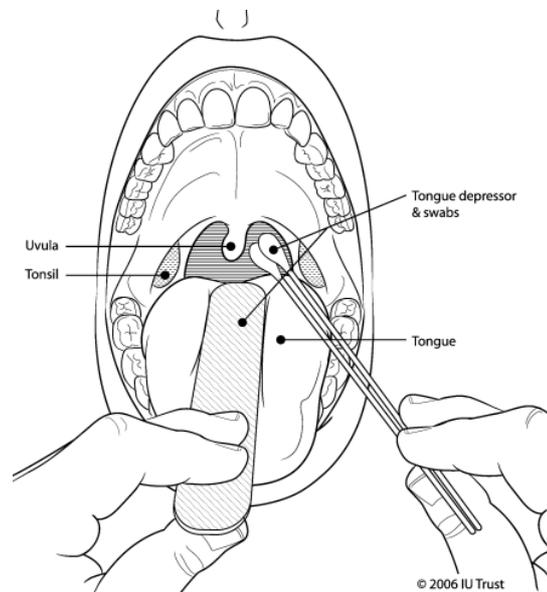
A. Cara pengambilan spesimen :

1. Memberikan penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan terhadap pasien.
2. Persiapkan alat yang akan dipergunakan.
3. Mencuci tangan sebelum melakukan pengambilan spesimen.
4. Gunakan sinar atau lampu yang terang dan diarahkan pada rongga mulut penderita. Persiapkan mangkuk bengkok di dekat pasien (bila sewaktu-waktu pasien muntah).
5. Penderita diminta menarik nafas dalam sambil membuka mulut.

6. Lidah penderita ditekan perlahan ke arah bawah menggunakan penekan lidah (spatula lidah/ *tongue depressor*).
7. Masukkan lidi kapas steril secara perlahan sampai menyentuh dinding posterior pharynx.
8. Penderita diminta untuk mengucapkan "aaaah" dengan tujuan agar uvula tertarik ke atas serta mengurangi refleks muntah.
9. Lidi kapas diusapkan pada tonsil, bagian belakang uvula dan digerakkan ke depan dan ke belakang pada dinding posterior pharynx untuk mendapatkan jumlah sampel yang cukup.
10. Lidi kapas dikeluarkan dari rongga mulut secara hati-hati, jangan sampai menyentuh uvula, mukosa pipi, lidah dan bibir.



Gb 22. Menggunakan spatula lidah untuk menekan salah satu sisi basis lidah untuk menampilkan area tonsil dan faring posterior.



Gb 23. Usapan Tenggorok

- B. Cara penampungan :
1. Masukkan lidi kapas ke media dalam media transpot Stuart atau tabung steril yang diisi dengan sedikit larutan garam fisiologis atau akuadest steril supaya spesimen tidak kering.
 2. Beri label identitas penderita secara lengkap.
- C. Cara pengiriman :
- Kirim segera ke laboratorium mikrobiologi, disertai surat permintaan pemeriksaan yang telah diisi secara lengkap.

Perhatian khusus untuk pengambilan usapan tenggorok

Jangan melakukan usapan tenggorok pada penderita yang mengalami inflamasi pada daerah epiglottis. Hal tersebut akan menyebabkan terjadinya edema pada epiglottis secara akut sehingga dapat menyebabkan obstruksi saluran nafas bagi penderita.

V. Pengambilan spesimen dari telinga

a. Pemilihan

1. Lidi kapas tidak dianjurkan untuk mengumpulkan spesimen untuk diagnosis otitis media. Ketika menggunakan lidi kapas, flora normal dari saluran pendengaran bagian luar sering mengkontaminasi spesimen, sehingga interpretasi klinis sulit dan menyesatkan.
2. Spesimen sebaiknya berasal dari aspirasi membrana timpani (*tympnocentesis*). Cairan yang berasal dari telinga bagian dalam menunjukkan proses infeksi.
3. *Swab* dengan lidi kapas steril hanya bisa digunakan bila membrana timpani telah pecah dan cairannya dapat dikumpulkan.
4. Diagnosis biasanya dibuat secara klinis.
5. Tindakan *tympnocentesis* sangat menyakitkan dan hanya dilakukan pada anak-anak dan pada pasien dengan otitis media yang kronis yang tidak bereaksi terhadap pengobatan.

b. Pengumpulan

Alat-alat :

1. *Myringotome*
2. Spekulum telinga

3. Pinset telinga
 4. Jarum dan spuit
 5. Perlengkapan anestesi
 6. Lidi kapas steril dan antiseptik
- c. Metode *tympanocentesis* :
1. Bersihkan saluran telinga bagian luar dengan cairan antiseptik. Kasa antiseptik dapat disumpalkan ke dalam telinga.
 2. Pasien dapat diberikan anestesi umum karena insisi menyebabkan luka yang nyeri.
 3. Dokter melakukan insisi membrana timpani dan mengaspirasi cairan sebanyak mungkin ke dalam spuit. Alternatif lain bahan tersebut dapat dikumpulkan pada swab yang steril. Spekulum telinga dapat membantu mencegah kontaminasi dengan flora normal saluran telinga.
 4. Material di dalam spuit dapat dimasukkan ke dalam sebuah tabung media transport anaerob atau dikirim segera ke laboratorium.
- d. Pemberian Label
1. Jangan memberikan label "telinga" saja pada spesimen. Setelah cairan telah dikumpulkan diberikan label "*cairan tympanocentesis*".
 2. Sertakan informasi tentang pasien.
 3. Buatlah catatan tentang umur penderita dan sejarah penyakitnya, misal : otitis kronik, tak bereaksi terhadap pengobatan.
 4. Jangan minta dilakukan kultur anaerob, kecuali jika menggunakan media transport anaerob.
- e. Pengiriman
1. Jangan menyimpan spesimen untuk pemeriksaan mikrobiologi di dalam kulkas. Simpan dalam suhu ruang.
 2. Antar spesimen segera ke laboratorium.
- f. Catatan
1. Ambil sampel infeksi telinga luar (otitis externa) sesudah saluran telinga dicuci dengan antiseptik dan dibersihkan dengan NaCl fisiologis. Ambillah sampel dari saluran telinga beberapa menit sesudah pembersihan dengan melakukan usapan menggunakan lidi kapas steril di atas lesi.

2. *Tympanocentesis* tidak sering dilakukan, tetapi merupakan metode pilihan untuk mendapatkan spesimen kultur.

C. KETERAMPILAN TERAPEUTIK

1. MEMBERSIHKAN SERUMEN

Serumen merupakan substansi alamiah yang berfungsi membersihkan, melindungi dan melembabkan kanalis auditorius eksternus. Serumen terbentuk bila sekresi kelenjar-kelenjar di 1/3 lateral kanal bercampur dengan epitel skuamous yang mengalami deskuamasi, debu, partikel asing dan sisa-sisa rambut dalam liang telinga. Normalnya, serumen dikeluarkan oleh mekanisme pembersihan sendiri (*selfcleaning mechanism*) dan gerakan rahang, yang menyebabkan serumen bermigrasi keluar dari liang telinga. Sebagian besar serumen asimtomatis. Serumen mempunyai beberapa efek menguntungkan, yaitu melindungi dan melembabkan liang telinga serta mempunyai efek bakteriosid, sehingga keberadaan serumen tidak perlu selalu dibersihkan.

Akumulasi serumen, dan selanjutnya impaksi serumen, disebabkan oleh kegagalan *selfcleaning mechanism*, menyebabkan keluhan-keluhan seperti nyeri, gatal, rasa penuh dalam telinga, tinnitus, telinga berbau, batuk dan pusing, serta gangguan pendengaran. Selain itu, impaksi serumen akan mengganggu pemeriksaan kanalis auditorius, visualisasi membrana timpani dan telinga tengah.

Beberapa keadaan merupakan faktor predisposisi impaksi serumen, yaitu :

- 1) Pada orang tertentu, produksi serumen bisa berlebihan.
- 2) Pertumbuhan rambut berlebihan dalam liang telinga, sehingga mengganggu *selfcleaning mechanism*.
- 3) Penggunaan alat bantu dengar yang menghalangi keluarnya serumen dari liang telinga.
- 4) Kebiasaan penggunaan lidi kapas untuk membersihkan liang telinga justru akan makin mendorong serumen masuk ke liang telinga lebih dalam dan memadat.
- 5) Penyakit kulit pada liang telinga, otitis eksterna rekuren, keratosis obturans, riwayat radioterapi telinga, riwayat timpanoplasti/ miringoplasti atau mastoidektomi dan retardasi mental.

Terhadap pasien yang datang dengan impaksi serumen, dokter harus menanyakan riwayat klinis dan menilai adanya faktor-faktor yang akan mempengaruhi penatalaksanaan, yaitu :

1. Ada tidaknya perforasi membrana timpani.
2. Kelainan anatomi kanalis auditorius eksternus congenital atau akuisita, seperti stenosis dan eksostosis, otitis eksterna kronis, kelainan kraniofasial (misalnya Down Syndrome, pasca trauma/ pembedahan).
3. Diabetes
4. Keadaan *immunocompromised*
5. Terapi antikoagulan.

Secara garis besar, penatalaksanaan impaksi serumen dibagi menjadi 2, yaitu : pemberian seruminolitik dan evakuasi serumen secara manual (irigasi atau menggunakan *hook/curette/suction*). Kombinasi dari tindakan tersebut dapat dilakukan (seruminolitik diikuti dengan evakuasi manual, atau irigasi diikuti dengan evakuasi manual).

Sebelum melakukan pengambilan serumen, dokter harus :

1. Melakukan anamnesis mendalam untuk mengetahui riwayat perforasi membrana timpani, infeksi telinga tengah atau keluarnya *discharge* dari dalam telinga.
2. Melakukan pemeriksaan kanalis auditorius eksternus dengan seksama untuk menilai bentuk dan ukuran liang telinga, mengetahui ada tidaknya infeksi liang telinga, perkiraan beratnya sumbatan dan keadaan membrana timpani (bila memungkinkan).
3. Menilai tipe serumen (kering/ basah/ keras/ padat/ lunak/ lengket), dan menentukan teknik pengambilan yang akan dipakai.
4. Menilai perlu tidaknya penggunaan seruminolitik sebelum pengambilan serumen.
5. Menjelaskan kemungkinan komplikasi tindakan kepada pasien.
6. Memastikan peralatan dalam keadaan baik dan lengkap serta siap dipakai (misalnya untuk irigasi : mengecek kondisi *syringe*, suhu air, arah dan kuatnya pancaran air dari *syringe*).

Pemakaian Seruminolitik :

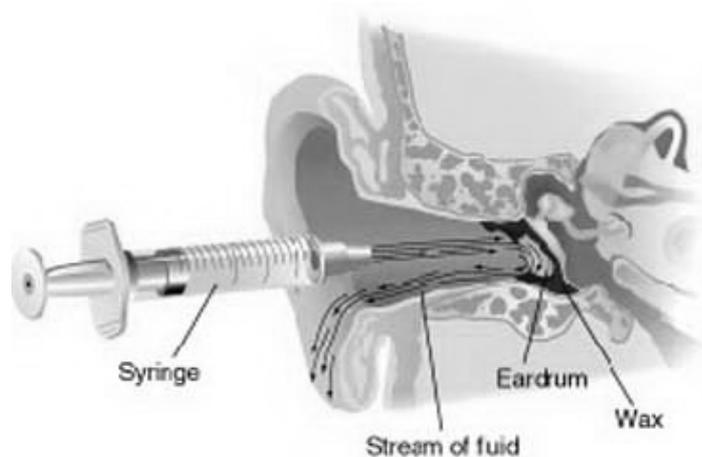
- Pemberian seruminolitik 15-30 menit sebelumnya dapat meningkatkan efektifitas tindakan sampai 90%.
- Seruminolitik yang paling efektif dan sederhana adalah larutan garam fisiologis.

- Bila serumen sangat kering dan keras, berikan seruminolitik 2-3 hari sebelum dilakukan pengambilan serumen. Seruminolitik diteteskan 2-3 kali sehari.
- Bila pasien menggunakan alat bantu dengar, setelah meneteskan seruminolitik, jangan langsung memakai kembali alat bantu dengarnya, biarkan liang telinga mengering lebih dahulu.

a. Membersihkan Serumen dengan cara Irigasi :

Prosedur membersihkan serumen dengan irigasi :

- Irigasi dilakukan terhadap serumen yang keras dan kering.
- Irigasi kanalis auditorius eksternus dapat dilakukan dengan atau tanpa pemberian seruminolitik sebelumnya. Seruminolitik dapat diberikan bila serumen keras atau menempel erat di dinding liang telinga.
- Instrumen :
 - *Ear syringes*
 - Cairan irigasi (normal saline, akuades)
 - Mangkuk bengkok



Gb 24. *Ear Syringing*

- Teknik :
 - Pastikan penerangan cukup, lampu diarahkan ke liang telinga pasien.
 - Ujung *syringe* harus tumpul.
 - Cairan irigasi yang digunakan harus mempunyai suhu seperti suhu badan (untuk mencegah stimulasi apparatus vestibular).
 - Lindungi baju pasien dengan handuk atau plastik. Minta pasien untuk memegang mangkuk bengkok di bawah daun telinganya.
 - Pasien diminta untuk sedikit menundukkan kepala. Daun telinga (*pinna*) ditarik ke atas dan ke belakang supaya kanalis auditorius eksternus lurus dan bagian dalam kanal terlihat jelas.
 - Cairan irigasi yang sudah dihangatkan (suhu 37-38°C) diaspirasi ke dalam *syringe*, tempatkan mulut *syringe* tepat di luar meatus auditorius eksternus dan diarahkan ke atap liang telinga.
 - Air disemprotkan perlahan ke arah dinding/ atap kanal bagian posterior-superior (jangan menyembrotkan air ke arah membrana timpani, karena justru akan makin mendorong serumen masuk lebih dalam).
 - Aliran air di antara membrana timpani dan serumen akan mendorong serumen keluar.
 - Bila belum berhasil, lakukan sekali lagi. Bila tetap belum berhasil, lakukan *pretreatment* dengan seruminolitik selama 2-3 hari lebih dahulu, kemudian ulangi irigasi.
 - Hentikan bila pasien mengeluh nyeri, pusing atau mual.
 - Sebaiknya prosedur dilakukan secara lembut tapi cepat (dalam 2 menit).
 - Setelah serumen keluar, keringkan liang telinga menggunakan kapas bertangkai, kemudian lakukan inspeksi untuk mencari kemungkinan abrasi kulit liang telinga.
 - Jika perlu, tutup liang telinga dengan bola kapas untuk menyerap air yang masih tersisa.

- Kontraindikasi irigasi :
 - Trauma
 - Benda asing dalam kanalis auditorius eksternus
 - Vertigo
 - Perforasi membrana timpani
 - Otitis eksterna

- Otitis media
- Riwayat operasi telinga tengah/mastoid
- Riwayat radioterapi telinga tengah/mastoid
- Terdapat gangguan pendengaran di telinga kontralateral
- Komplikasi :
 - Perforasi membrana timpani
 - Laserasi kanalis auditorius eksternus
 - Serumen tidak keluar
 - Otitis eksterna
- Kriteria dirujuk :
 - Nyeri telinga menetap setelah tindakan.
 - Vertigo
 - Edema kanalis auditorius eksternus.
 - Kelainan anatomi kanalis auditorius eksternus.
 - Riwayat perforasi membrana timpani, tindakan pembedahan telinga dan radioterapi.

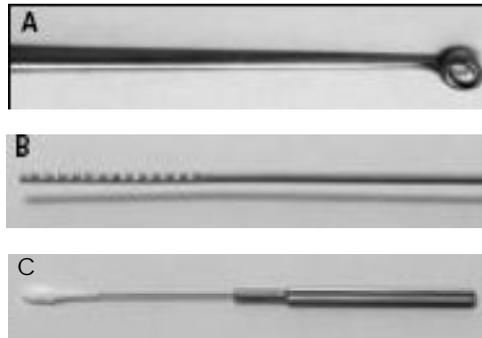
Pada pasien dengan perforasi membrana timpani, infeksi dapat menjalar ke telinga tengah. Sisa air juga dapat memicu infeksi. Selain itu air yang mengalir ke telinga tengah dapat menimbulkan efek kalorik yang mengakibatkan vertigo. Pada pasien dengan perforasi membrana timpani, lebih disarankan evakuasi serumen secara mekanis.

b. Membersihkan serumen dengan *hook* atau *curette* dan *suction*

Jika terdapat kontraindikasi irigasi, dipilih teknik instrumentasi untuk mengeluarkan serumen, yaitu menggunakan *hook* dan *curette*. *Hook* dipergunakan bila serumen cukup padat dan kering, *curette* dipergunakan bila serumen agak basah sedangkan *suction* digunakan untuk serumen tipe basah dan lengket.

2. MEMBERSIHKAN LIANG TELINGA DARI *DISCHARGE*

Untuk membersihkan liang telinga dari debris atau *discharge* dipergunakan aplikator dengan ujung kapas (*gambar 24C*) atau *suction*.

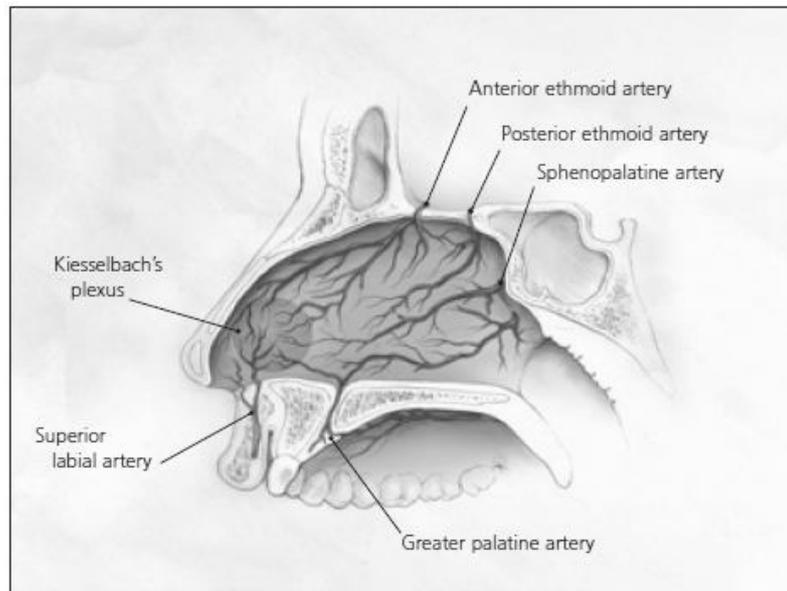


Gb 24 A&B. *Jobson-Horne curette* untuk membersihkan liang telinga, Bagian dengan lubang (A) untuk membersihkan serumen, aplikasikan kapas pada ujung (B&C) untuk membersihkan *discharge*.

3. MENGHENTIKAN PERDARAHAN HIDUNG (EPISTAKSIS)

1) Anatomi dan vaskularisasi cavum nasi

- Hidung kaya akan vaskularisasi yang berasal dari cabang ethmoid dari arteri karotis interna serta cabang maksilaris internal dan fasialis dari arteri karotis eksterna. Epistaksis dibedakan menjadi epistaksis anterior dan posterior. Penggolongan ini menentukan penanganan selanjutnya. Sebagian besar kasus epistaksis adalah epistaksis anterior, di mana asal perdarahan biasanya adalah pada area pleksus Kiesselbach's.
- Epistaksis posterior biasanya berasal dari cavum nasi posterior yang divaskularisasi oleh percabangan arteria sphenopalatina. Epistaksis posterior terjadi di belakang koncha media atau di bagian posterior superior atap kavum nasi.



Gb 25. Anatomi dan vaskularisasi septum nasi

2) Etiologi epistaksis

Penyebab lokal

- Sinusitis kronis
- Epistaksis digitorum (*nose picking*)
- Benda asing di hidung
- Neoplasma atau polip
- Iritasi (mis : asap rokok, bahan kimia)
- Obat (mis : kortikosteroid topikal)
- Rhinitis
- Deviasi septum
- Perforasi septum
- Trauma
- Malformasi vascular (teleangiektasia)

Penyebab sistemik

- Hemofili
- Hipertensi
- Keganasan hematologi (mis : leukemia)
- Penyakit hati (mis : sirosis hepatitis)
- Obat (mis : aspirin, antikoagulan, antiinflamasi non steroid)
- Gangguan kualitas trombosit
- Trombositopenia

Faktor lingkungan

- Kelembaban rendah
- Alergen

Idiopatik

3) Penatalaksanaan epistaksis

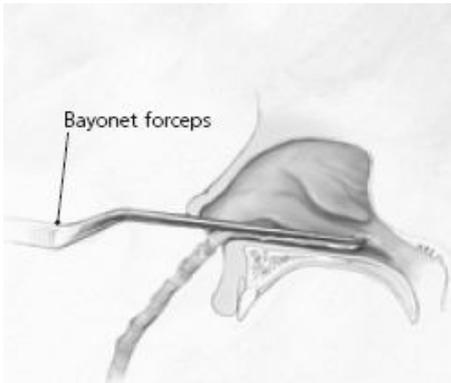
Gejala epistaksis anterior jelas terlihat dengan keluarnya darah dari lubang hidung, sementara epistaksis posterior dapat asimtomatis atau muncul sebagai muntah, hematemesis atau melena (karena tertelannya darah), hemoptisis atau anemia (akibat perdarahan kronis).

Penatalaksanaan umum

Penanganan awal adalah :

- Melakukan kompresi nostril (memberikan tekanan langsung ke area septum dan melakukan tamponade anterior menggunakan kapas yang dibasahi dekongestan topikal).
- Tekanan langsung dilakukan minimal selama 5 menit sampai 20 menit.
- Kepala pasien sedikit menunduk untuk mencegah darah terkumpul di pharing posterior yang akan merangsang mual dan obstruksi jalan nafas.
- Bila perdarahan belum berhenti, harus dicari sumber perdarahan.
- Prosedur pemeriksaan : pemeriksaan dilakukan dalam ruangan yang cukup terang, pasien duduk dengan setengah menengadahkan kepala. Dokter menggunakan *headlamp* dan spekulum nasal untuk memvisualisasikan kavum nasi secara optimal. Kavum nasi anterior dibersihkan dari bekuan darah dan benda asing menggunakan irigasi, forcep atau aplikator kapas.
- Adanya perdarahan difus, memancar, sumber perdarahan multipel atau perdarahan berulang menunjukkan kemungkinan penyebab sistemik seperti hipertensi, koagulopati atau penggunaan antikoagulasi. Diperlukan pemeriksaan laboratorium lanjutan, seperti pemeriksaan jumlah trombosit, waktu perdarahan (BT), waktu pembekuan (CT), waktu prothrombin (PPT) dan waktu thromboplastin parsial (APTT) untuk membantu menentukan penyebab perdarahan.
- Epistaksis posterior lebih jarang terjadi dibandingkan epistaksis anterior, dan biasanya harus ditangani oleh dokter spesialis THT.

Prosedur pemasangan tampon anterior :



Gb 26A. Tampon dijepit dengan pinset bayonet dan dimasukkan ke dalam kavum nasi anterior.



Gb 26B. Lapisan pertama diinsersikan di sepanjang dasar kavum nasi, kemudian pinset dan spekulum dikeluarkan.



Gb. 26C. Dengan spekulum digunakan untuk menekan lapisan bawah supaya tidak bergeser, lapisan berikutnya disisipkan hingga cukup padat, membentuk susunan bertumpuk seperti akordion, dilakukan sampai kavum nasi anterior penuh.

Tampon kapas/ kassa dibasahi dengan vasokonstriktor dan anestetikum lokal, kemudian dimasukkan ke dalam kavum nasi anterior. Dilakukan penekanan langsung ke area perdarahan minimal selama 5 menit, kemudian tampon diangkat dan dilakukan inspeksi kembali untuk menilai apakah masih terjadi perdarahan. Jika penatalaksanaan lokal tidak dapat menghentikan epistaksis anterior, perlu dilakukan tamponade anterior (*nasal packing*). Tampon diinsersikan dengan bantuan pinset bayonet dan spekulum nasal, membentuk susunan berlapis seperti akordion sejauh mungkin masuk ke dalam hidung. Tiap lapisan ditekan perlahan sampai cukup padat sebelum lapisan berikutnya diinsersikan (*Gambar 25*).

Komplikasi prosedur tamponade anterior (*nasal packing*) :

- 1) Hematoma septum
- 2) Abses
- 3) Sinusitis
- 4) Sinkop neurogenik (saat pemasangan)
- 5) *Pressure necrosis* karena pemasangan tampon yang terlalu padat dan lama.
- 6) *Toxic shock syndrome* akibat pemasangan tampon terlalu lama (dicegah dengan pemberian salep antibiotika antistaphylokokus topikal).

4. MENGAMBIL BENDA ASING DI TELINGA, HIDUNG DAN TENGGOROK

Pasien dengan benda asing di telinga, hidung atau tenggorok biasanya adalah anak-anak, penderita retardasi mental atau lanjut usia. Usia anak-anak menjadi faktor predisposisi utama karena :

- a. Rasa ingin tahu sangat besar, kegemaran mengeksplorasi bagian-bagian tubuhnya sendiri.
- b. Suka menaruh benda-benda kecil di mulut.
- c. Anak sering bermain, berlari, berteriak atau menangis dengan objek berada di dalam mulut.
- d. Belum mempunyai molar untuk mengunyah makanan secara adekuat.

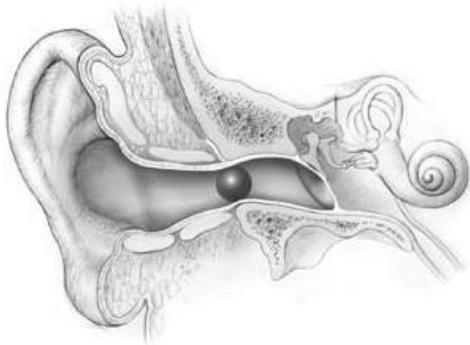
Pengambilan benda asing tergantung pada beberapa faktor, yaitu lokasi benda asing, material benda asing (benda asing yang lunak dan ireguler lebih mudah dijepit), ketersediaan alat, penerangan yang adekuat, keterampilan dokter dan kerja sama pasien.

a. **Benda asing dalam telinga**

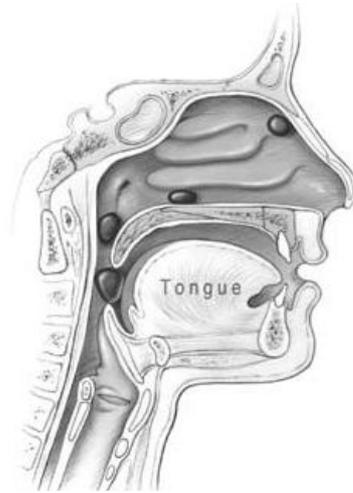
Benda asing sering terhenti dan menyumbat liang telinga di area sambungan tulang dan kartilago, di mana di daerah itu secara anatomis liang telinga mengalami penyempitan. Tindakan evakuasi benda asing dalam liang telinga dapat sangat menyakitkan karena liang telinga pars cartilaginea dan pars ossea hanya dilapisi oleh periosteum dan kulit yang tipis. Terlebih pars ossea, sangat sensitif terhadap nyeri akibat instrumentasi, karena kulit yang tipis kurang mampu berfungsi sebagai bantalan peredam trauma.

Terdapat beberapa teknik *removal* benda asing dalam telinga, tergantung pada kondisi klinis, material benda asing dan pengalaman dokter.

- 1) Irigasi dengan air
- 2) Menggunakan forcep alligator, *cerumen hook*, *foreign body remover*, *suction catheter* atau aplikator dengan lem (*superglue*) di ujungnya.



Gambar 27. Lokasi benda asing di kanalis auditorius eksternus.



Gb 28. Lokasi benda asing di hidung, nasofaring dan trakea.

- Pengambilan benda asing dalam liang telinga dapat dilakukan dengan atau tanpa anestesi lokal. Anestesi yang dapat diberikan adalah anestesi topikal jenis spray.
- Benda asing berupa serangga dibunuh lebih dahulu dengan menuangkan alkohol 70%, Xylocain atau minyak mineral ke dalam liang telinga (kecuali jika terdapat perforasi membrana timpani). Setelah mati barulah dikeluarkan menggunakan forcep atau *suction*.
- Bila benda asing berbentuk bulat sulit untuk dijepit, penggunaan *hook*. *Hook* dilewatkan di belakang benda asing sehingga ujung kait berada di belakang benda asing, kemudian perlahan-lahan kait ditarik keluar.
- Bila benda asing yang berukuran cukup besar sehingga tidak ada ruang untuk menyisipkan instrumen, atau berada terlalu dekat dengan membrana timpani sementara pasien cukup kooperatif, dapat dipergunakan aplikator kayu dengan ujung aplikator diberikan lem (*superglue*). Biarkan lem mengeras selama \pm 10 detik, kemudian ditarik perlahan keluar.
- *Suction* dipergunakan bila benda asing berukuran kecil, ringan dan mudah berpindah.
- Irigasi dilakukan bila benda asing tidak terjepit dalam dinding liang telinga.
- Irigasi tidak boleh dilakukan bila :
 - 1) Benda asing terjepit dalam liang telinga.
 - 2) Terdapat perforasi membrana timpani.
 - 3) Benda asing adalah baterai, karena arus listrik atau kandungan kimia dari baterai akan keluar dan menyebabkan nekrosis jaringan.

- Aseton dapat digunakan untuk melunakkan benda asing dari styrofoam atau yang mengandung cyanoacrylate (misalnya lem).
- Setelah pengambilan benda asing dalam liang telinga, berikan tetes telinga antibiotik untuk mencegah infeksi.
- Pada anak-anak, bila usaha pertama tidak berhasil mengeluarkan benda asing, hendaknya pasien segera dirujuk.
- Pengulangan tindakan meningkatkan risiko terjadinya komplikasi.

Faktor-faktor yang menentukan tingkat kesulitan pengambilan benda asing dalam kanalis auditorius :

Faktor yang memudahkan	Faktor yang mempersulit
Lokasi benda asing di ½ lateral kanal	Lokasi benda asing di ½ medial kanal
Merupakan benda yang dapat dijepit, tipis atau berukuran kecil (misalnya kertas, kapas)	Tidak dapat dijepit (bentuk sferis), padat dengan tepi tajam (mis : batu) atau berukuran besar (mis : kelereng)
Pasien kooperatif	Pasien tidak kooperatif (anak kecil atau orang tua), sering membutuhkan anestesi umum.
Tersedia instrumen yang memadai	Instrumen tidak memadai
Penerangan cukup sehingga memungkinkan visualisasi objek	Penerangan tidak adekuat
Masih tersisa ruang untuk menyisipkan <i>hook</i> atau instrumen lain	Tidak tersisa ruang untuk menyisipkan <i>hook</i> atau instrumen lain
Tidak ada laserasi, darah atau edema dalam kanalis auditorius	Adanya laserasi, darah atau edema pada kanalis auditorius
Tenaga kompeten	Tenaga kurang kompeten
	Benda asing mengenai membrana timpani
	Telah berada di dalam telinga lebih dari 24 jam

Indikasi dirujuk :

- 1) Terdapat trauma pada kanalis auditorius eksternus dan membrana timpani.
- 2) Benda asing tidak dapat dijepit menggunakan forcep, terjepit pada 2/3 medial kanal atau dicurigai mengenai membrana timpani.
- 3) Benda tajam/ tepi tajam (mis : pecahan gelas).
- 4) Memerlukan sedasi atau anestesi umum
- 5) Pasien tidak kooperatif
- 6) Gagal mengeluarkan benda asing

Komplikasi tindakan pengambilan benda asing :

- 1) Nyeri, anxietas
- 2) Laserasi dan perdarahan liang telinga.
- 3) Benda asing makin terdorong masuk ke dalam kanal/ terjepit makin kuat.
- 4) Oedem liang telinga
- 5) Perforasi membrana timpani
- 6) Kerusakan sistem osikula
- 7) *Sensorineural hearing loss*
- 8) Vertigo
- 9) Paralisis nervus facialis
- 10) Meningitis

b. Benda asing dalam hidung:

Benda asing di hidung biasanya terjepit di bawah konka inferior atau di sisi nasal superior fossa di sebelah anterior konka media (*gambar 27*). Pasien dengan benda asing dalam hidung sering datang dengan keluhan keluarnya discharge berbau busuk dari salah satu lubang hidung. Benda asing dalam hidung sering berupa biji-bijian, kancing baju, bagian mainan, kelereng atau baterai.

Sebelum dilakukan pengambilan benda asing, aplikasikan kapas yang ditetesi 0.5% phenylephrine untuk mengurangi oedema mukosa dan lidokain topikal untuk mengurangi nyeri. Benda asing diangkat menggunakan forcep, *hook*, *cerumen loop*, atau *suction catheter*. Sedasi tidak dianjurkan dalam pengambilan benda asing di hidung karena menurunkan reflek batuk dan muntah, sehingga meningkatkan risiko aspirasi.

c. Benda asing dalam tenggorok :

Benda asing dalam tenggorok merupakan kondisi kegawatdaruratan medis karena risiko terjadinya obstruksi jalan nafas dan *respiratory distress*.

Pasien dengan benda asing di tenggorok yang tidak menyebabkan obstruksi biasanya datang dengan riwayat tersedak, disfagia, odynofagia atau disfonia. Pemeriksaan radiologi dapat membantu menentukan letak benda asing yang bersifat radioopak (misalnya koin,

kancing atau batu baterai), akan tetapi banyak benda asing yang radiolusen, misalnya bolus makanan atau duri ikan.

Usaha untuk mengeluarkan benda asing di tenggorokan sering sulit karena adanya refleks muntah. Karena jalan nafas harus terlindungi, penanganan benda asing di tenggorok sering memerlukan intervensi pemberian sedatif dan pengambilan menggunakan endoskopi. Komplikasi tindakan di antaranya adalah obstruksi jalan nafas, edema laring dan mendorong benda asing ke area subglotis, oesophagus atau trakea.

DAFTAR PUSTAKA

Roland, P. S., Smith, T.L., Schwartz, S.R., Rosenfeld, R.M., Ballachanda, B, Earll, J.M., 2008, Clinical Practice Guideline: Cerumen Impaction, *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*; 139: S1-S21

Chang, P, Pedler, K, 2005, Ear examination : A practical guide, *Australian Family Physician*, 34, 10, 857 – 62.

Dance, D, Riley, M, Ludemann, J.P, 2009, Removal Of Ear Canal Foreign Bodies In Children: What Can Go Wrong And When To Refer, *BC Med Journal* ; 51 ; 1 : 20-24

Guest, J.F., Greener, M.J., Robinson, A.C., Smith, A.F., 2004, Impacted Cerumen: Composition, Production, Epidemiology And Management, *QJ Med*; 97: 477 – 488 doi:10.1093/qjmed/hch082

Heim, S.W., Maughan, K.L., 2007, Foreign Bodies in the Ear, Nose, and Throat, *Am Fam Physician*; 76 :1185 – 9.

Holsinger, F.C., Kies, M.S., Weinstock, Y.E., Lewin, J.S., Hajibashi, S., Nolen, D.D., Weber, R., Laccourreye, O., 2008, Examination of the Larynx and Pharynx , *N Engl J Med*; 358: e2.

Kalan, A, Tariq, M, 2000, Foreign Bodies In The Nasal Cavities: A Comprehensive Review Of The Aetiology, Diagnostic Pointers, And Therapeutic Measures; *Postgrad Med J*; 76: 484 – 487

Kucik, C.J., Clenney, T, 2005, Management of Epistaxis; *Am Fam Physician*; 71: 305-11, 312.

Pirozzo, S, Papinczak, T, Glasziou, P, 2003, Whispered Voice Test For Screening For Hearing Impairment In Adults And Children: Systematic Review, *BMJ* ; 327: 967 – 11.

Roland, P.S., Smith, T.L., Schwartz, S.R., Rosenfeld, R.M., Ballachanda, B, Earll, J.M., 2008, Clinical Practice Guideline: Cerumen Impaction, *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*; 139: S1-S21

Rovin, J.D, Rodgers, B.M, 2000, Pediatric Foreign Body Aspiration, *Pediatrics in Review* ; 21 ; 3: 86-90

**DAFTAR KOMPETENSI KETERAMPILAN PEMERIKSAAN THT
UNTUK LULUSAN S1/ DOKTER UMUM (KKI 2006)**

	Tingkat Kemampuan			
<i>Keterampilan Pemeriksaan Fisik</i>				
<i>Telinga, Pendengaran dan Keseimbangan</i>				
– Inspeksi aurikula, posisi telinga dan mastoid	1	2	3	4
– Memeriksa meatus auditorius eksternus dengan otoskop	1	2	3	4
– Memeriksa membrana timpani dengan otoskop	1	2	3	4
– Menggunakan <i>head mirror</i>	1	2	3	4
– Menggunakan <i>head light</i>	1	2	3	4
– Tes pendengaran menggunakan garpu tala (Weber, Rinne, Schwabach)	1	2	3	4
– Tes pendengaran menggunakan <i>whispering voice</i>	1	2	3	4
<i>Hidung dan Sinus</i>				
– Inspeksi bentuk hidung dan lubang hidung	1	2	3	4
– Menilai obstruksi nasal	1	2	3	4
– Rinoskopi Anterior	1	2	3	4
– Transilluminasi sinus frontalis	1	2	3	4
<i>Mulut, tenggorokan, wicara, oesophagus, leher</i>				
– Inspeksi bibir dan cavum oris	1	2	3	4
– Inspeksi tonsil	1	2	3	4
– Menilai mobilitas lidah	1	2	3	4
– Menilai mobilitas otot-otot dasar lidah (<i>m. hypoglossus</i>)	1	2	3	4
– Palpasi glandula salivarius (submandibularis, parotis)	1	2	3	4
– Inspeksi basis lidah dengan laringoskop	1	2	3	4
– <i>Throat swab</i>	1	2	3	4
– Menilai suara dan wicara	1	2	3	4
– Inspeksi leher	1	2	3	4
– Palpasi limfonodi branchial	1	2	3	4
– Palpasi kelenjar tiroid	1	2	3	4
<i>Kemampuan Terapeutik</i>				
– Membersihkan meatus auditorius eksternus dengan kapas	1	2	3	4
– Membersihkan serumen dengan <i>hook</i> atau <i>curette</i>	1	2	3	4
– Mencuci liang telinga menggunakan syringe	1	2	3	4
– Menghentikan perdarahan hidung	1	2	3	4

CHECKLIST PENILAIAN KETERAMPILAN PEMERIKSAAN TELINGA

No.	Aspek Keterampilan yang Dinilai	Skor		
		0	1	2
1	Melakukan komunikasi efektif dengan penderita dan menjelaskan tujuan dari pemeriksaan THT			
2	Menyiapkan penderita			
3	Menyiapkan alat-alat pemeriksaan THT			
4	Melakukan anamnesis sistem			
5	Melakukan inspeksi telinga dan melaporkan			
6	Melakukan palpasi telinga dan melaporkan			
7	Melakukan auskultasi telinga dan melaporkan			
8	Memasang spekulum telinga			
9	Melakukan pemeriksaan dengan otoskop			
10	Melaporkan hasil pemeriksaan telinga berdasarkan hasil pemeriksaan spekulum telinga dan otoskop			
11	Melakukan test penala dan melaporkan interpretasinya			
12	Menyimpulkan hasil pemeriksaan telinga dan dikomunikasikan kepada penderita serta memberikan nasehat sehubungan dengan hasil pemeriksaan telinga			
	JUMLAH SKOR			

Keterangan :

- 0 Tidak dilakukan mahasiswa
- 1 Dilakukan, tapi belum sempurna
- 2 Dilakukan dengan sempurna, atau bila aspek tersebut tidak dilakukan mahasiswa karena situasi yang tidak memungkinkan (misal tidak diperlukan dalam skenario yang sedang dilaksanakan).

$$\text{Nilai Mahasiswa} = \frac{\text{Jumlah Skor}}{24} \times 100\%$$

**CHECKLIST PENILAIAN KETERAMPILAN
PEMERIKSAAN HIDUNG (RINOSKOPI ANTERIOR)**

No.	Aspek Keterampilan yang Dinilai	Skor		
		0	1	2
1	Melakukan pemeriksaan hidung mulai dari inspeksi dan palpasi.			
2	Melakukan tamponade anterior dan mengangkat tamponade			
3	Melakukan pemeriksaan rinoskopi anterior			
	<i>Melaporkan keadaan rongga hidung anterior, meliputi :</i>			
4	- Cuping hidung/ vestibulum nasi			
5	- Bangunan rongga hidung			
6	- Meatus nasi inferior			
7	- Konka inferior			
8	- Meatus nasi medius			
9	- Konka medius			
10	- Keadaan septum nasi			
11	- Terdapat massa/ polip/ tidak			
12	- Terdapat benda asing/ tidak			
13	Menyimpulkan hasil pemeriksaan dan dikomunikasikan kepada penderita serta memberikan nasehat sehubungan dengan hasil pemeriksaan rinoskopi anterior.			
	JUMLAH SKOR			

Keterangan

- 0 Tidak dilakukan mahasiswa
 1 Dilakukan, tapi belum sempurna
 2 Dilakukan dengan sempurna, atau bila aspek tersebut tidak dilakukan mahasiswa karena situasi yang tidak memungkinkan (misal tidak diperlukan dalam skenario yang sedang dilaksanakan).

$$\text{Nilai Mahasiswa} = \frac{\text{Jumlah Skor}}{26} \times 100\%$$

**CHECKLIST PENILAIAN KETERAMPILAN
PEMERIKSAAN HIDUNG (RINOSKOPI POSTERIOR)**

No.	Aspek Keterampilan yang Dinilai	Skor		
		0	1	2
1	Melakukan anestesi lokal dengan lidokain spray 2 %			
2	Melakukan pemeriksaan rinoskopi posterior			
	<i>Melaporkan keadaan keadaan rongga hidung posterior (nasofaring), yaitu :</i>			
3	- Fossa Rossenmulleri			
4	- Torus tubarius			
5	- Muara tuba auditiva Eustachii			
6	- Adenoid			
7	- Choana			
8	Menyimpulkan hasil pemeriksaan dan dikomunikasikan kepada penderita serta memberikan nasehat sehubungan dengan hasil pemeriksaan rinoskopi posterior.			
	JUMLAH SKOR			

Keterangan

- 0 Tidak dilakukan mahasiswa
- 1 Dilakukan, tapi belum sempurna
- 2 Dilakukan dengan sempurna, atau bila aspek tersebut tidak dilakukan mahasiswa karena situasi yang tidak memungkinkan (misal tidak diperlukan dalam skenario yang sedang dilaksanakan).

$$\text{Nilai Mahasiswa} = \frac{\text{Jumlah Skor}}{16} \times 100\%$$

CHECKLIST PENILAIAN KETERAMPILAN PEMERIKSAAN LARING-FARING

No.	Aspek Keterampilan yang Dinilai	Skor		
		0	1	2
1	Melakukan pemeriksaan bibir dan rongga mulut dan melaporkan apakah ada kelainan di bibir dan rongga mulut, yaitu : bibir pecah, pecah-pecah di sudut bibir, ulkus, <i>drolling</i> (ngiler), tumor, trismus.			
2	Melakukan pemeriksaan tonsil dan melaporkan keadaan tonsil : besarnya; permukaan (halus/ berbenjol-benjol/ ulserasi/ detritus/ pelebaran kripte/ mikroabses); tonsil berlobus-lobus; hiperemis arcus, pembesaran kelenjar leher/ tidak.			
	<i>Melakukan pemeriksaan lidah</i>			
3	Melakukan inspeksi lidah : - ada gangguan pengaruh/ tidak - ada kelainan pada lidah : ulserasi, tumor, ranula			
4	Melakukan pemeriksaan otot hipoglossus dan melaporkan hasil pemeriksaan			
	<i>Melakukan pemeriksaan leher</i>			
5	a. Inpeksi leher dan melaporkan hasil pemeriksaan			
6	b. Palpasi leher dan melaporkan : - Adanya benjolan : tumor/ limfonodi mudah digerakkan/ tidak, besarnya; solid/single/multipel; nyeri/tidak - Thyroid : membesar/ tidak, ada pembesaran limfonodi/ tidak, ikut bergerak saat menelan/ tidak, disertai serak/ tidak.			
5.	Melakukan pemeriksaan laringoskopi indirek dan melaporkan hasil pemeriksaan			
6.	Menyimpulkan hasil pemeriksaan laring faring dan dikomunikasikan kepada penderita serta memberikan nasehat sehubungan dengan hasil pemeriksaan laring faring.			
	JUMLAH SKOR			

Keterangan

- 0 Tidak dilakukan mahasiswa
 1 Dilakukan, tapi belum sempurna
 2 Dilakukan dengan sempurna, atau bila aspek tersebut tidak dilakukan mahasiswa karena situasi yang tidak memungkinkan (misal tidak diperlukan dalam skenario yang sedang dilaksanakan).

$$\text{Nilai Mahasiswa} = \frac{\text{Jumlah Skor}}{12} \times 100\%$$

12

PEMERIKSAAN MATA

Senyum Indrakila*, Admadi Soeroso*, Djoko Susianto*, Halida Wibawaty*, Rochasih Mudjajanti*, Raharjo Kuntoyo*, Rita Hendrawati*, Kurnia Rosyida*, Retno Widiati*, Dian Ariningrum**

I. Tujuan Pembelajaran :

Setelah mempelajari keterampilan Pemeriksaan Mata diharapkan mahasiswa mampu :

1. Melakukan anamnesis terhadap pasien dengan keluhan gangguan mata.
2. Melakukan pemeriksaan tajam penglihatan central (visus), dan buta warna.
 - a. Memeriksa visus.
 - b. Melakukan koreksi visus.
 - c. Mendiagnosis berbagai macam kelainan refraksi.
 - d. Melakukan pemeriksaan buta warna menggunakan buku isihara.
3. Melakukan pemeriksaan lapang pandang
 - a. Mengetahui batas-batas lapang pandang (superior, inferior, nasal, dan temporal)
 - b. Melakukan pemeriksaan lapang pandang dengan tes konfrontasi.
 - c. Menyebutkan hasil pemeriksaan lapang pandang.
4. Melakukan pemeriksaan otot ekstra okuler :
 - a. Menilai kesejajaran pasangan bola mata
 - b. Menilai ada tidaknya kelainan otot ekstra okuler.
 - c. Mengetahui inervasi otot ekstra okuler.
5. Melakukan pemeriksaan segmen anterior dan organ aksesorisnya (kelopak mata sampai lensa)
6. Melakukan pemeriksaan refleks fundus:
 - a. Menilai kejernihan media refrakta.
 - b. Melihat refleks fundus.
 - c. Membedakan refleks fundus yang normal dan abnormal.
7. Melakukan pemeriksaan tekanan bola mata :
 - a. Menilai tekanan bola mata dengan palpasi.
 - b. Menggunakan tonometer Schiotz.
 - c. Menilai hasil pemeriksaan

**Bagian Ilmu Penyakit Mata Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret/RSUD dr Moewardi Surakarta; **Laboratorium Keterampilan Klinis Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.*

Sebelum mempelajari keterampilan pemeriksaan mata, diharapkan mahasiswa telah belajar tentang :

1. Anatomi mata dan organ aksesorisnya, sistem vaskularisasi dan inervasinya.
2. Fisiologi mata : proses melihat, gerakan bola mata

II. ANAMNESIS PASIEN DENGAN KELUHAN GANGGUAN PADA MATA

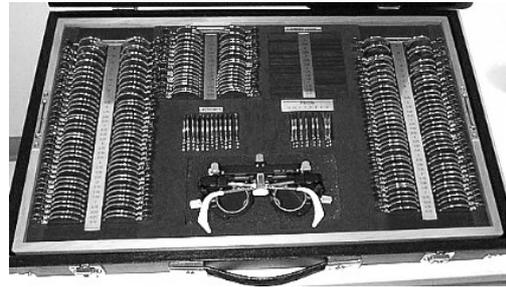
Untuk dapat mengumpulkan data-data pasien dilakukan anamnesis :

- Data umum : nama, jenis kelamin, umur, alamat, pekerjaan.
- Keluhan utama : pasien dengan gangguan pada mata biasanya datang dengan keluhan seperti :
 - Mata merah
 - Mata gatal
 - Mata berair
 - Mata nyeri
 - Belek
 - Gangguan penglihatan (buta, penglihatan kabur, penglihatan ganda/dobel)
 - Benjolan pada mata (timbilan)
 - Kelilipan
- Data yang harus digali dari keluhan utama :
 - Pada pasien dengan keluhan gangguan penglihatan ditanyakan apakah gangguan terjadi saat melihat jauh atau dekat; onset mendadak atau gradual; di seluruh lapang pandang atau hanya sebagian; jika defek lapang pandang hanya sebagian, apakah letaknya sentral, perifer atau hanya pada satu mata.
 - Pada pasien dengan keluhan skotoma, ditanyakan apakah skotoma bergerak bila bola mata bergerak atau terfiksasi; apakah pasien melihat kilatan-kilatan cahaya.
 - Adanya gejala sistemik : demam, malaise, sakit kepala.
 - Jika terdapat diplopia, ditanyakan apakah diplopia horisontal atau vertikal, kedua mata atau salah satu mata, apakah persisten bila salah satu mata ditutup.
 - Gejala-gejala neurologis : gangguan motorik dan sensorik, gangguan syaraf kranial yang lain.
- Riwayat penyakit dahulu : hipertensi, diabetes melitus, trauma

III. PEMERIKSAAN TAJAM PENGLIHATAN (VISUS)

Alat yang digunakan :

- *Trial lens*
- *Trial frame*
- Kartu Snellen
- Kartu Jaeger atau *reading card*
- *Astigmat dial*
- Kartu Ishihara
- Ruang dengan panjang 5 m atau 6 m
- Penerangan yang cukup



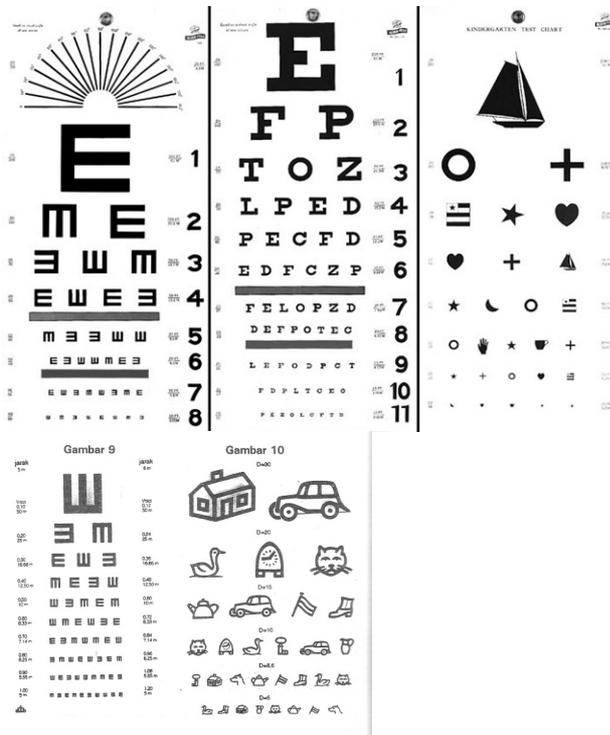
Gambar 1. Trial lens dan trial frame

Cara Pemeriksaan :

- Visus sentralis jauh diperiksa dengan kartu Snellen.
- Jarak pemeriksaan 5 meter atau 6 meter.



Gambar 1. Cara menutup mata



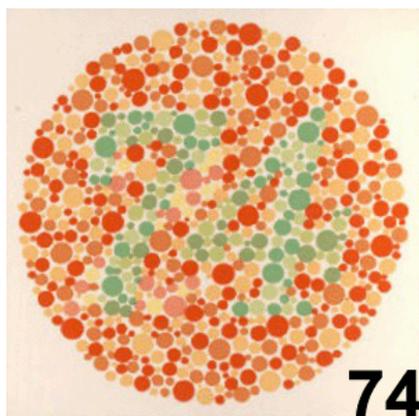
Gambar 2. Kartu Snellen, atas tengah : untuk pasien dewasa; kiri & kanan atas dan bawah : untuk pasien anak & buta huruf)



Gambar 3. Kartu Jaeger untuk pemeriksaan visus sentralis dekat

- Tutup salah satu mata (sebaiknya mata kiri dulu), untuk memeriksa visus mata kanan. Menutup bisa memakai telapak tangan kiri atau *occluder* yang diletakkan di depan *trial frame* mata kiri.
- Huruf / angka / gambar / huruf E yang berbeda-beda arah dengan berbagai ukuran, makin ke bawah makin kecil, di pinggir dari tiap baris terdapat angka yang menunjuk jarak yang diperlukan bagi orang normal untuk dapat melihat dengan jelas.
(contoh: Bila pemeriksaan pada jarak 5 m, penderita (dengan satu mata) hanya dapat membaca huruf yang bertanda 10 m, maka visus mata tersebut adalah 5/10).
- Bila huruf baris paling atas pun tidak terbaca, maka diperiksa dengan hitungan jari tangan yang berarti visusnya .../60.
- Bila tidak bisa menghitung jari, digunakan goyangan tangan dengan jarak 1 meter, yang berarti visusnya 1/300.
- Bila tidak bisa melihat goyangan tangan, digunakan berkas cahaya dengan jarak 1 meter, yang berarti visusnya 1/~

- Bila visus kurang dari 5/5 atau 6/6, maka dicoba untuk dikoreksi dengan lensa sferis negatif atau positif (lensa sferis negatif dari kecil ke besar, lensa sferis positif dari besar ke kecil).
- Bila setelah koreksi maksimal visus belum mencapai 5/5 atau 6/6, dilakukan tes *pinhole*.
- Bila dengan tes *pinhole* visus membaik (bisa mencapai 5/5 atau 6/6), berarti terdapat kelainan refraksi yang belum terkoreksi, kemungkinan adanya astigmatisme, yang kemudian diperiksa dengan astigmat dial.
- Bila dengan tes *pinhole* visus tidak membaik kemungkinan terdapat kelainan organik di media refrakta (kornea, bilik mata depan, lensa, vitreous), retina maupun lintasan visual.
- Cara pemeriksaan kaca mata silinder : terlebih dahulu diperiksa dengan *astigmat dial*.
- Bila pada *astigmat dial* melihat ada garis yang paling hitam atau tebal, diperiksa dengan lensa cylindris negatif atau positif dimana axisnya tegak lurus pada garis tersebut, sampai dapat mencapai 5/5 atau 6/6.
- Demikian sebaliknya diperiksa visus mata kirinya.
- Menyebutkan macam refraksinya.
- Menulis resep kaca matanya.
- Memeriksa visus sentralis dekat dengan kartu *Jaeger* atau *reading card* pada jarak ± 33 cm.
- Bila mengalami kesulitan dalam membaca dekat, kedua mata dikoreksi dengan lensa sferis positif (Presbyop).
- Diperiksa tajam penglihatan terhadap warna dengan kartu Ishihara. Pasien diminta melihat dan menyebutkan berapa angka yang tampak di kartu.



Gambar 4. Contoh Kartu Ishihara

IV. PEMERIKSAAN LAPANG PANDANG DENGAN TES KONFRONTASI

Alat yang digunakan :

- Tidak ada alat khusus, bisa dengan jari telunjuk atau suatu benda yang warnanya menyolok (misalnya ballpen yang ujungnya berwarna merah, dsb).

Cara Pemeriksaan :

- Pemeriksa memberikan instruksi pemeriksaan kepada pasien dengan jelas.
- Penderita menutup mata kiri dengan telapak tangan kiri, telapak tangan tidak boleh menekan bola mata.
- Pemeriksa duduk tepat di depan pasien dalam jarak antara 60 cm, berhadapan, sama tinggi. Pemeriksa menutup mata kanan dengan telapak tangan kanan. Lapang pandang pemeriksa sebagai referensi (lapang pandang pemeriksa harus normal). Mata pasien melihat mata pemeriksa.
- Objek atau ujung jari pemeriksa digerakkan perlahan-lahan dari perifer ke sentral (sejauh rentangan tangan pemeriksa kemudian digerakkan ke central) dari delapan arah pada bidang di tengah-tengah penderita dan pemeriksa.
- Lapang pandang pasien dibandingkan dengan lapang pandang pemeriksa.
- Kemudian diperiksa mata kontralateral.
- Menyebutkan hasilnya:
 - Lapang pandang penderita luasnya sama dengan lapang pandang pemeriksa.
 - Lapang pandang penderita lebih sempit dari lapang pandang pemeriksa (sebutkan di daerah mana yang mengalami penyempitan)



Gambar 5. Pemeriksaan konfrontasi

V. PEMERIKSAAN OTOT EKSTRA OKULER

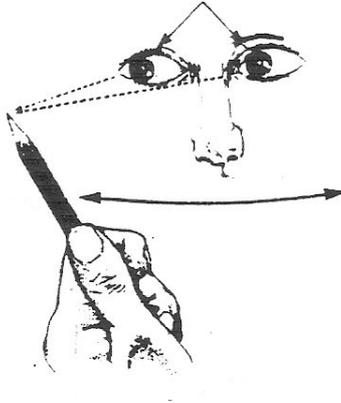
Alat yang digunakan :

- Senter
- Jari telunjuk/Ballpen/ pensil

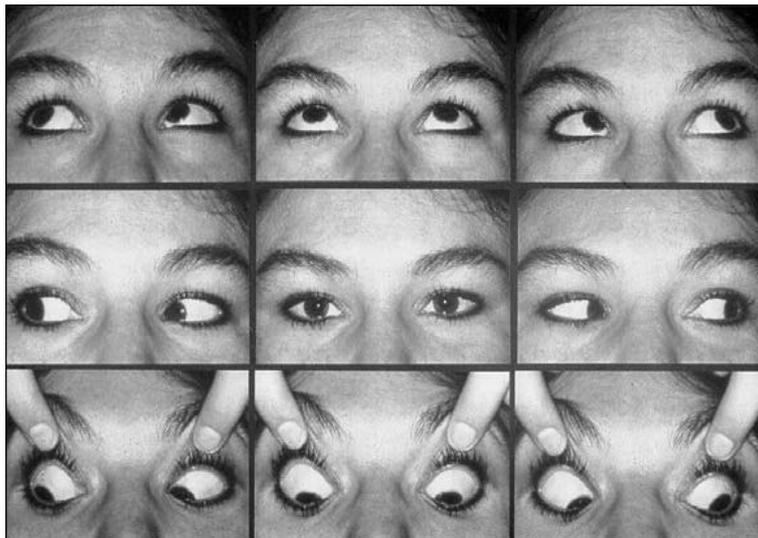
Cara Pemeriksaan :

- Penderita duduk, memandang obyek yang letaknya jauh (± 6 m).
- Nyalakan senter dari jarak 60 cm, tepat di depan glabella penderita.
- Perhatikan refleksi sinar tersebut pada kornea, bila simetris berarti pasangan bola mata dalam orbita sejajar (tampak pantulan sinar di tengah pupil, sedikit ke medial).
- Kemudian penderita diminta mengikuti gerakan ujung jari pemeriksa, pensil /ballpen yang digerakkan dari central ke perifer ke 8 arah tanpa menggerakkan kepala (melirik saja).
- Diperhatikan gerakan kedua mata, keduanya bebas ke segala arah atautkah ada yang tertinggal.
- Khusus untuk melihat gerakan bola mata ke bawah, angkatlah kedua kelopak atas dengan ibu jari dan jari telunjuk.

- Untuk tes konvergensi, ujung jari/ senter/ ballpen/ pensil dari jarak ± 45 cm di depan pangkal hidung didekatkan ke arah pangkal hidung hingga jarak 5 cm sampai 8 cm, untuk menilai kekuatan konvergensi.



Gambar 6. Cara menggerakkan obyek

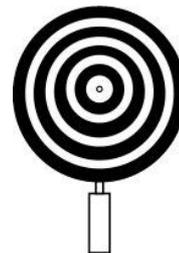


Gambar 7. Delapan arah gerakan bola mata

VI. PEMERIKSAAN SEGMENT ANTERIOR

Alat yang digunakan :

- Senter
- *Magnifying Loupe*
- Lensa S+10 D
- Keratoscope Placido



Gambar 8.
Keratoscope Placido

- Kapas steril
- Air dan sabun untuk cuci tangan

Cara Pemeriksaan:

- Penderita duduk berhadapan pemeriksa jarak \pm 60 cm.
- Periksa dari luar kedalam mata kanan kemudian kiri, **menggunakan loupe** dan senter yang terang dan dapat difokuskan dengan baik.
- Perhatikan kulit palpebra, adakah edema, hyperemi, haematom, benjolan-benjolan, kulit di atas benjolan terfiksasi atau dapat digerakkan.
- Periksa lebar rima palpebra, kanan kiri sama lebar atau tidak, gerakan membuka dan menutup mata, ada yang tertinggal gerak atau tidak.
- Palpebra menutupi daerah pupil atau tidak (normalnya menutupi \pm 2 mm kornea bagian superior).
- Amati silia dan margo palpebra.
- Kemudian palpebra superior dilipat ke arah luar (eversio), diamati warna mukosa, adanya benjolan-benjolan sikatriks, benda asing, bangunan-bangunan folikel, *cobble's stone*, dan lain-lain.



Gambar 9. Minta pasien untuk melihat ke atas, pergunakan ibu jari untuk sedikit menekan dan menarik palpebra inferior ke arah bawah, sehingga sklera dan konjungtiva terpapar.



Gambar 10. Eversio palpebra superior. Pergunakan *tongue spatel* atau lidi kapas yang diletakkan pada lipatan palpebra superior. Balik dengan cara menarik bulu mata ke arah atas, pasien diminta melirik ke arah bawah. Untuk mengembalikannya, minta pasien melihat ke arah atas.

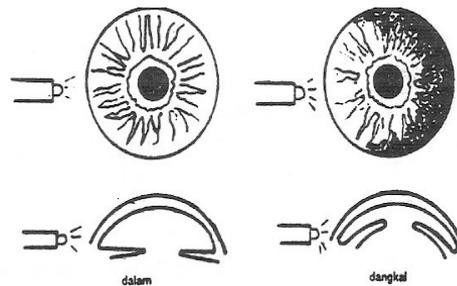
- Perhatikan konjungtiva bulbi, warna, oedema, bangunan-bangunan/ penonjolan-penonjolan, pelebaran pembuluh darah, berkelok-kelok atau lurus, ikut pergerakan konjungtiva atau tidak, ada sekret atau tidak,
- Amati pula skleranya, adakah penipisan atau penonjolan.
- Perhatikan kornea (meggunakan lampu senter dari arah 45⁰ temporal kornea supaya tidak silau, sesekali boleh bergerak ke nasal) : amati kejernihan, bentuknya, ukurannya, kecembungannya, permukaan licin/ kasar, adanya pembuluh darah, pterygium, dan lain-lain. Bila ada kelainan ditentukan pula letak dan kedalamannya.

Periksa pula sensibilitas kornea menggunakan kapas yang dipilin, dengan cara kapas di usapkan ke kornea dari temporal kornea.



Gambar 14. Pemeriksaan sensibilitas kornea terhadap sentuhan.

- Periksa kedalaman bilik mata depan dengan sinar yang diarahkan dari temporal limbus. Tentukan dalam dan kejernihannya.



Gambar 13. Cara menilai kedalaman bilik mata depan

- Periksa reflex pupil terhadap cahaya langsung (*direct*), cahaya tidak langsung (*indirect*). Perhatikan pula bentuk pupil, bulat atau tidak, sentral atau tidak.
- Periksa iris, bentuknya, gambarannya, warnanya, adakah synechia.



Gambar 12. Pemeriksaan refleks pupil (*direct*)

- Periksa lensa, sebaiknya pupil dilebarkan (kalau tidak ada kontra indikasi). Sinar dari arah 30° - 45° temporal kornea, perhatikan letak dan kejernihannya (shadow test, kalau tidak ada bayangan iris di lensa berarti shadow test negatif, hal ini pada lensa yang jernih atau pada katarak yang matur, dan sebaliknya). Adakah *iris pigment* atau bekas exudat yang menempel.

-

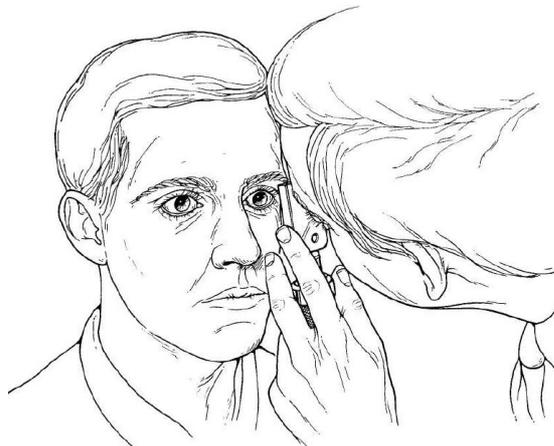
VII. PEMERIKSAAN SEGMENT POSTERIOR

Alat yang digunakan :

- Oftalmoskop direk.
- Midriatikum yang cepat kerjanya, cepat hilang pengaruhnya..



Gambar 15. Oftalmoskop



Gambar 16. Pemeriksaan menggunakan oftalmoskop

- Penderita duduk.
- Mata penderita ditetesi midriatikum, kemudian ditunggu \pm 20 menit.
- Putar lensa oftalmoskop sesuai dengan refraksi mata pemeriksa

- Misalnya pemeriksa adalah miop 2D dan penderita emetrop, pakailah lensa -2 (warna merah). Bila pemeriksa dan penderita adalah emetrop, pakailah 0.
- Bila yang diperiksa mata kanan, oftalmoskop dipegang dengan tangan kanan, gunakan mata yang kanan juga, jari telunjuk berada pada panel pengatur ukuran lensa dan sebaliknya.
- Pandangan penderita diminta memfiksasi suatu titik jauh tak terhingga atau $\pm 6m$.
- Peganglah oftalmoskop dengan cara menggenggam bagian pegangannya, sedangkan jari telunjuk berada pada panel pengatur ukuran lensa, siap untuk menyesuaikan ukuran lensa sehingga dapat diperoleh bayangan yang paling tajam.
- Pada jarak 30 cm , di depan temporal ($\pm 45^0$) mata penderita, sinar oftalmoskop diarahkan pada pupil mata penderita .
- Perhatikan reflex fundusnya : cemerlang atau tidak cemerlang/ gelap.
-

VIII. PEMERIKSAAN TEKANAN BOLA MATA

Alat yang digunakan :

- Tonometer Schiötz
- Lidocaine 2 % atau Panthocaine *eye drops*
- Chloramphenicol zalf mata 2 %
- Kipas alkohol 70 %

Cara Pemeriksaan:

a. Pemeriksaan Cara Subjektif (Palpasi)

- Penderita duduk tegak, melirik ke bawah.
- Jari telunjuk kanan dan kiri pemeriksa bergantian menekan bola mata pada kelopak atas kearah belakang bawah (45^0) dengan halus dan penuh perasaan. Tiga jari yang lain bersandar pada kening dan tulang pipi, bandingkan kanan dan kiri.
- Hasilnya TN, TN^{+1} , TN^{+2} , TN^{+3} ; TN^{-1} , TN^{-2} , TN^{-3} .



Gambar 17. Cara palpasi tekanan bola mata

b. Pemeriksaan Cara Obyektif (Tonometer Schiottz)

Persiapan alat :

- Tonometer ditera dengan meletakkan tonometer tegak lurus pada lempengan pengetest, dan jarum harus menunjuk angka 0.
- Bersihkan dan permukaan kaki tonometer diusap dengan kapas alkohol.

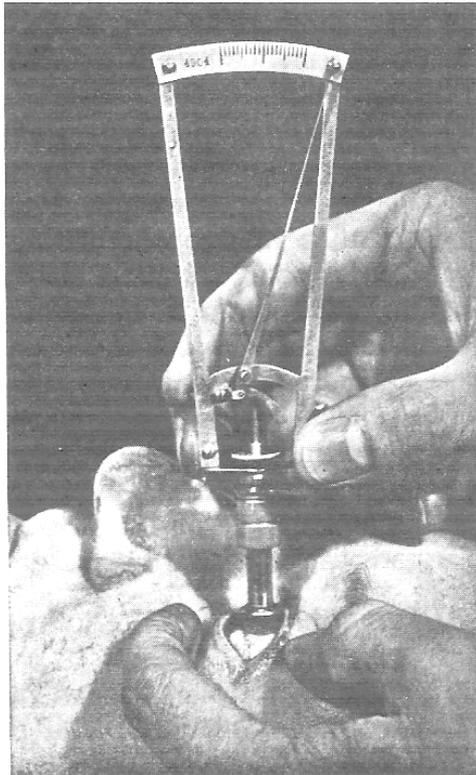
Persiapan penderita :

- Penderita diberi penjelasan tentang apa yang akan dilakukan, cara pemeriksaan dan bagaimana penderita harus bersikap.
- Penderita diminta tidur terlentang, posisi kepala horizontal. Mata penderita ditetesi Panthocaine 0,5% atau 2%, 1 – 2 tetes, 5 menit kemudian ditetesi lagi satu tetes.
- Penderita diminta memandangi ke satu titik tepat di atasnya, dengan cara memfiksasi kepada ibu jarinya yang diacungkan di atasnya, sehingga sumbu optik mata benar-benar vertikal.
- Kelopak atas dan bawah dibuka lebar dengan menggunakan jari telunjuk dan ibu jari tangan kiri, tidak boleh menekan bola mata, kemudian tonometer diletakkan dengan hati-hati pada permukaan kornea, tepat di tengah, tanpa menggeser, posisi benar-benar vertikal.
- Letakkan tonometer tepat di atas kornea tanpa menekan bola mata.
- Tinggi rendahnya tekanan bola mata menentukan besarnya indentasi yang ditimbulkan oleh alat tersebut. Besar kecilnya indentasi menentukan besarnya simpangan jarum yang dihubungkan pada lempeng tersebut.

- Catat angka yang ditunjuk oleh jarum, mulai dari beban 5,5 gram (yang sudah terpasang pada tonometer) kemudian apabila simpangan jarum tonometri < 3 beban ditambah dengan beban 7,5 gr atau 10 gr.(tergantung tabel yang ada)
- Tonometer diangkat, dibersihkan dengan kapas alkohol.
- Mata diberi zalf mata (misalnya Chloramfenicol)
- Lihat tabel, berapa mmHg tekanan bola matanya.
- Cara baca dan menuliskan hasil : Misalnya dengan beban 5,5 gram simpangan jarum tonometer menunjukkan angka 5 pada tabel terlihat hasilnya 17,3 mmHg.
- Kemudian tambahkan beban 7,5 gr dan atau 10 gr (menulisnya 5/5,5 = 17,3 mmHg)

Tabel 1. Tabel Tonometer Schiotz

Angka Skala	Bobot beban		
	5.5 gram	7.5 gram	10 gram
3.0	24.4	35.8	50.6
3.5	22.4	33.0	46.9
4.0	20.6	30.4	43.4
4.5	18.9	28.0	40.2
5.0	17.3	25.8	37.2
5.5	15.8	23.8	34.4
6.0	14.6	21.9	31.8
6.5	13.4	20.1	29.4
7.0	12.2	18.5	27.2
7.5	11.2	17.0	25.1
8.0	10.2	15.6	23.1
8.5	9.4	14.3	21.3
9.0	8.5	13.1	19.6
9.5	7.8	12.0	18.0
10.0	7.1	10.9	16.5



Gambar 18. Cara melakukan pemeriksaan tonometri Schiotz

PETUNJUK PELAKSANAAN LATIHAN

- Baca petunjuk dengan seksama dulu, pelajari anatomi dan cara pemeriksaan sebelum melakukan latihan-latihan.
- Lakukan pemeriksaan secara sistematis, biasakan dari mata kanan kemudian mata kiri.

**CHECKLIST PENILAIAN
KETERAMPILAN PEMERIKSAAN VISUS & KOREKSI VISUS**

No.	Aspek Keterampilan yang Dinilai	Skor		
		0	1	2
1.	Menanyakan identitas penderita			
2.	Menanyakan keluhan penderita			
3.	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan			
4.	Mempersilakan penderita duduk pada jarak 5 m/ 6 m dari Optotipe Snellen			
5.	Meminta penderita menutup satu matanya tanpa menekan			
6.	Meminta penderita memandang lurus, tidak melirik, tidak memicingkan mata			
7.	Meminta penderita menyebutkan angka / huruf / simbol pada Optotipe Snellen yang ditunjuk dari atas ke bawah			
8.	Bila huruf paling atas dari Snellen tidak dapat disebutkan oleh penderita, dapat digunakan hitung jari. Menyebutkan hasil pemeriksaan			
9.	Bila hitung jari tidak tampak, dapat menggunakan goyangan tangan. Menyebutkan hasil pemeriksaan			
10.	Bila goyangan tangan tidak tampak, dapat menggunakan lampu senter. Menyebutkan hasil pemeriksaan			
11.	Bila mata visus < 5/5 atau 6/6 dapat melakukan dan menjelaskan uji pinhole			
12.	Dapat melakukan koreksi visus dengan benar			
13.	Dapat menggunakan dan menjelaskan pemeriksaan Astigmat Dial			
14.	Dapat menambahkan lensa silindris dengan axis yang benar			
15.	Dapat menyebutkan hasil koreksi			
16.	Melakukan pemeriksaan buta warna dengan benar			
	JUMLAH SKOR			

Penjelasan :

- 0 Tidak dilakukan mahasiswa
- 1 Dilakukan, tapi belum sempurna
- 2 Dilakukan dengan sempurna, atau bila aspek tersebut tidak dilakukan mahasiswa karena situasi yang tidak memungkinkan (misal tidak diperlukan dalam skenario yang sedang dilaksanakan).

$$\text{Nilai Mahasiswa} = \frac{\text{Jumlah Skor}}{32} \times 100\% = \dots\dots\dots$$

**CHECKLIST PENILAIAN
KETERAMPILAN PEMERIKSAAN LAPANG PANDANG**

No	Aspek Keterampilan yang Dinilai	Skor		
		0	1	2
1.	Menanyakan identitas penderita			
2.	Menanyakan keluhan penderita			
3.	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan dengan jelas			
4.	Pemeriksa mengambil posisi duduk berhadapan dengan penderita, dengan posisi mata sama tinggi dengan jarak 60 cm			
5.	Meminta penderita menutup mata kirinya dengan telapak tangan, pemeriksa menutup mata kanan dengan telapak tangan			
6.	Meminta penderita menutup mata kanannya dengan telapak tangan, pemeriksa menutup mata kiri dengan telapak tangan			
7.	Memberitahukan terlebih dahulu kepada penderita supaya mengatakan "ya" pada saat mulai melihat obyek			
8.	Menggerakkan ujung jari pemeriksa perlahan-lahan dari perifer ke sentral dan dari delapan arah pada bidang di tengah-tengah penderita dan pemeriksa.			
9.	Membandingkan lapang pandang penderita dengan lapang pemeriksa			
10.	Melaporkan hasil pemeriksaan			
	JUMLAH SKOR			

Penjelasan :

- 0 Tidak dilakukan mahasiswa
- 1 Dilakukan, tapi belum sempurna
- 2 Dilakukan dengan sempurna, atau bila aspek tersebut tidak dilakukan mahasiswa karena situasi yang tidak memungkinkan (misal tidak diperlukan dalam skenario yang sedang dilaksanakan).

$$\text{Nilai Mahasiswa} = \frac{\text{Jumlah Skor}}{20} \times 100\% = \dots\dots\dots$$

**CHECKLIST PENILAIAN
KETERAMPILAN PEMERIKSAAN OTOT EKSTRAOKULER**

NO.	Aspek Keterampilan yang Dinilai	SKOR		
		0	1	2
1.	Menanyakan identitas penderita			
2.	Menanyakan keluhan penderita			
3.	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan yang akan dilakukan			
4.	Mempersilakan penderita duduk memandang obyek kecil di depan yang berjarak lebih dari 6 m			
5.	Menyinarakan lampu senter ke arah glabella penderita			
6.	Mengamati pantulan sinar pada kornea, menentukan kedua mata sejajar atau tidak			
7.	Menggerakkan objek ke 8 arah kardinal, penderita diminta mengikuti gerak objek dari sentral ke perifer tanpa menggerakkan kepala (saat menilai gerakan otot ke inferior, pemeriksa mengangkat kelopak atas)			
8.	Mengamati gerakan kedua bola mata ada yang tertinggal atau tidak			
9.	Menentukan otot mana yang tidak normal			
10.	Melakukan pemeriksaan konvergensi kedua mata			
11.	Melaporkan hasil pemeriksaan			
	JUMLAH SKOR			

Penjelasan :

- 0 Tidak dilakukan mahasiswa
- 1 Dilakukan, tapi belum sempurna
- 2 Dilakukan dengan sempurna, atau bila aspek tersebut tidak dilakukan mahasiswa karena situasi yang tidak memungkinkan (misal tidak diperlukan dalam skenario yang sedang dilaksanakan).

$$\text{Nilai Mahasiswa} = \frac{\text{Jumlah Skor}}{22} \times 100\% = \dots\dots\dots$$

**CHECKLIST PENILAIAN
KETERAMPILAN PEMERIKSAAN SEGMENT ANTERIOR
DAN POSTERIOR**

NO.	Aspek Keterampilan yang Dinilai	SKOR		
		0	1	2
	Segmen Anterior			
1.	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan yang akan dilakukan.			
2.	Penderita dan pemeriksa duduk berhadapan pada jarak \pm 60 cm.			
3.	Memperhatikan kelainan-kelainan pada kulit kelopak mata, lebar rima palpebra, simetris tidak.			
4.	Memperhatikan bulu matanya, teratur atau tidak, arah tumbuhnya, ada sekret atau tidak.			
5.	Melakukan eversio palpebra superior dan melakukan pemeriksaan konjungtiva palpebra superior, kemudian menarik palpebra inferior untuk memeriksa konjungtiva palpebra inferior.			
6.	Memeriksa konjungtiva bulbi dengan menarik palpebra atas memakai jari telunjuk dan palpebra bawah dengan ibu jari.			
7.	Melakukan pemeriksaan kornea dengan lampu senter dari sudut 45° temporal mata.			
8.	Melakukan pemeriksaan sensibilitas kornea.			
9.	Memeriksa kamera okuli anterior dengan senter dari arah limbus bagian temporal .			
10.	Memeriksa refleks pupil <i>direct</i> dan <i>indirect</i> .			
11.	Memeriksa kejernihan lensa (pada prinsipnya untuk melihat lensa perlu ditetesi midriatikum).			
12.	Melaporkan hasil pemeriksaan segmen anterior bola mata.			
	Segmen Posterior			
13.	Penderita diminta melihat obyek pada jarak lebih dari 6 meter.			
14.	Lensa oftalmoskop disesuaikan dengan refraksi pemeriksa (pemeriksa emetrop posisi lensa oftalmoskop 0)			
15.	Memegang oftalmoskop dengan benar.			
16.	Menggunakan oftalmoskop dengan benar.			
17.	Memeriksa fundus refleks pada jarak 30cm dari arah 45° temporal pasien.			
18.	Menyimpulkan hasil pemeriksaan.(reflek fundus cemerlang atau tidak)			
	JUMLAH			

Penjelasan :

- 0 Tidak dilakukan mahasiswa
- 1 Dilakukan, tapi belum sempurna
- 2 Dilakukan dengan sempurna, atau bila aspek tersebut tidak dilakukan mahasiswa karena situasi yang tidak memungkinkan (misal tidak diperlukan dalam skenario yang sedang dilaksanakan).

$$\text{Nilai Mahasiswa} = \frac{\text{Jumlah Skor}}{36} \times 100\% = \dots\dots\dots$$

**CHECKLIST PENILAIAN
KETERAMPILAN PEMERIKSAAN TEKANAN BOLA MATA**

NO.	Aspek Keterampilan yang Dinilai	SKOR		
		0	1	2
1.	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan yang akan dilakukan			
2.	Mempersilahkan penderita duduk, melirik ke bawah			
3.	Meletakkan kedua jari telunjuk dan jari-jari yang lain dengan benar			
4.	Melakukan palpasi bola mata dengan benar			
5.	Menentukan hasilnya			
6.	Mengetes tonometer Schiotz			
7.	Membersihkan dan mensterilkan tonometer			
8.	Menerangkan kepada penderita mengenai pemeriksaan yang akan dilakukan dan tentang sikap penderita			
9.	Mempersilakan penderita berbaring terlentang kepala horizontal			
10.	Meneteskan anestesi lokal ke dalam mata penderita			
11.	Meminta penderita memandangi ke satu titik tepat di atasnya			
12.	Membuka kelopak mata dengan lebar tanpa menekan bola mata			
13.	Meletakkan tonometer dengan hati-hati tepat di tengah kornea, vertikal, tanpa menekan atau menggeser			
14.	Membaca angka yang ditunjuk jarum			
15.	Mengangkat tonometer, membersihkan alat dengan alkohol			
16.	Memberikan zalf mata (antibiotika)			
17.	Menentukan tekanan bola mata dengan membaca tabel			
18.	Melaporkan hasil pemeriksaan			
	JUMLAH SKOR			

Penjelasan :

- 0 Tidak dilakukan mahasiswa
- 1 Dilakukan, tapi belum sempurna
- 2 Dilakukan dengan sempurna, atau bila aspek tersebut tidak dilakukan mahasiswa karena situasi yang tidak memungkinkan (misal tidak diperlukan dalam skenario yang sedang dilaksanakan).

$$\text{Nilai Mahasiswa} = \frac{\text{Jumlah Skor}}{36} \times 100\% = \dots\dots\dots$$

KETERAMPILAN PEMERIKSAAN KULIT

Indah Julianto* , Moerbono Mochtar* , M. Eko Irawanto* , Nugroho Aji*

Tujuan Pembelajaran :

Setelah mempelajari materi Keterampilan Pemeriksaan Kulit, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Memberikan informasi pada pasien tentang tujuan pemeriksaan.
2. Memberikan instruksi pada pasien untuk membuka mata, baju dan mulut dengan cara yang baik.
3. Memotivasi pasien agar melakukan instruksi pemeriksa.
4. Melakukan anamnesis terhadap pasien dengan keluhan kulit.
5. Mempersiapkan pasien untuk pemeriksaan kulit.
6. Melakukan pemeriksaan status dermatologikus berdasarkan efloresensi primer dan sekunder.
7. Melakukan inspeksi dan palpasi kulit.
8. Melaporkan dan menilai kelainan yang ditemukan.
9. Menentukan pemeriksaan penunjang yang diperlukan untuk membantu menegakkan diagnosis penyakit kulit.
10. Melakukan pengambilan sampel untuk pemeriksaan penunjang.

**Bagian Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret/ RSUD dr Moewardi Surakarta.*

A. PENDAHULUAN

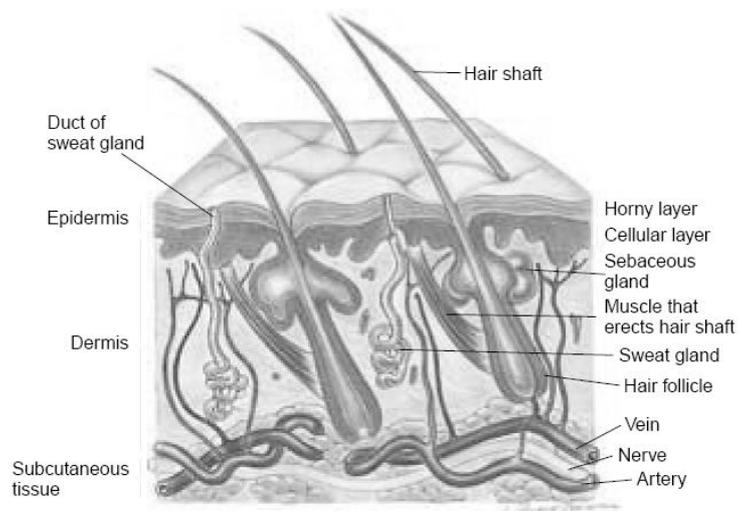
Sebelum mempelajari keterampilan pemeriksaan Kulit ini, mahasiswa diharapkan telah mempunyai pengetahuan tentang :

1. Anatomi kulit dan organ adneksanya, kuku serta rambut.
2. Fisiologi kulit dan organ adneksanya, kuku serta rambut.
3. Dasar penyakit infeksi kulit dan urogenital (diperoleh di Blok Infeksi dan Blok Urogenital), tentang infeksi bakteri, virus, jamur dan parasit.
4. Dasar pemeriksaan penunjang : pemeriksaan Gram

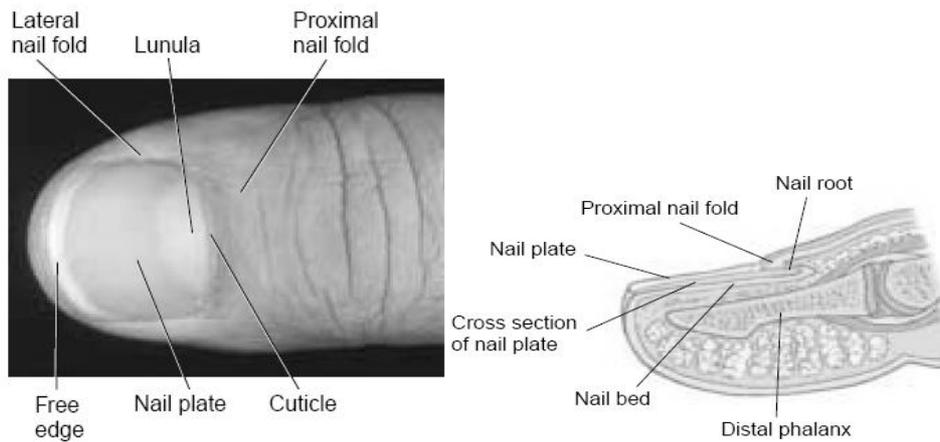
B. ANATOMI SISTEM KULIT

Terdiri atas :

1. Lapisan kulit :
 - a. Epidermis : stratum basalis, stratum spinosum, stratum granulosum, stratum lucidum, stratum korneum
 - b. Dermis : stratum papillare, stratum reticulare
 - c. Subkutis : lemak
2. Adneksa kulit :
 - a. Kuku
 - b. Rambut
 - c. Kelenjar : kelenjar keringat ekrin dan apokrin, kelenjar sebacea.



Gambar 1. Anatomi Histologi Kulit



Gambar 2. Kuku

FISIOLOGI KULIT

1. Proteksi organ dalam dari pengaruh lingkungan
2. Absorpsi
3. Pengaturan suhu
4. Ekskresi sisa metabolisme
5. Pembentukan pigmen
6. Pembentukan vitamin D

C. KETERAMPILAN PEMERIKSAAN

Umumnya, pasien dengan penyakit kulit datang dengan keluhan-keluhan sebagai berikut :

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Gatal-gatal - Kulit bersisik - Kulit merah dan nyeri - Kulit berminyak - Gigitan serangga - Flek/ bercak di kulit - Jerawat - Bisul - Hipopigmentasi - Tahi lalat - Kutil di kulit - Kulit mati rasa - Tanda lahir - Lecet pada pantat | <ul style="list-style-type: none"> - Alergi - Rambut rontok - Ketombe - Kuku rapuh - Nyeri saat buang air kecil - <i>Discharge urethra</i> - Keputihan - Vagina (gatal, nyeri, rasa terbakar) - Luka/ koreng/ kutil di kemaluan - Anyang-anyangan |
|---|---|

ANAMNESIS PENYAKIT KULIT DAN KELAMIN

1. Menanyakan identitas pasien (umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, suku, alamat)
2. Menanyakan keluhan utama pasien :
 - Kualitas (gatal/ nyeri/ mati rasa/ tumor/ tukak)
 - Lokasi keluhan utama
 - Lamanya keluhan dirasakan
3. Menanyakan riwayat penyakit sekarang :
 - Di mana lokasi timbul lesi pertama kali ?
 - Bagaimana perluasan lesi tersebut ?
 - Adakah pengaruh makanan atau lingkungan ?
 - Anggota keluarga yang lain ada yang mengalami keluhan serupa (penyakit menular atau genetik) ?
 - Sudah diobati atau belum ?
4. Menanyakan riwayat penyakit dahulu :
 - Apakah pernah menderita penyakit yang sama ?
 - Apakah ada riwayat alergi/ atopi ?

PERALATAN YANG DIPERLUKAN UNTUK PEMERIKSAAN STATUS DERMATOLOGI

1. Ruang dengan penerangan cukup.
2. Gelas objek & kaca penutup
3. Senter
4. Sarung tangan
5. Kaca pembesar
6. Lampu Wood
7. Blade dan scalpel
8. Larutan KOH 10%
9. Pengecatan Gram
10. Minyak emersi
11. Mikroskop

SISTEMATIKA PEMERIKSAAN STATUS DERMATOLOGI

1. INSPEKSI

Kelainan kulit

1. Lokasi : tempat di mana ada lesi
2. Distribusi lesi :
 - Bilateral : mengenai kedua sisi tubuh.
 - Unilateral : mengenai salah satu sisi tubuh.
 - Simetris : mengenai kedua sisi tubuh pada area yang sama.
 - Soliter : hanya satu lesi.
 - Herpetiformis : berupa vesikula bergerombol.
 - Konfluens : dua lesi atau lebih menjadi satu.
 - Diskrete : beberapa lesi terpisah satu sama lain.
 - Lokalisata : beberapa lesi terlokalisir -- <40% luas permukaan tubuh.
 - Regional : mengenai regio/ area tertentu dari tubuh – 40-70% luas permukaan tubuh.
 - Generalisata : tersebar pada sebagian besar tubuh – 70-90% luas permukaan tubuh.
 - Universal : lesi tersebar di seluruh/ hampir seluruh permukaan tubuh – 90-100% luas permukaan tubuh.
 - Pada tempat yang terpajan sinar matahari
 - Pada telapak tangan dan kaki
 - Pada intertriginosa
3. Bentuk/ susunan lesi :
 - a. Bentuk :
 - 1) Khas : bulat, oval, seperti ginjal
 - 2) Tidak khas
 - b. Susunan :
 - 1) Liniar : seperti garis lurus.
 - 2) Sirsinar/ anular : seperti lingkaran/ melingkar seperti cincin.
 - 3) Polisiklik : tepi lesi sambung menyambung membentuk lingkaran.

- 4) Korimbiformis : susunan seperti induk ayam yang dikelilingi anak-anaknya.
- 5) *Iris-target* : bentuk eritematosa dengan gambaran mirip iris mata.
- 6) Herpetiformis : lesi lepuh yang bergerombol.
4. Batas lesi : tegas atau tidak tegas dengan kulit di sekitarnya
5. Ukuran lesi :
- Milier : sebesar kepala jarum pentul.
 - Lentikular : sebesar biji jagung.
 - Numular : sebesar uang logam, diameter 3-5 cm.
 - Plakat : lebih besar dari numular.
6. Efloresensi :
- a. Primer (terjadi pada kulit yang semula normal) :
- Makula : bercak pada kulit, berbatas tegas, berupa perubahan warna semata.
 - Papula : penonjolan di atas permukaan kulit, sirkumskrip, diameter 0.5 cm dan berisikan zat padat.
 - Plak : papula datar, diameter lebih dari 1 cm.
 - Urtika : penonjolan yang ditimbulkan akibat edema setempat yang timbul mendadak dan hilang perlahan.
 - Nodul : tonjolan berupa massa padat yang sirkumskrip, dengan ukuran bervariasi antara 0.5 – 2 cm, dapat terletak pada lapisan epidermis, dermis atau subkutan.
 - Vesikel : lepuh berisi cairan serum, memiliki atap dan dasar, diameter <0.5 cm.
 - Bula : vesikel yang berukuran lebih besar.
 - Pustula : lepuh berisi nanah, bila nanah mengendap di dasar lepuh, disebut hipopion, sedangkan abses biasanya terletak pada lapisan dermis atau subkutan.
 - Kista : ruangan/ kantong ber dinding dan berisi cairan atau material semi solid (sel atau sisa sel), biasanya pada lapisan dermis.
 - Purpura : warna merah dengan batas tegas yang tidak hilang jika ditekan, terjadi karena adanya ekstrasvasasi dari pembuluh darah ke

jaringan.

b. Sekunder (akibat perubahan yang terjadi pada efloresensi primer) :

- Skuama : sisik berupa lapisan stratum korneum yang terlepas dari kulit.
- Krusta : kerak atau keropeng yang menunjukkan adanya cairan yang mengering.
- Erosi : lecet kulit yang diakibatkan kehilangan lapisan kulit sebelum stratum basalis, ditandai dengan keluarnya serum.
- Ekskoriasi : lecet kulit yang disebabkan kehilangan lapisan kulit melampaui stratum basalis (sampai stratum papilare) ditandai adanya bintik perdarahan dan serum.
- Ulkus : tukak atau borok, disebabkan hilangnya jaringan lebih dalam dari ekskoriasi, memiliki tepi, dinding, dasar dan isi.
- Likenifikasi :
 - 1) Penebalan lapisan epidermis disertai guratan garis kulit yang makin jelas, akibat garukan atau usapan yang bersifat kronis.
 - 2) Guratan garis kulit yang jelas oleh karena adanya papula-papula halus.
- Atropi : penipisan lapisan epidermis ataupun dermis.
- Skar : digantinya jaringan normal kulit dengan jaringan fibrotik pada tempat penyembuhan luka, contoh : skar hipertrofi, keloid dan dispigmentasi.
- Sklerosis : pengerasan atau indurasi lapisan kulit.
- Poikiloderma : kombinasi dari atropi, hiperpigmentasi, hipopigmentasi dan teleangiektasi.
- Teleangiektasi : dilatasi pembuluh darah superfisial terutama yang terletak di bagian atas pleksus retikularis dermis.
- *Nikolsky's sign* : lepasan perlekatan kulit, pada penekanan yang ringan baik pada tepi lesi maupun pada tengah lesi).

Kelainan Rambut

Kelainan Kuku

Kelainan Mukosa

Pembesaran kelenjar getah bening regional (sesuai dengan status dermatologikus) dan generalisata

2. PALPASI

- Pasien bisa berada dalam posisi duduk atau berbaring.
- Pemeriksa menggunakan jari telunjuk tangan kanan yang ditekankan pada lesi, apakah ada perubahan warna dari eritematosa (kemerahan) menjadi keputihan.
- Dapat juga ditekan menggunakan kaca objek (diaskopi).

3. PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSIS

1. Mikrobiologi :

a. Mikologi :

- Pemeriksaan kerokan kulit dengan larutan KOH
- Kultur jamur
- Pemeriksaan dengan pengecatan khusus

b. Bakteriologi :

- Pengecatan Gram dari cairan tubuh
- Kultur bakteri (aerob, anaerob, bakteri dengan pertumbuhan lambat seperti *Mycobacterium tuberculosis*)

c. Virologi :

- Pengecatan dengan Tzanck
- Pengecatan histokimia HPV-DNA dengan preparat apus cairan serviks (pap smear)
- Kultur virus

2. Histopatologi :

a. Pengecatan Hematoxyllin-Eosin

b. Pengecatan dengan cat khusus yang lain

c. Imunopatologi

d. Imunofluoresensi direk dan indirek

3. Molekuler

4. Penunjang yang lain :

- Dengan lampu Wood

- Radiologis
- Pemeriksaan kandungan cairan dan pigmen pada kulit
- Foto digital secara serial



Plak eritem, skuama, krusta, batas tegas, bentuk spt "coin lesion", pada Dermatitis numularis



Makula hipopigmentasi, batas tegas, skuama, pada Tinea versicolor



Plak eritem, batas tegas, tepi aktif, *central healing*, hiperpigmentasi, skuama, pada Tinea kruris





Likenifikasi (*dot arrow*), hiperpigmentasi (*solid arrow*), skuama (*dash arrow*), pada Neurodermatitis



Vesikel berkelompok, dasar eritem, unilateral, krusta, pada Herpes Zoster



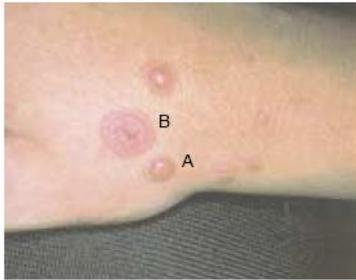
Urtikaria



Krusta berwarna seperti madu / *honey color crusted*, pada Impetigo krustosa



Keratosis seboroik : papul, plak, verukosa, batas tegas, warna coklat – hitam, di area terpapar sinar matahari, biasanya pada orang tua, genetik



Bulla (A) dan *Iris target* (B), pada Erythema multiforme



Atrofi kulit, tampak tipis, licin, pori-pori menghilang, kulit lebih mengkilap dan transparan



Bula hipopion, eritem pada Impetigo Bulosa



Papul, pustul, nodul pada Acne vulgaris



Makula depigmentasi pada Vitiligo



Tumor kulit destruktif membentuk ulkus & krusta, pada Basalioma



Makula hiperpigmentasi pada Melasma



Skar hipertrofik



Keloid



Krusta, eritema pada Dermatitis seboroik tipe infantil



Plak eritem, batas tegas, skuama berlapis, warna seperti mika, di daerah yang sering terkena trauma, pada Psoriasis vulgaris



Vesikel berkelompok, eritem, ulkus, di daerah mukokutan, pada Herpes Simpleks



Alopesia areata



Makula, eritema, bentuk kupu-kupu di wajah (*butterfly rash*) pada Systemic Lupus Erythematosus (SLE)



Koilonychia (spoon nail) pada Anemia defisiensi besi berat



Kuku rapuh, warna keputihan, pada Onikomikosis



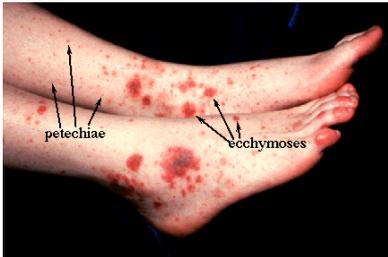
Papul verukosa pada Veruka vulgaris



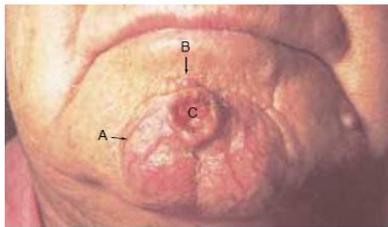
Hematoma



Purpura



Petekiae dan ekimosis



Teleangiektasia (A), nodul (B) dan ulkus (C) pada karsinoma sel squamosa

**CHECK LIST PENILAIAN
KETERAMPILAN PEMERIKSAAN KULIT**

Nama Mahasiswa :
NIM :

No.	Aspek Keterampilan yang Dinilai	Skor		
		0	1	2
	ANAMNESIS			
1.	Menanyakan identitas pasien			
2.	Menanyakan keluhan utama pasien (kualitas keluhan, lokasi, durasi)			
3.	Menanyakan riwayat penyakit sekarang			
4.	Menanyakan riwayat penyakit dahulu			
5.	PEMERIKSAAN			
6.	Melakukan inspeksi lesi dan menyebutkan terminologi lesi dengan benar			
7.	Menilai hasil pemeriksaan inspeksi kulit, kuku, rambut dan mukosa (lokasi, distribusi lesi, bentuk/ susunan lesi, batas lesi, ukuran lesi, efloresensi primer & sekunder)			
8.	Melakukan dan menilai hasil pemeriksaan palpasi kulit			
9.	Menentukan pemeriksaan penunjang yang diperlukan dan menjelaskan alasannya			
	JUMLAH SKOR			

Penjelasan :

- 0 Bila tidak dilakukan mahasiswa
- 1 Bila dilakukan tapi dianggap belum sempurna
- 2 Bila dilakukan dan dianggap sudah sempurna, atau bila item tersebut tidak dilakukan mahasiswa karena situasi yang tidak memungkinkan (misal tidak diperlukan dalam skenario yang sedang dilaksanakan).

Nilai Mahasiswa : $\frac{\text{Skor Total}}{16} \times 100\%$

**DAFTAR KOMPETENSI KETERAMPILAN PEMERIKSAAN KULIT
UNTUK LULUSAN S1/ DOKTER UMUM (KKI 2006)**

Keterampilan	Level Kompetensi			
<i>Examination of skin</i>				
– Inspection of skin, nails with magnifying glass	1	2	3	4
– Inspection of skin with UVA-light (Wood's lamp)	1	2	3	4
– Dermographism	1	2	3	4
– Skin palpation	1	2	3	4
– Examination of sensory system : assessment of sense of pain, temperature, light touch.	1	2	3	4
<i>Terminology of skin lesions</i>				
– Skin lesions description with primary and secondary changes, as well as size, distribution, expansion and configuration	1	2	3	4
<i>Additional examination of dermatological problems</i>				
– Preparation and assessment of potassium hydroxide slide	1	2	3	4
– Preparation and assessment of methylene blue slide	1	2	3	4
– Preparation and assessment of gram stain	1	2	3	4
– Urethral swab	1	2	3	4
– Anal swab	1	2	3	4
– Parasite identification	1	2	3	4
<i>Diagnostic procedures</i>				
– Examination of genital discharge (smell, ph, Gram stain, examination with saline, examination with potassium hydroxide)	1	2	3	4
<i>Therapeutic skills</i>				
– Warts, cryotherapy	1	2	3	4
– Acne, treatment of comedones	1	2	3	4
<i>Prevention</i>				
– Contact tracing	1	2	3	4

KETERAMPILAN PEMERIKSAAN PSIKIATRI

HUBUNGAN DOKTER-PASIEN DAN TEKNIK WAWANCARA

Mardiatmi Susilohati*, Ibrahim Nuhriawangsa*, Mohammad Fanani*, Machmuroch*,
Yusviek M. Hadin*, I Gusti Bagus Indro N*

Kemampuan untuk mengembangkan hubungan dokter dan pasien yang efektif memerlukan pemahaman yang benar mengenai kompleksitas perilaku manusia dan pendidikan yang terus-menerus mengenai teknik berbicara dan mendengarkan orang lain. Untuk mendiagnosis, menangani, dan mengobati penyakit yang diderita seseorang, dokter harus belajar mendengarkan.

Model Hubungan Dokter-Pasien

Hubungan dokter dan pasien mempunyai sejumlah model potensial. Dokter harus menyadari mengenai model mana yang berlaku pada seorang pasien dan mampu untuk mengubah model, tergantung pada kebutuhan tertentu dari pasien tertentu dan kebutuhan pengobatan dari situasi klinis tertentu.

Model aktif-pasif (*active-passive models*)

Di mana pasien sepenuhnya pasif dan tanggung jawab diambil alih oleh dokter. Model ini sesuai jika pasien tidak sadar, terimobilisasi, atau delirium.

Model guru dan siswa (*teacher-student model*)

Di mana dominasi dokter ditekankan, sedang peran pasien adalah ketergantungan dan penerimaan. Model ini sering terlihat saat pemulihan pasien dari pembedahan.

*Bagian Ilmu Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret/ RSUD dr Moewardi Surakarta.

Model peran serta saling menguntungkan (*mutual participation model*)

Menyatakan persamaan antara dokter dan pasien, didasarkan pada model saling menguntungkan. Peranserta aktif diperlukan pada pengobatan penyakit kronis tertentu seperti gagal ginjal dan diabetes.

Model persahabatan (*friendship model*)

Adalah hubungan disfungsional/ tidak etis. Model ini sering melibatkan hubungan yang terus menerus, sehingga menimbulkan pengaburan batas-batas antara profesionalisme dan keintiman.

Teknik Wawancara

1. Mendapatkan *Rapport*

Mendapatkan rapport merupakan langkah pertama dari wawancara dan pewawancara menggunakan respon empatiknya untuk mempermudah perkembangan rapport. Enam strategi untuk mengembangkan *rapport* : (1) menempatkan pasien dan pewawancara dalam ketenangan; (2) menemukan keluhan dan mengekspresikan rasa empati; (3) menilai tilikan pasien dan menjadi mitra; (4) menunjukkan keahlian; (5) menegakkan wibawa sebagai dokter dan ahli terapi; (6) menyeimbangkan peran sebagai pendengar yang simpatik, seorang ahli, dan orang yang berwenang.

2. Memulai Wawancara

Dokter harus mengetahui nama pasiennya dan pasien mengetahui nama dokternya. Pasien mempunyai hak untuk mengetahui posisinya dan status profesional orang yang terlibat dalam perawatannya.

Setelah memperkenalkan diri dan melakukan pemeriksaan awal lainnya, ucapan awal yang berguna dan tepat adalah, "*Dapatkah anda menceritakan mengenai masalah yang anda hadapi*"

3. Wawancara

Wawancara yang ideal dimulai dengan pertanyaan terbuka yang luas, dilanjutkan dengan pertanyaan yang lebih spesifik, dan ditutup dengan pertanyaan langsung yang spesifik.

a. Refleksi : dokter mengulangi sesuatu yang telah dikatakan pasien (dengan cara suportif).

Misalnya : "*Tampaknya anda risau menjadi beban bagi keluarga anda*"

- b. Fasilitasi : dokter membantu pasien melanjutkan wawancara dengan memberikan isyarat verbal maupun nonverbal yang mendorong pasien untuk terus berbicara.
- c. Keheningan : dapat memungkinkan pasien untuk merenung, menangis, atau hanya duduk dalam lingkungan yang menerima dan suportif.
- d. Konfrontasi : adalah alat untuk menunjukkan kepada pasien bahwa dokter tidak menganggap pasien tidak memberikan perhatian, atau merupakan suatu cara untuk menyangkal. Misalnya, seorang pasien yang baru saja menunjukkan usaha bunuh diri tetapi mengatakan kepada dokter bahwa hal tersebut tidak serius dapat dihadapkan dengan pernyataan, *"Apa yang anda lakukan mungkin tidak membunuh anda, tetapi anda mengatakan kepada saya bahwa anda berada dalam masalah yang serius dan anda membutuhkan pertolongan sehingga anda tidak mencoba bunuh diri lagi"*.
- e. Kejelasan (*clarification*) : berusaha untuk mendapatkan perincian dari pasien mengenai apa yang baru saja dikatakan pasiennya. Misalnya, *"Anda merasa tertekan. Kapankah anda merasa paling tertekan?"*
- f. Interpretasi : paling sering digunakan untuk menyatakan sesuatu mengenai perilaku atau pikiran yang mungkin tidak disadari oleh pasien. Contoh, *"Saat anda bercerita bagaimana marahnya anda karena keluarga tidak mendukung, saya berpikir anda juga mengatakan kepada saya betapa cemasnya anda kalau saya tidak membantu anda juga. Bagaimana menurut anda?"*
- g. Penyajian terakhir : secara berkala selama wawancara, dokter mengambil waktu dan secara singkat meringkaskan apa yang telah dikatakan pasien sejauh ini.
- h. Penjelasan : dokter menjelaskan rencana pengobatan kepada pasien dalam bahasa yang mudah untuk dimengerti dan membiarkan pasien berespon dan bertanya.
- i. Transisi : memungkinkan dokter menyampaikan gagasan bahwa telah cukup didapatkan informasi mengenai satu subjek; hal ini mendorong pasien untuk melanjutkan kepada subjek lain.
- j. Pengungkapan diri (*self-revelation*) : mengungkapkan diri secara terbatas dan berhati-hati oleh dokter mungkin berguna dalam situasi tertentu. Contoh, *"Saya telah menikah, tetapi"*

marilah kita berbicara sedikit mengenai mengapa penting bagi anda mengetahui hal tersebut. Jika kita berbicara mengenai hal ini, saya akan mempunyai lebih banyak informasi mengenai siapa anda dan apa permasalahan anda terhadap saya dan keterlibatan saya dalam perawatan anda".

- k. Dorongan positif (*positive reinforcement*) : memungkinkan pasien merasa nyaman dalam menceritakan segalanya kepada dokter, bahkan mengenai hal-hal tertentu seperti kepatuhan terhadap pengobatan. Misalnya, *"Saya menghargai anda bercerita mengenai masalah pengobatan? Semakin banyak yang saya ketahui tentang apa yang terjadi dengan anda, semakin baik saya akan mengobati anda dengan cara yang anda rasakan nyaman"*.
- l. Menenteramkan hati (*reassurance*) : menenteramkan hati pasien secara jujur dapat menyebabkan meningkatnya kepercayaan dan kepatuhan dan dapat dialami sebagai respon empatik dari dokter. Sebagai contoh, seorang pasien dengan penyakit terminal bertanya : *"Apakah saya akan menjadi sehat, dokter ?"* Dokter menjawab: *"Saya akan melakukan segala sesuatu yang dapat saya lakukan untuk membuat anda merasa senyaman mungkin, dan anda perlu mengetahui sebanyak yang saya ketahui mengenai apa yang terjadi pada anda. Kita berdua tahu bahwa anda menderita penyakit yang serius. Saya ingin mengetahui dengan tepat mengenai apa yang anda pikirkan terjadi pada diri anda dan untuk memperjelas tiap pertanyaan atau kebingungan yang anda rasakan"*.
- m. Nasehat : agar efektif dan bersifat empatik, nasehat dokter kepada pasien diberikan setelah pasien dibiarkan bicara bebas mengungkapkan masalahnya sehingga dokter mempunyai dasar yang adekuat untuk membuat saran-saran. Memberikan nasehat terlalu cepat dapat menyebabkan pasien merasa dokter tidak sungguh-sungguh mendengarkan. Sebagai contoh: Pasien menyatakan *"Saya tidak dapat menggunakan obat-obatan ini, hal ini membosankan saya"*. Dan dokter menjawab; *"Baik, saya pikir anda lebih baik menghentikannya, dan saya akan mulai memberikan anda obat yang baru"*. (Nasehat yang terlalu cepat diberikan). Jawaban yang lebih tepat adalah : *"Saya menyesal mendengarnya. Ceritakan mengapa pengobatan ini membosankan anda, sehingga saya mempunyai gagasan yang lebih baik mengenai apa yang dapat kita lakukan untuk membuat anda merasa lebih nyaman"*.

4. Mengakhiri wawancara :

Dalam mengakhiri wawancara, dokter harus :

- Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan membiarkan pasien mengetahui sebanyak mungkin mengenai rencana masa depan
- Mengucapkan terima kasih atas informasi yang diperlukan dan memberitahu bahwa informasi yang disampaikan sangat membantu dalam memperjelas langkah selanjutnya.
- Menjelaskan tiap peresepan obat secara singkat dan jelas
- Membuat perjanjian lain atau memberikan rujukan dan beberapa petunjuk bagaimana pasien dapat mencari pertolongan secepatnya jika diperlukan sebelum waktu perjanjian selanjutnya.

RIWAYAT PSIKIATRIK

Riwayat psikiatrik adalah catatan kehidupan pasien yang diceritakan kepada dokter dalam kata-kata pasien dan sudut pandang pasien sendiri (*autoanamnesis*). Informasi tentang pasien juga bisa didapatkan dari sumber-sumber lain (*alloanamnesis*), seperti orang tua atau pasangan hidup pasien. Di samping menggali data yang kongkrit dan aktual tentang kronologi pembentukan gejala dan riwayat psikiatrik dan medis sebelumnya, dokter harus berusaha mendapatkan gambaran riwayat karakteristik kepribadian pasien, termasuk kelebihan dan kekurangan pasien. Teknik yang paling penting dalam mendapatkan riwayat psikiatrik adalah membiarkan pasien menceritakan permasalahannya dengan kata-katanya sendiri untuk membiarkan mereka merasa paling penting.

I. Data Identifikasi

Data identifikasi merupakan sketsa ringkas tentang karakteristik pasien, meliputi nama pasien, usia, status perkawinan, jenis kelamin, pekerjaan, suku, agama, pendidikan, tempat dan situasi saat wawancara dilakukan, episode pertama/lebih gangguan tersebut, pasien datang sendiri, dirujuk atau dibawa orang lain.

II. Keluhan Utama

Keluhan utama (dengan kata-kata pasien sendiri) menyatakan mengapa ia telah datang atau dibawa untuk mendapatkan bantuan. Contoh : "*Saya merasa sangat tertekan dan berpikir tentang membunuh diri saya sendiri*". "*Saya tidak sakit, dialah yang gila*". Pasien membisu.

III. Riwayat Gangguan Sekarang

Riwayat gangguan sekarang memberikan gambaran lengkap dan kronologis tentang peristiwa yang menyebabkan kejadian sekarang ini dalam kehidupan pasien. Hal-hal yang harus tertuang dalam riwayat gangguan sekarang : onset episode terakhir, peristiwa pencetus langsung atau pemicu, perubahan perilaku pasien, perkembangan gejala pasien, peristiwa pencetus dimasa lalu yang merupakan bagian dari rantai yang menyebabkan peristiwa sekarang, pengaruhnya terhadap aktivitas kehidupan, sifat dari disfungsi (misalnya, perincian tentang perubahan faktor-faktor tertentu, seperti kepribadian, ingatan, bicara. Bila terdapat gejala psikofisiologi, harus dijelaskan lokasi, intensitas, dan fluktuasinya. Bila daya nilai realitas pasien terganggu, informasi mengenai riwayat gangguan sekarang diperoleh dari anggota keluarga atau sumber lain (*alloanamnesis*).

IV. Riwayat Sebelumnya

a. Riwayat Psikiatrik Sebelumnya

Informasi yang harus didapatkan pada bagian ini adalah onset gangguan episode pertama, gejala, beratnya hendaya, jenis pengobatan yang telah diterima, kekambuhan, nama rumah sakit, derajat kepatuhan terhadap pengobatan, yang kesemuanya disampaikan secara kronologis.

b. Riwayat Medik Sebelumnya

Adalah penyakit medis atau bedah yang berat dan trauma berat, khususnya yang memerlukan perawatan di rumah sakit (misalnya, trauma kranioserebral, penyakit neurologis, kejang, HIV/AIDS, gangguan kesadaran), termasuk penyebab, komplikasi, dan pengobatannya. Juga tentang gangguan psikosomatik, seperti *hay fever*, artritis rematoid, kolitis ulseratif, asma, hipertiroidisme, gangguan gastrointestinal, pilek rekuren, dan gangguan kulit.

c. Riwayat Penggunaan alkohol atau zat lainnya

Informasi yang harus didapatkan adalah jenis zat, jumlah, dan frekuensi pemakaian

V. Riwayat Pribadi

a. Riwayat Pranatal dan Perinatal

Dokter mempertimbangkan sifat situasi rumah, di mana pasien dilahirkan, apakah pasien direncanakan dan diinginkan untuk dilahirkan. Apakah terdapat masalah dengan

kehamilan dan persalinan?, apakah terdapat cedera atau cacat saat kelahiran?, bagaimana keadaan emosional dan fisik ibu saat pasien lahir?, apakah ibu menggunakan alkohol atau zat lain selama kehamilan ?

b. Masa anak-anak awal (sampai usia 3 tahun)

Informasi yang harus didapatkan tentang kebiasaan makan (minum ASI atau susu formula, masalah makan), perkembangan awal (berjalan, berbicara, pertumbuhan gigi, perkembangan bahasa, motorik, tanda kebutuhan tidak terpenuhi seperti membentangkan kepala atau mengguncangkan tubuh, pola tidur, kecemasan pada orang asing, penyimpangan maternal, kecemasan perpisahan, pengasuh lain di rumah) toilet training (usia, sikap orang tua, perilaku tentang hal ini), masalah perilaku (menghisap ibu jari, temperamen pemarah, tics, menubrukkan kepala, menggongcang, *night terrors*, mengompol atau defekasi saat tidur, menggigit jari, masturbasi yang berlebihan), kepribadian saat anak (pemalu, tidak dapat diam, overaktif, menarik diri, persisten, senang keluar, takut-takut, atletik, ramah, pola permainan), mimpi atau fantasi awal yang rekuren.

c. Masa Anak-anak Pertengahan (usia 3-11 tahun)

Dokter memusatkan pada subjek penting seperti identifikasi jenis kelamin, hukuman yang digunakan di rumah, siapa yang menegakkan disiplin dan mempengaruhi pembentukan suara hati awal, pengalaman awal sekolah (reaksi pasien terhadap perpisahan dengan ibunya), persahabatan, keakraban dengan teman, peran pasien (sebagai pemimpin atau pengikut), kerjasama dengan teman, perilaku anti social, impulsivitas, agresi, gangguan belajar, perkembangan intelektual, kekejaman terhadap binatang dan masturbasi yang berlebihan juga harus digali.

d. Masa Anak-anak Akhir (pubertas sampai masa remaja)

Informasi yang harus didapatkan adalah tentang hubungan sosial (sikap terhadap saudara kandung dan teman bermain, jumlah dan keakraban dengan teman, tokoh yang diidealkan, kecemasan, perilaku anti sosial, peran dalam aktivitas kelompok), riwayat sekolah (kemajuan pasien, penyesuaian dengan sekolah, hubungan dengan guru, pelajaran atau minat yang disukai, kemampuan atau bakat tertentu, aktivitas ekstrakurikuler, olah raga, kegemaran), perkembangan kognitif dan motorik (membaca dan ketrampilan intelektual dan motorik lain, disfungsi otak minimal, ketidakmampuan

belajar dan penatalaksanaannya serta efeknya). Masalah emosional dan fisik (*nightmare*, fobia, masturbasi, mengompol, membolos, pelanggaran, merokok, pemakaian alkohol atau zat lain, anoreksia, bulimia, perasaan inferioritas, ide dan usaha bunuh diri).

e. Masa Dewasa

1. Riwayat Pekerjaan : menggambarkan pilihan pekerjaan pasien, konflik yang berhubungan dengan pekerjaan, ambisi serta tujuan jangka panjang, juga perasaan pasien tentang pekerjaannya sekarang.
2. Riwayat Perkawinan dan Persahabatan : menggambarkan usia saat perkawinan, permasalahan rumah tangga, kualitas hubungan seksual, serta bagaimana pasien melihat pasangannya. Juga hubungan persahabatan dengan seseorang dengan periode waktu yang lama.
3. Riwayat Ketentaraan : menggambarkan tentang penyesuaian umum pasien terhadap ketentaraan, apakah mereka melihat peperangan atau menderita suatu cedera.
4. Riwayat Pendidikan : gambaran tentang latar belakang pendidikan pasien.
5. Keagamaan : latar belakang keagamaan orang tua, sikap keluarga terhadap aturan agama, konflik tentang pendidikan agama anak, aktivitas keagamaan pasien serta perkumpulan yang diikuti.
6. Aktivitas sosial : menggambarkan kehidupan sosial pasien dan sifat persahabatan.
7. Situasi Hidup Sekarang : menggambarkan dimana pasien tinggal, jumlah anggota keluarga, jumlah kamar, dan susunan tempat tidur. Juga sumber penghasilan keluarga dan kesulitan keuangan.
8. Riwayat Hukum : apakah pasien pernah ditangkap? Dengan sebab apa? Riwayat penyerangan atau kekerasan dan lain-lain.

f. Riwayat Psikoseksual

Meliputi keingin-tahuan awal, masturbasi *infantile*, aktivitas seksual, sumber pengetahuan seksual, sikap pasien terhadap seks, kekerasan seksual, onset pubertas, aktivitas seksual masa remaja seperti masturbasi, mimpi basah dan sikap terhadapnya, sikap terhadap lawan jenis, praktek seksual, masalah seksual, parafilia, pelacuran dan orientasi seksual.

g. Riwayat Keluarga

Pernyataan singkat tentang penyakit psikiatrik, perawatan di rumah sakit, dan pengobatan anggota keluarga dekat pasien. Bagaimana sikap pasien terhadap orang tua dan saudara kandungnya? Bagaimana sikap orang tua dan saudara kandung terhadap pasien?

h. Mimpi, khayalan, nilai hidup

Mimpi yang berulang mempunyai nilai tertentu. Apa fantasi pasien tentang masa depan? Sistem nilai sosial dan moral pasien, termasuk tentang nilai pekerjaan, uang, bermain, anak-anak, orang tua, teman-teman, seks, permasalahan masyarakat, dan masalah budaya.

PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

Pemeriksaan status mental adalah bagian dari pemeriksaan klinis yang menggambarkan tentang keseluruhan pengamatan pemeriksa dan kesan tentang pasien psikiatrik saat wawancara, yang meliputi penampilan, pembicaraan, tindakan, persepsi dan pikiran selama wawancara.

PEMERIKSAAN STATUS MENTAL	HAL YANG HARUS DIKERJAKAN
I. Deskripsi Umum	
A. Penampilan (istilah yang biasa digunakan : tampak sehat, sakit, agak sakit, kelihatan tua, kelihatan muda, kusut, seperti anak-anak, kacau dsb.)	Mengamati bentuk tubuh, postur, ketenangan, pakaian, dandanan, rambut, dan kuku, tanda kecemasan
B. Perilaku dan aktivitas psikomotor (termasuk di sini adalah manerisme, tiks, gerakan stereotipik, hiperaktivitas, agitasi, retardasi, fleksibilitas, rigiditas dll.)	Mengamati dan/atau memeriksa cara berjalan, gerakan dan aktivitas pasien.
C. Sikap terhadap pemeriksa (bekerja sama, bersahabat, menggoda, apatis, bermusuhan, merendahkan, dll.)	Mengamati dan merasakan sikap dan jawaban pasien saat wawancara psikiatrik.
II. Mood dan Afek	
A. Mood (adalah emosi yang meresap dan terus-menerus mewarnai persepsi	Menanyakan tentang suasana perasaan

<p>seseorang terhadap dunia. Digambarkan dengan depresi, kecewa, mudah marah, cemas, euforik, meluap-luap, ketakutan dsb.)</p>	<p>pasien.</p>
<p>B. Afek (adalah respon emosional pasien yang tampak, digambarkan sebagai meningkat, normal, menyempit, tumpul dan datar)</p>	<p><i>"Bagaimana perasaan anda akhir-akhir ini ?"</i> (pertanyaan terbuka) <i>"Apakah anda merasa sedih ?"</i> (pertanyaan tertutup)</p>
<p>C. Keserasian (serasi afek atau tidak serasi afek)</p>	<p>Mengamati variasi ekspresi wajah, irama dan nada suara, gerakan tangan, dan pergerakan tubuh. Mengamati keserasian respon emosional (afek) terhadap masalah subjektif yang didiskusikan pasien.</p>
<p>III. Pembicaraan (digambarkan dalam kecepatan produksi bicara, dan kualitasnya, seperti banyak bicara, tertekan, lambat, gagap, disprosodi, spontan, keras, monoton, mutisme, dsb.)</p>	<p>Mengamati selama proses wawancara Logorrhea : bicara yang banyak sekali, bertalian dan logis Flight of idea : pembicaraan dengan kata-kata yang cepat dan terdapat loncatan dari satu ide ke ide yang lain, ide-ide cenderung meloncat/ sulit dihubungkan. Asosiasi longgar : pergeseran gagasan-gagasan dari satu subjek ke subjek lain yang tidak berhubungan, jika berat, pembicaraan menjadi kacau atau membingungkan (inkoheren)</p>
<p>IV. Gangguan Persepsi (Halusinasi, ilusi, depersonalisasi, derealisasi)</p>	<p>Menanyakan tentang gangguan persepsi yang pernah atau sedang dirasakan oleh pasien. <i>"Apakah anda pernah mendengar suara atau bunyi lain yang tidak dapat didengar oleh orang lain?"</i> <i>"Apakah anda dapat atau pernah melihat sesuatu yang tampaknya tidak dilihat orang lain?"</i></p>
<p>V. Pikiran</p>	

<p>A. Proses atau bentuk pikiran (termasuk disini realistik, nonrealistik, autistik, irasional, dll.)</p> <p>B. Isi pikiran (termasuk waham, preokupasi, obsesi, fobia, dsb.)</p>	<p>Menanyakan sesuatu permasalahan untuk menilai bentuk dan isi pikiran pasien.</p> <p>Waham kejar : "Apakah anda merasa orang-orang memata-matai anda?"</p> <p>Waham cemburu : "Apakah anda takut pasangan anda tidak jujur? bukti apa yang anda miliki?"</p> <p>Waham bersalah : "Apakah anda merasa bahwa anda telah melakukan kesalahan yang berat?" Apakah anda merasa pantas mendapat hukuman?"</p> <p>"Apakah anda merasa pikiran anda disiarkan sehingga orang lain dapat mendengarnya?" (waham siar pikir).</p> <p>"Apakah anda merasa pikiran atau kepala anda telah dimasuki oleh kekuatan atau sumber lain di luar?" (waham sisip pikir)</p> <p>"Apakah anda merasa bahwa pikiran anda telah diambil oleh kekuatan atau orang lain?" (waham penarikan pikiran)</p>
<p>VI. Sensorium dan kognitif</p>	
<p>A. Kewaspadaan dan tingkat kesadaran (sadar, pengaburan, somnolen, stupor, koma, letargi, keadaan fugue/<i>fugue state</i>)</p>	<p>Pengamatan dan pemeriksaan secara objektif (kuantitatif dengan Glasgow Coma Scale)</p>
<p>B. Orientasi (terhadap waktu, tempat, orang dan situasi)</p>	<p>Menanyakan tentang waktu, tempat, orang dan situasi : "Sekarang hari apa? Tanggal berapa ? Siang/malam ? Jam berapa sekarang ? Di mana kita saat ini ? Kerjanya apa ?"</p> <p>"Siapa yang mengantar/ menunggu anda? anda kenal mereka ?"</p> <p>"Bagaimana suasana saat ini? rama?"</p>

<p>C. Daya ingat (daya ingat jauh/ <i>remote memory</i>, daya ingat masa lalu yang belum lama/ <i>recent past memory</i>, daya ingat yang baru saja/ <i>recent memory</i> serta penyimpanan dan daya ingat segera/ <i>immediate retention and recall memory</i>).</p>	<p>Menilai daya ingat dengan menanyakan data masa anak-anak, peristiwa penting yang terjadi pada masa muda.</p> <p>Peristiwa beberapa bulan yang lalu,</p> <p>Peristiwa beberapa hari yang lalu, apa yang dilakukan kemarin, apa yang dimakan untuk sarapan, makan siang dsb.</p>
<p>D. Konsentrasi dan perhatian</p>	<p>Meminta pasien untuk mengulangi enam angka maju kemudian mundur.</p> <p>Mengulang tiga kata, segera dan tiga sampai lima menit kemudian.</p> <p>Pasien diminta mengurangi 7 secara berurutan dari angka 100. Pasien diminta mengeja mundur suatu kata sederhana.</p>
<p>E. Kapasitas membaca dan menulis</p>	<p>Pasien diminta membaca dan mengikuti apa yang diperintahkan serta menulis kalimat sederhana tapi lengkap.</p> <p>Pasien diminta mencontoh suatu gambar, seperti jam atau segilima.</p> <p>Menanyakan arti peribahasa sederhana, persamaan dan perbedaan benda.</p>
<p>F. Kemampuan visuospasial</p>	<p>Pasien diminta menghitung uang kembalian setelah dibelanjakan, jarak antar kota.</p>
<p>G. Pikiran abstrak</p>	
<p>H. Sumber informasi dan kecerdasan (dengan memperhitungkan tingkat pendidikan dan status social ekonomi pasien)</p>	
<p>VII. Pengendalian impuls</p>	
<p>(Impuls seksual, agresif, atau lainnya)</p>	<p>Menanyakan tentang riwayat pasien sekarang dan mengamati perilaku pasien selama wawancara</p>
<p>VIII. Pertimbangan dan tilikan</p>	

<p>Derajat tilikan (kesadaran dan pengertian pasien bahwa mereka sakit) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyangkalan penyakit sama sekali 2. Agak menyadari tetapi sekaligus menyangkal 3. Menyadari tetapi melemparkan kesalahan pada orang lain 4. Menyadari bahwa penyakitnya disebabkan oleh sesuatu yang tidak diketahui pada diri pasien 5. Tilikan intelektual : menerima bahwa pasien sakit dan disebabkan oleh perasaan irasional atau gangguan tertentu pada diri pasien sendiri tanpa menerapkan pengetahuan tersebut untuk pengalaman masa depan 6. Tilikan emosional sesungguhnya : kesadaran emosional tentang motif dan perasaan dalam diri pasien dan orang yang penting dalam kehidupannya, yang dapat 	<p>Menanyakan kemampuan pasien dalam aspek pertimbangan sosial, misalnya saat terjadi kebakaran (pertimbangan).</p> <p>Menanyakan kesadaran dan pengertian pasien tentang penyakitnya (tilikan)</p> <p><i>"Tahukah anda kenapa dibawa / datang ke sini ?"</i></p> <p><i>"Apakah anda membutuhkan pengobatan / perawatan ?"</i></p> <p><i>"Apakah perawatan anda di Rumah Sakit ini merupakan kesalahan ?"</i></p>
<p>IX. Reliabilitas</p>	<p>Menilai kebenaran atau kejujuran pasien dalam melaporkan suatu situasi atau masalahnya</p>

**CEKLIS PENILAIAN KETERAMPILAN PEMERIKSAAN PSIKIATRI
ANAMNESIS (*RAPPORT & HISTORY TAKING*)**

NO.	Aspek Keterampilan yang Dinilai	Skor		
		0	1	2
1.	Mendapatkan <i>rapport</i>			
2.	Menanyakan identitas penderita			
3.	Menanyakan keluhan utama			
4.	Menanyakan onset dan kronologi			
5.	Menanyakan kualitas keluhan			
6.	Menanyakan kuantitas keluhan			
7.	Menanyakan faktor-faktor pemberat			
8.	Menanyakan faktor-faktor peringan			
9.	Menanyakan gejala penyerta			
10.	Menanyakan riwayat penyakit dahulu			
11.	Menanyakan riwayat pribadi			
12.	Menanyakan riwayat psikoseksual			
13.	Menanyakan riwayat keluarga			
14.	Menanyakan riwayat sosial ekonomi			
15.	Cara berkomunikasi & ber-empati			
16.	Penggunaan bahasa yang mudah dimengerti pasien			
	JUMLAH SKOR			

Kriteria Penilaian :

- 0 : Tidak dilakukan sama sekali
- 1 : Dilakukan, tapi tidak sempurna
- 2 : Dilakukan dengan sempurna

Penguji,

Nilai Mahasiswa = $\frac{\text{Jumlah Skor}}{3} \times 100\%$

Nama.....

NIP

**CEKLIS PENILAIAN KETERAMPILAN PEMERIKSAAN PSIKIATRI
PEMERIKSAAN STATUS MENTAL**

NO.	Aspek Keterampilan yang Dinilai	Skor		
		0	1	2
1.	Menilai kesan umum pasien			
2.	Memeriksa perilaku dan aktivitas psikomotor			
3.	Memeriksa mood dan afek			
4.	Memeriksa pembicaraan			
5.	Memeriksa gangguan persepsi			
6.	Memeriksa bentuk pikiran			
7.	Memeriksa isi pikiran			
8.	Memeriksa tingkat kesadaran			
9.	Memeriksa orientasi			
10.	Memeriksa daya ingat			
11.	Memeriksa konsentrasi dan perhatian			
12.	Memeriksa kemampuan visuospasial			
13.	Memeriksa pikiran abstrak			
14.	Memeriksa pengendalian impuls			
15.	Memeriksa pertimbangan dan tilikan			
	JUMLAH SKOR			

Kriteria Penilaian :

- 0 : Tidak dilakukan sama sekali
- 1 : Dilakukan, tapi tidak sempurna
- 2 : Dilakukan dengan sempurna

Penguji,

Nilai Mahasiswa = $\frac{\text{Jumlah Skor}}{30} \times 100\%$

Nama.....

NIP