

NAMA : VINA AGUSTINA

NIM : 2010301011

KELAS : 2A

- 1. Sebut dan jelaskan masing-masing pemeriksaan subyektif!**
- 2. Sebut dan jelaskan masing-masing pemeriksaan obyektif (VITAL SIGN)!**
- 3. Sebut dan jelaskan masing-masing pemeriksaan IPPA!**

JAWABAN:

1. PEMERIKSAAN SUBYEKTIF

ASSESSMENT SUBJEKTIF :

a. Keluhan Utama

Keluhan utama merupakan hal yang sangat penting untuk ditanyakan karena keluhan inilah yang mendorong pasien atau klien mencari pertolongan kepada tenaga medis, misalkan adanya bengkak, sulit berjalan, nyeri, kelemahan pada otot tertentu, sulit mengerjakan dll.

b. Riwayat penyakit sekarang, berupa :

· Perjalanan Penyakit

Pertanyaan dapat berupa : Berapa lama keluhan sudah dirasakan? Bagaimana hal tersebut bisa terjadi? Bagaimana perkembangannya? Dalam keadaan apa yang menyebabkan pasien/ klien memperberat dan meringankan keluhan?

· Riwayat pengobatan

Pertanyaan dapat berupa : Sudah berapa lama melakukan pengobatan? Pengobatan yang pernah dilakukan seperti apa? Bagaimana hasil yang dirasakan?

c. Riwayat penyakit dahulu

Untuk mengetahui kemungkinan adanya hubungan antara penyakit yang pernah diderita dahulu dengan penyakit sekarang.

d. Riwayat Pribadi

Menanyakan hoby dan kebiasaan-kebiasaan pasien/klien.

e. Riwayat Keluarga

Untuk mengetahui penyakit-penyakit yang bisa diturunkan ataupun penyakit yang dapat menular.

f. Anamnesis sistem

Anamnesis sistem untuk melengkapi anamnesis yang belum tercatat pada anamnesis diatas

Anamnesis :Proses anamnesis dapat dilakukan dengan menanyakan langsung dengan pasien/klien (Autoanamnesis) dan atau kepada orang lain yang merupakan keluarga atau yang mengetahui riwayat penyakit pasien (Heteroanamnesis).

Catatan : tidak semua pasien dapat melakukan komunikasi. Terdapat beberapa kriteria pasien yang belum dapat atau sulit dilakukan autoanamnesis, diantaranya :

a. Bayi dan balita

b. Anak-anak (yang masih belum dapat memahami pertanyaan dengan baik)

c. Pasien dengan gangguan memori

d. Pasien dengan gangguan bicara

e. Pasien dengan gangguan jiwa

f. Pasien dengan keadaan khusus lainnya yang tidak memungkinkan terjadi komunikasi dengan baik

Pelaksanaan Anamnesis memiliki beberapa tahap, yaitu :

a. Identitas pasien

- b. Gambaran letak gangguan pasien
- c. Keluhan Utama
- d. Riwayat Penyakit Sekarang
- e. Riwayat Penyakit Dahulu
- f. Riwayat keluarga
- g. RIWAYAT SOSIAL

2. PEMERIKSAAN OBYEKTIF

ASESMENT OBJEKTIF:

Pemeriksaan yang dilakukan dalam vital sign adalah :

A. Tekanan darah (blood pressure → BP) alat yang disiapkan :

a. Sphigmomanometer :

- Tipe jarum
- Tipe air raksa
- Tipe digital

b. Stetoskop

Cara pelaksanaan :

- a. Posisi pasien bisa telentang atau duduk
- b. Raba arteri brachialis
- c. Pasang manset 3 jari di atas elbow joint
- d. Letakkan stetoskop di tempat arteri brachialis teraba
- e. Tutup pengunci pompa, lalu pompa melebihi batas tekanan darah yang biasa dimiliki pasien
- f. Lepaskan pengunci pompa perlahan sampai terdengar suara (suara : dug pertama), ini disebut korotkof pertama (inilah yang disebut systole), dan terdengar suara (suara : dug keempat) korotkof ke 4 (inilah yang disebut diastole)
- g. Nilai normal : 120/80 mmHg

B. Frekuensi denyut nadi (heart rate → HR) cara pemeriksaan :

- a. Posisi pasien duduk atau telentang
- b. Raba pergelangan tangan hingga teraba arteri radialis dengan menggunakan 3 jari yaitu telunjuk, jari tengah, jari manis (jangan jempol, karena di jempol terdapat arteri sehingga akan menjadi bias dalam pengukuran denyutnya)
- c. Siapkan stopwatch, atur dalam waktu 1 menit.
- d. Hitung selama 1 menit
- e. Nilai normal yaitu 60-100 kali per menit

C. Frekuensi pernafasan (respiratory rate → RR) cara pemeriksaan :

- a. Posisikan pasien di posisi yang membuat fisioterapis mudah melihat pernafasan pasien
- b. Siapkan stopwatch, atur dalam waktu 1 menit.
- c. Lihat pernafasan pasien dan hitung selama 1 menit. Perhatian : janga sampai pasien mengetahui bahwa di sedang diukur pernafasannya. Karena akan mengakibatkan pasien akan mengubah pola nafasnya karena rasa gugup, takut, atau tidak nyamannya.
- d. Nilai normal 16-22 kali per menit

D. Suhu tubuh (celcius) cara pemeriksaan :

- a. Posisikan pasien senyaman mungkin. Bisa duduk atau telentang.
- b. Siapkan thermometer dan pastikan dapat berfungsi dengan baik.
- c. Letakkan thermometer di tempat yang tepat. Tergantung jenis thermomoternya.
- d. Normal suhu tubuh manusia adalah 360 - 370 Celcius.

E. Tinggi badan (height dalam cm) alat yang diperlukan :

- a. Timbangan berat badan
- b. Tipe manual Tipe digital

Cara pemeriksaan :Timbang berat badan pasien dengan alat

F. Berat badan (weight dalam kg) Alat :

- a. Meteran tinggi badan.
- b. Tipe kombinasi untuk tinggi dan berat badan

Cara pemeriksaan :Ukur tinggi badan pasien dengan alat

3. PEMERIKSAAN IPPA

1. Inspeksi

Tujuannya melihat bagian tubuh dan menentukan apakah seseorang mengalami kondisi tubuh normal atau abnormal. Itu sebabnya pemeriksa perlu mengetahui karakteristik normal dan abnormal tiap usia. Kondisi tubuh abnormal pada orang dewasa muda adalah kulit keriput dan tidak elastis karena kondisi ini umumnya dimiliki orang lanjut usia.

melihat

Merupakan pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat (mengobservasi) secara langsung pada saat pasien saat pasien bergerak (dinamis) ataupun dalam keadaan diam (statis). Hal-hal yang didapatkan dari pemeriksaan ini adalah :

- a. Keadaan umum penderita : bagaimana kenampakan pasien secara umum (pucat, keringat dingin, gemetar, dan sebagainya). Perhatikan bagaimana kondisi wajah, tubuh dan anggota tubuh lainnya.
- b. Adanya deformitas : adanya kelainan bentuk tubuh pasien (misal adanya perubahan bentuk sendi, abnormalitas bentuk tulang, pergeseran otot, dan sebagainya)
- c. Berjalan / gait : bagaimana cara berjalan, adakah gangguan pola jalan, adakah fase gait yang hilang atau terlalu mendominasi.
- d. Oedema (pembengkakan)
- e. Atrofi otot (pengecilan otot)
- f. Perubahan warna kulit (kemerahan, kekuningan, kebiruan)
- g. Daerah yang lesi : bagian tubuh yang terjadi kelumpuhan

Inspeksi bisa dilakukan secara langsung (seperti penglihatan, pendengaran, dan penciuman) dan tidak langsung (dengan alat bantu). Saat palpasi dilakukan, tubuh akan diperiksa secara mendetail dan masing-masing sisi tubuh dibandingkan guna mendeteksi potensi kelainan. Ikuti instruksi dokter untuk memudahkan proses inspeksi.

2. Palpasi

Pemeriksaan fisik lanjutan dengan menyentuh tubuh dan dilakukan bersamaan dengan inspeksi. Palpasi dilakukan hanya mengandalkan telapak tangan, jari, dan ujung jari. Tujuannya untuk mengecek kelembutan, kekakuan, massa, suhu, posisi, ukuran, kecepatan, dan kualitas nadi perifer pada tubuh.

Saat palpasi dilakukan, posisi harus rileks dan nyaman untuk mencegah ketegangan otot. Dokter menjelaskan apa yang akan dilakukan, alasan, dan apa yang dirasakan. Kamu juga diminta menghela napas agar lebih rileks dan berhenti jika merasakan nyeri saat pemeriksaan berla

4. Perkusi

Bertujuan mengetahui bentuk, lokasi, dan struktur di bawah kulit. Perkusi bisa dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Perkusi secara langsung dilakukan dengan mengetukkan jari tangan langsung pada permukaan tubuh.

Sementara perkusi secara tidak langsung dilakukan dengan menempatkan jari tengah tangan non-dominan (biasanya tangan kiri) di permukaan tubuh yang akan diperkusi, kemudian jaringan tengah tangan dominan (biasanya tangan kanan) diketuk-ketuk di atas jari tengah tangan non-dominan untuk menghasilkan suara.

Terdapat lima jenis suara yang dihasilkan (pekak, redup, sonor, hipersonor, dan timpani) dan keseluruhannya menggambarkan kondisi organ tubuh bagian dalam.

- a. Normal : sonor
- b. Pneumothorak (akumulasi udara) : hypersonor → lebih nyaring seperti gendang
- c. atelektasis/konsolidasi : redup → alveolus berisi jaringan fibrous
- d. Efusi pleura : pekak → berisi cairan

4. Auskultasi : mendengarkan

Pada saat bernafas udara keluar masuk melalui saluran pernafasan, Auskultasi dada merupakan suatu proses untuk mendengarkan dan menginterpretasikan suara yg ditimbulkan dalam thorax dg menggunakan alat bantu "Stethoscope". Fungsinya Adalah Untuk Mendengarkan:

A. Suara nafas normal

- Bronchial/Tubular : pada trakea dan leher,
- Broncho Vesikuler: pada daerah percabangan bronchus trakea area sternum.
- Vesikuler : pada semua lapang paru

B. Suara Nafas Tambahan

a. Cracles : Adalah bunyi yang berlainan, non kontinu akibat penundaan pembukaan kembali jalan napas yang

menutup. Terdengar selama : inspirasi.

b. Wheezing : (Terdengar selama : inspirasi dan ekspirasi, secara klinis lebih jelas pada saat ekspirasi.). suara yang

terdengar kontinu, nadanya lebih tinggi dibandingkan suara napas lainnya, sifatnya musikal, disebabkan karena adanya penyempitan saluran napas kecil (bronkus perifer dan bronkiolus).

c. Ronchi : Adalah bunyi gaduh yang dalam. Terdengar selama : ekspirasi.

- Ronchi kering : suatu bunyi tambahan yang terdengar kontinyu terutama waktu ekspirasi disertai adanya mucus/secret pada bronkus. Ada yang high pitch (menciut) misalnya pada asma dan low pitch oleh karena secret yang meningkat pada bronkus yang besar yang dapat juga terdengar waktu inspirasi.

- Ronchi basah (krepitasi) : bunyi tambahan yang terdengar tidak kontinyu pada waktu inspirasi seperti bunyi ranting kering yang terbakar, disebabkan oleh secret di dalam alveoli atau bronkiolus. Ronki basah dapat halus, sedang, dan kasar. Ronki halus dan sedang dapat disebabkan cairan di alveoli misalnya pada pneumonia dan edema paru, sedangkan ronki kasar misalnya pada bronkiektatis.