

Nama : Lutfiani Sukmawati

NIM : 2010301060

**1. Sebutkan dan jelaskan masing-masing pemeriksaan subyektif !**

**Jawab:** Dalam pemeriksaan subyektif, terdapat beberapa komponen pemeriksaan yang harus ditanyakan kepada pasien. Proses tanya jawab ini disebut 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 :

1. Bayi dan balita
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 terjadi komunikasi dengan baik

**Pelaksanaan Anamnesis**

1. Sebelum melakukan proses tanya-jawab, pastikan fisioterapis memperkenalkan diri terlebih dahulu. Sebutkan nama dan siapa kalian.

Contoh :

Fisioterapis : assalammualaikum/selamat pagi ibu/bapak/mbak/mas, nama saya adalah (misalnya) "Deni", saya adalah fisioterapis yang akan memberikan pemeriksaan kepada ibu/bapak/mbak/mas.

Setelah memperkenalkan diri, baru dilanjutkan dengan anamnesisnya.

## **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 menggambarnya 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 memperingan 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. Sebut dan jelaskan masing-masing pemeriksaan obyektif (vital sign)!

Jawab: 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)

#### 3. Sebut dan jelaskan masing-masing pemeriksaan IPPA!

Jawab: 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 (pengecilan 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