

Nama : Muhammad Naufal Syarif Fuaddi

Nim : 2010301001

Kelas/semester : A/2

1. Sebutkan dan jelaskan masing-masing pemeriksaan subyektif!
2. Sebutkan dan jelaskan masing-masing pemeriksaan obyektif (vital sign)!
3. Sebut dan jelaskan masing-masing pemeriksaan IPPA!

Jawab:

- 1. Dalam pemeriksaan Subyektif**, terdapat beberapa komponen pemeriksaan yang harus ditanyakan kepada pasien. Proses tanya jawab ini disebut dengan ANAMNESIS, proses anamnesis 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, antaranya:

1. Bayi atau balita karena di usia masih bayi atau balita belum bisa ngomong sehingga yang akan ditanyain adalah orang tuanya atau orang yang mengetahui keadaan bayi atau balita tersebut.
2. Anak-anak (yang masih belum dapat memahami pertanyaan dengan baik)
3. Pasien dengan gangguan memori
4. Pasien dengan gangguan bicara
5. Pasien dengan gangguan jiwa
6. Pasien dengan keadaan khusus lainnya yang tidak memungkinkan terjadinya komunikasi dengan baik.

### **Pelaksanaan Anamnesis**

1. Identitas pasien

Tanyakan Kembali identitas pasien, jika sudah ada di rekam medis pasien, maka bisa dipastikan data sudah benar atau belum. No. rekam medis : diisi oleh fisioterapis

Nama :

Usia :

Alamat :

Jenis kelamin :

Agama :

Pekerjaan :

2. Gambaran letak gangguan pasien

Pada pemeriksaan, selalu tampilkan gambar letak gangguan pasien berada, sehingga memperjelas apa saja yang nanti harus dilakukan. Arsir bagian yang mengalami gangguan. Jika pada blangko pemeriksaan tidak ada gambarnya, maka kalian bisa menggambar sendiri.

3. Keluhan Utama  
Pemeriksaan ini meliputi apa saja yang dirasakan pasien Hal-hal yang perlu ditanyakan :
  1. lokasi keluhan (di mana tempat keluhan)
  2. Onset (kapan mulai merasakan keluhan)
  3. Faktor yang memperberat keluhan
  4. Faktor yang memperringan keluhan
  5. derajat berat keluhan (dibanding keluhan yang pernah dirasakan sebelumnya)
  6. sifat keluhan dalam 24 jam(dari pertama terasa apakah menjadi lebih berat/ringan dan bagaimana rasanya)
4. Riwayat Penyakit Sekarang  
Penjelasan tentang :
  - a. penyebab (mengapa bisa terjadi) keluhan,
  - b. bagaimana terjadinya,
  - c. kapan mulai terjadi keluhan,
  - d. pengobatan apa saja yang sudah dilakukan untuk menangani keluhan.
5. Riwayat Penyakit Dahulu  
Penjelasan apakah dahulu memiliki gejala gangguan yang serupa dengan gangguan yang sekarang sedang dialami, atau memiliki gejala penyakit lain yang berkaitan dengan keluhan yang sedang dialami sekarang.
6. Riwayat keluarga  
Adakah keluarga yang memiliki atau pernah mengalami gangguan serupa dengan keluhan yang sekarang sedang dialami.
7. Riwayat Sosial
  - a. Bagaimana Riwayat pekerjaan, dimana bekerja, bagaimana lingkungan pekerjaannya, bagaimana cara bekerjanya.
  - b. Bagaimana lingkungan sekitar rumahnya
  - c. Bagaimana aktivitas sosialnya

2. **Dalam pemeriksaan Obyektif**, Pada pemeriksaan ini, mulai dilaksanakan pemeriksaan dengan melakukan penilaian vital sign Pemeriksaan yang dilakukan dalam vital sign adalah :
  1. Tekanan darah (blood pressure → BP)
  2. Frekuensi denyut nadi (heart rate → HR)
  3. Frekuensi pernafasan (respiratory rate → RR)
  4. Suhu tubuh (celcius)
  5. Tinggi badan (height dalam cm )
  6. Berat badan (weight dalam kg)

#### **Pemeriksaan Obyektif**

1. Pemeriksaan tekanan darah (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
2. Pemeriksaan HR
1. Posisi pasien duduk atau telentang
  2. 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)
  3. Siapkan stopwatch, atur dalam waktu 1 menit.
  4. Hitung selama 1 menit
  5. Nilai normal yaitu 60-100 kali per menit.
3. Pemeriksaan RR
1. Posisikan pasien di posisi yang membuat fisioterapis mudah melihat pernafasan pasien.
  2. Siapkan stopwatch, atur dalam waktu 1 menit.
  3. Lihat pernafasan pasien dan hitung selama 1 menit. Perhatian : jangan sampai pasien mengetahui bahwa dia sedang diukur pernafasannya. Karena akan mengakibatkan pasien akan mengubah pola nafasnya karena rasa gugup, takut, atau tidak nyamannya.
  4. Nilai normal 16-22 kali per menit.
4. Pengukuran suhu tubuh
1. Posisikan pasien senyaman mungkin. Bisa duduk atau telentang.
  2. Siapkan thermometer dan pastikan dapat berfungsi dengan baik.
  3. Letakkan thermometer di tempat yang tepat. Tergantung jenis thermometernya.
  4. Normal suhu tubuh manusia adalah 36 - 37 Celcius.

5. Pengukuran Berat Badan  
Alat yang diperlukan : timbangan berat badan (tipe manual dan digital)

6. Pengukuran Tinggi Badan  
Alat yang diperlukan: meteran tinggi badan.

**3. Maing-masing pemeriksaan IPPA**

Pemeriksaan ini meliputi 4 hal yaitu :

1. Inspeksi : melihat
2. Palpasi : menyentuh
3. Perkusi : mengetuk
4. Auskultasi : mendengarkan

**1. Inspeksi**

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 (pengcilan otot)
- f. Perubahan warna kulit (kemerahan, kekuningan, kebiruan)
- g. Daerah yang lesi : bagian tubuh yang terjadi kelumpuhan.

**2. Palpasi**

Pemeriksaan yang dilakukan dengan jalan meraba ataupun dengan tekanan pada daerah sekitar yang mengalami masalah atau yang dikeluhkan pasien.

Hasil yang didapatkan :

- Suhu lokal,
- Spasme otot,
- Nyeri tekan,
- Tonus otot

**3. Perkusi**

Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara mengetuk dengan perantara jari pada area tubuh yang berongga. Area yang biasa dilakukan pemeriksaan perkusi pada fisioterapi adalah area dada untuk perkusi paru-paru dan jantung.

Untuk pelaksanaan dilakukan di intercostal, untuk mendapatkan hasil suara yang terpantul ke jaringan yang lebih dalam. Jika dilakukan perkusi pada tulang, maka kesan suara akan berbeda dengan hasil yang sesungguhnya. Suara :

1. Normal : sonor
2. Pneumothorak (akumulasi udara) : hypersonor → lebih nyaring seperti gendang
3. atelektasis/konsolidasi : redup → alveolus berisi jaringan fibrous
4. Efusi pleura : pekak → berisi cairan.

#### 4. Auskultasi

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:

- Suara Nafas Normal
- Suara Nafas Tambahan