



PANDUAN PEMERIKSAAN FISIK THORAX, ABDOMEN DAN MATA



dr. Dyah Ayu Eliza, Sp.M.
dr. Desy Puspa Putri, Sp.PD.
dr. Brigita Devi Anindita, Sp.P.
dr. Heru Prasetyono, Sp.M.

PANDUAN PEMERIKSAAN FISIK THORAX ABDOMEN DAN MATA

dr. Dyah Ayu Eliza, Sp.M
dr. Desy Puspa Putri, Sp.PD
dr. Brigita Devi Anindita, Sp.P
dr. Heru Prasetyono, Sp.M



Tahta Media Group

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PANDUAN PEMERIKSAAN FISIK THORAX ABDOMEN DAN MATA

Penulis:

dr. Dyah Ayu Eliza, Sp.M
dr. Desy Puspa Putri, Sp.PD
dr. Brigita Devi Anindita, Sp.P
dr. Heru Prasetyono, Sp.M

Desain Cover:

Tahta Media

Editor:

Tahta Media

Proofreader:

Tahta Media

Ukuran:

v, 60, Uk: 15,5 x 23 cm

QRCBN: 62-415-3145-842

Cetakan Pertama:

Mei 2026

Hak Cipta 2026, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2026 by Tahta Media Group

All Right Reserved

PENERBIT TAHTA MEDIA GROUP

Perumahan Mitra Utama Residence 3 Blok A no 1, Sawahan, Tempel,

Kec. Gatak, Kabupaten Sukoharjo, Jawa Tengah 57557

email: tahtaliterasimedia@gmail.com

website: <http://store.tahtamedia.co.id/>

Anggota IKAPI (216/JTE/2021)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan YME karena dengan waktu yang telah diberikan olehNya dapat memberikan kesempatan kepada kami dalam menyelesaikan buku tentang “**Panduan Pemeriksaan Fisik Thorax Abdomen dan Mata**”. Buku ini disusun dengan harapan dapat dijadikan sebagai pedoman dan mempermudah mahasiswa Fakultas kedokteran tahapan Pemeriksaan Fisik sesuai dengan Standard Kompetensi Dokter Indonesia tahun 2012.

Dalam kesempatan ini penyusun menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini yang tak dapat kami sebutkan satu persatu. Semoga buku ini bermanfaat bagi para semuanya apabila ada hal-hal yang kurang berkenan kami mohon maaf yang sebesar besarnya.

Surakarta, November 2025

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
BAB 1 PEMERIKSAAN FISIK THORAX DAN ABDOMEN.....	1
A. Pemeriksaan Thorax.....	1
B. Pemeriksaan Dada Anterior.....	3
C. Pemeriksaan Dada Posterior.....	13
D. Pemeriksaan Fisik.....	22
E. Pemeriksaan Mata.....	34
BAB 2 ANAMNESIS PASIEN DENGAN KELUHAN GANGGUAN PADA MATA.....	46
A. Prosedur Pelaksanaan Keterampilan Klinik.....	47
B. Lembar Evaluasi Keterampilan.....	50
BAB 3 KESIMPULAN.....	57
DAFTAR PUSTAKA.....	58
PROFIL PENULIS.....	59

BAB 1

PEMERIKSAAN FISIK THORAX DAN ABDOMEN

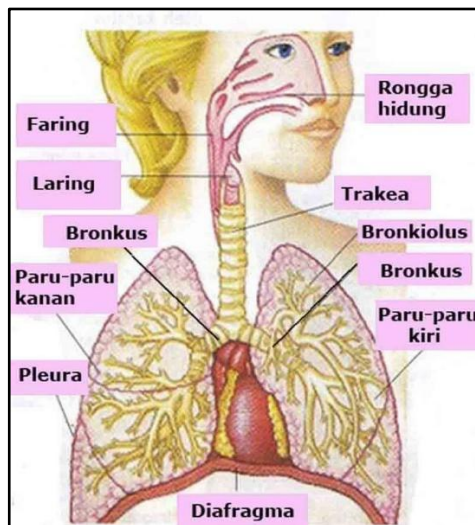
A. PEMERIKSAAN THORAX

1. Anatomi saluran pernafasan

Sistem pernapasan manusia terdiri dari organ-organ yang bekerja sama untuk memungkinkan pertukaran gas antara tubuh dan lingkungan. Berikut adalah anatomi sistem pernapasan (Hartmut Lang, 2023):

- a. Hidung berfungsi utama hidung adalah sebagai saluran udara masuk dan keluar. Di dalam hidung terdapat rambut-rambut halus dan lendir yang berperan menyaring, membersihkan, dan melembabkan udara sebelum mencapai saluran pernapasan yang lebih dalam.
- b. Faring merupakan saluran yang menghubungkan hidung dan mulut ke saluran pernapasan bawah. Di farings, terjadi pertemuan antara saluran udara dan saluran pencernaan.
- c. Laring terletak di bawah faring dan berisi struktur yang disebut pita suara. Ini merupakan saluran udara yang menghubungkan farings dengan trakea.
- d. Trakea adalah saluran udara besar yang terletak di depan tenggorokan dan menuju ke paru-paru. Trakea dibentuk oleh cincincincin tulang rawan yang memberikan dukungan dan mencegah penutupan saluran udara.

- e. Bronkus Trakea bercabang menjadi dua bronkus, satu menuju setiap paru-paru. Bronkus ini kemudian terbagi menjadi bronkiolus yang semakin kecil dan mencapai bagian paru-paru yang lebih dalam.
- f. Paru-paru terdiri dari dua organ yang terletak di dalam rongga dada. Di dalam paru-paru terdapat jaringan alveoli, yaitu kantong-kantong kecil yang berperan sebagai tempat pertukaran gas oksigen dan karbon dioksida antara udara dan darah.
- g. Alveoli adalah struktur kecil seperti kantong yang terdapat di ujung bronkiolus. Di sinilah terjadi pertukaran gas.
- h. Diafragma adalah otot-otot berbentuk kubah yang memisahkan rongga dada dari rongga perut. Otot ini berperan dalam proses pernapasan. Ketika diafragma berkontraksi, rongga dada membesar, menyebabkan udara masuk ke paru-paru (inhalasi). Saat diafragma rileks, rongga dada menyusut, memaksa udara keluar dari paru-paru (ekshalasi).



Gambar 1.1 Sistem Pernafasan

Dalam menegakkan diagnosis suatu penyakit pemeriksaan fisik yang benar sangatlah penting. Pemeriksaan fisik merupakan proses pemeriksaan tubuh pasien untuk menentukan ada atau tidaknya masalah fisik. Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk mendapatkan informasi yang valid tentang kesehatan pasien. Pemeriksa harus dapat mengidentifikasi, menganalisis dan menyusun informasi yang terkumpul menjadi suatu penilaian komprehensif. Pemeriksaan fisik meliputi:

- a. Inspeksi.
- b. Palpasi
- c. Perkusi
- d. Auskultasi

B. PEMERIKSAAN DADA ANTERIOR

1. Inspeksi

Inspeksi dada anterior juga dilakukan saat istirahat (statis) dan saat respirasi (dinamis).

Inspeksi dada anterior dalam keadaan istirahat/ statis Bentuk dada normal apabila didapatkan diameter lateral (samping) lebih besar daripada diameter anteroposterior (depan belakang).

Kelainan bentuk dinding dada dapat berupa :

- a. Pektus karinatus (*pigeon breast*)
- b. Pektus ekskavatus (*funnel breast*)
- c. *Barrel chest*

Inspeksi juga berguna untuk mencari iktus kordis (*punctum maximum*). Pada sebagian orang normal (20-25%) dapat dilihat pulsus gerakan apeks menyentuh dinding dada saat sistolik pada sela iga 5 di sebelah medial linea midklavikularis sinistra.

Inspeksi dada dalam keadaan dinamis/ saat respirasi Pada saat respirasi kita menilai :

- a. Asimetri gerakan dada/ keterlambatan gerak salah satu sisi dada.
- b. Retraksi dinding dada : di dada anterior, retraksi sering terjadi di supraklavikula dan suprasternal.
- c. Pada inspeksi dada saat respirasi, perlu juga dinilai frekuensi, irama, kedalaman dan usaha pasien untuk bernapas.
- d. Dinilai juga adanya pola respirasi abnormal, misalnya takhipnea, hiperpnea, orthopnea, Cheyne-Stokes, Kusmaull dan lain-lain.

2. Palpasi

Dengan pemeriksaan palpasi dada kita menilai :

- a. Adanya kelainan/ lesi pada kulit, massa, nyeri tekan lokal dan kemungkinan adanya fraktur.
- b. Letak iktus kordis

Dengan palpasi kita mencari iktus kordis (bila tidak terlihat pada inspeksi) dan mengkonfirmasi karakteristik iktus kordis. Palpasi dilakukan dengan cara : meletakkan permukaan palmar telapak tangan atau bagian 1/3 distal jari II, III dan IV atau dengan meletakkan sisi medial tangan, terutama pada palpasi untuk meraba thrill. Identifikasi BJ1 dan BJ2 pada iktus kordis dilakukan dengan memberikan tekanan ringan pada iktus.

Bila iktus tidak teraba pada posisi terlentang, mintalah pasien untuk berbaring sedikit miring ke kiri (posisi *left lateral decubitus*) dan kembali lakukan palpasi. Jika iktus tetap belum teraba, mintalah pasien untuk inspirasi dan ekspirasi maksimal kemudian menahan nafas sebentar.

Pada saat memeriksa pasien wanita, mammae akan menghalangi pemeriksaan palpasi.

Sisihkan mammae ke arah atas atau lateral, mintalah bantuan tangan pasien bila perlu. Setelah iktus ditemukan, karakteristik

iktus dinilai dengan menggunakan ujung-ujung jari dan kemudian dengan 1 ujung jari.



Gambar1.2. Palpasi untuk Menilai Karakteristik Iktus Kordis

Pada beberapa keadaan fisiologis tertentu, iktus dapat tidak teraba, misalnya pada obesitas, otot dinding dada tebal, diameter anteroposterior kavum thorax lebar atau bila iktus tersembunyi di belakang kosta. Pada keadaan normal hanya impuls dari apeks yang dapat diraba. Pada keadaan hiperaktif denyutan apeks lebih mencolok. Apeks dan ventrikel kiri biasanya bergeser ke lateral karena adanya pembesaran jantung atau dorongan dari paru (misalnya pada pneumotorak sinistra). Pada kondisi patologis tertentu, impuls yang paling nyata bukan berasal dari apeks, seperti misalnya pada hipertrofi ventrikel kanan, dilatasi arteri pulmonalis dan aneurisma aorta.

Setelah iktus teraba, lakukan penilaian lokasi, diameter, amplitudo dan durasi impuls apeks pada iktus.

- a. Lokasi : dinilai aspek vertikal (biasanya pada sela iga 5 atau 4) dan aspek horisontal (berapa cm dari linea midsternalis atau midklavikularis). Iktus bisa bergeser ke atas atau ke kiri pada kehamilan atau diafragma kiri letak tinggi. Iktus bergeser ke lateral pada gagal jantung kongestif, kardiomiopati dan penyakit jantung iskemi.

- b. Diameter : pada posisi supinasi, diameter impuls apeks kurang dari 2.5 cm dan tidak melebihi 1 sela iga, sedikit lebih lebar pada posisi *left lateral decubitus*. Pelebaran iktus menunjukkan adanya pelebaran ventrikel kiri.
- c. Amplitudo : amplitudo iktus normal pada palpasi terasa lembut dan cepat. Peningkatan amplitudo terjadi pada dewasa muda, terutama saat tereksitasi atau setelah aktifitas fisik berat, tapi durasi impuls tidak memanjang. Peningkatan amplitudo impuls terjadi pada hipertiroidisme, anemia berat, peningkatan tekanan ventrikel kiri (misal pada stenosis aorta) atau peningkatan volume ventrikel kiri (misal pada regurgitasi mitral). Impuls hipokinetik terjadi pada kardiomiopati.
- d. Durasi : untuk menilai durasi impuls, amati gerakan stetoskop saat melakukan auskultasi pada apeks atau mendengarkan bunyi jantung dengan stetoskop sambil memalpasi impuls apeks. Normalnya durasi impuls apeks adalah 2/3 durasi sistole atau sedikit kurang, tapi tidak berlanjut sampai terdengar BJ2.

Dengan palpasi dapat ditemukan adanya gerakan jantung yang menyentuh dinding dada, terutama jika terdapat peningkatan aktifitas ventrikel, pembesaran ventrikel atau ketidakteraturan kontraksi ventrikel. Jika pada posisi berbaring terlentang iktus kordis tidak teraba maka dapat dilakukan dengan posisi pasien berbaring miring ke kiri (*left lateral decubitus*) atau duduk membungkuk ke depan.

- a. Pengembangan dinding dada anterior. Caranya :
 - 1) Letakkan ibu jari di sekitar tepi kosta, jari-jari yang lain berada di sebelah lateral rongga dada. Setelah itu, geserkan sedikit ke arah medial untuk mengangkat

lipatan kulit yang longgar di antara kedua ibu jari. Mintalah pasien untuk bernapas dalam.

- 2) Amati, sejauh mana ibu jari anda menyimpang mengikuti ekspansi toraks dan rasakan pergerakan dan kesimetrisan dari pergerakan selama respirasi.

b. Penilaian fremitus taktil

Cara pemeriksaan adalah sebagai berikut :

- 1) Untuk membandingkan fremitus kedua sisi dada, pergunakan telapak tangan di bagian basal jari-jari atau permukaan ulnar dari telapak tangan.
- 2) Bandingkan fremitus taktil di lapangan paru kanan dan kiri di sebelah anterior dada pada beberapa lokasi.
- 3) Identifikasi lokasi di mana fremitus meningkat, menurun atau menghilang.



Gambar1.3. Pemeriksaan Fremitus Taktil Dada Anterior

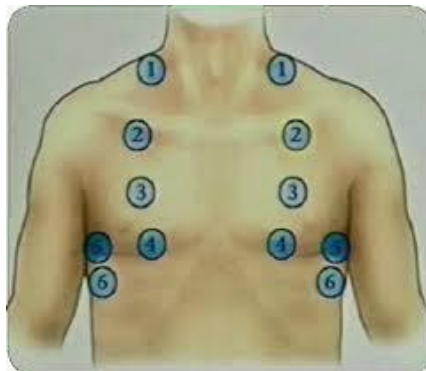
Fremitus umumnya menurun atau menghilang di atas prekordium dan di bawah diafragma. Apabila pemeriksaan ini dilakukan pada perempuan, geser payudara dengan perlahan apabila diperlukan.

3. Perkusi

a. Perkusi paru

- 1) Lakukan perkusi secara beraturan pada dada anterior dan lateral, dan bandingkan antara kanan dan kiri
- 2) Identifikasi lokasi atau area yang perkusinya abnormal. Jika jaringan paru atau kavum pleura normal digantikan oleh massa padat atau terisi cairan, suara sonor akan berubah menjadi redup. Karena cairan selalu berada di tempat terbawah dari kavum pleura (di posterior bila pasien berbaring), maka hanya efusi masif yang terdeteksi pada perkusi dada anterior.

Pada perkusi dinding dada anterior, kita juga menilai batas paru – jantung dan batas paru – hepar.



Gambar 1.4. Perkusi Dada

Penilaian batas paru – hepar :

Perkusi pada linea midklavikula kanan sampai ke bawah dan identifikasi batas atas keredupan hepar. Metode ini akan dipergunakan pada waktu pemeriksaan fisik abdomen untuk memperkirakan ukuran hepar. Perkusi pada paru kiri bagian bawah berubah menjadi timpani karena udara dalam lambung.

Penilaian batas paru – jantung :

Secara normal, area jantung menimbulkan bunyi redup di sisi kiri sternum mulai dari sela iga 3 sampai sela iga 5. Perkusi paru kiri dilakukan di sebelah lateral dari area tersebut.

b. Penilaian batas jantung

Perkusi berguna untuk menetapkan batas jantung, terutama pada pembesaran jantung. Perkusi batas kiri redam jantung (LBCD - *left border of cardiac dullness*) dilakukan dari lateral ke medial dimulai dari sela iga 5, 4 dan 3. LBCD terdapat kurang lebih 1-2 cm di sebelah medial linea midklavikularis kiri dan bergeser 1 cm ke medial pada sela iga 4 dan 3. Batas kanan redam jantung (RBCD - *right border of cardiac dullness*) dilakukan dengan perkusi bagian lateral kanan dari sternum. Pada keadaan normal RBCD akan berada di medial batas dalam sternum. Kepekakan RBCD diluar batas kanan sternum mencerminkan adanya bagian jantung yang membesar atau bergeser ke kanan. Penentuan adanya pembesaran jantung harus ditentukan dari RBCD maupun LBCD. Kepekakan di daerah dibawah sternum (*retrosternal dullness*) biasanya mempunyai lebar kurang lebih 6 cm pada orang dewasa. Jika lebih lebar, harus dipikirkan kemungkinan adanya massa retrosternal. Pada wanita, kesulitan akan terjadi dengan mammae yang besar, dalam hal ini perkusi dilakukan setelah menyingkirkan kelenjar mammae dari area perkusi dengan bantuan tangan pasien.

4. Auskultasi

a. Pemeriksaan suara napas

Auskultasi dada anterior dilakukan dengan menggunakan stetoskop. Pasien diminta untuk bernapas dalam. Auskultasi dilakukan dengan pola seperti perkusi

dada anterior supaya dapat membandingkan area secara simetris. Dengarkan minimal satu siklus inspirasi dan ekspirasi di satu titik auskultasi. Dengarkan intensitas, nada dan durasinya selama inspirasi dan ekspirasi; perhatikan apakah suara napas terdistribusi di seluruh lapang paru ataukah terdengar di lokasi yang jauh dari lokasi normalnya.

1) Mendengarkan suara napas.

Suara napas akan terdengar lebih keras pada lapangan paru atas anterior. Suara bronkovesikular mungkin dapat terdengar di atas saluran napas besar khususnya pada sisi kanan.

2) Identifikasi suara napas tambahan.

Perhatikan intensitas, nada, durasi dan lokasinya, serta bagaimana hubungannya dengan siklus napas. Perhatikan apakah suara tambahan itu hilang apabila pasien menarik napas dalam, batuk atau berubah posisi.

b. Pemeriksaan bunyi jantung

Auskultasi memberikan kesempatan mendengarkan perubahan-perubahan dinamis akibat aktivitas jantung. Auskultasi jantung berguna untuk menemukan bunyi-bunyi yang diakibatkan oleh adanya kelainan struktur jantung dan perubahan-perubahan aliran darah yang ditimbulkan selama siklus jantung. Untuk dapat mengenal dan menginterpretasikan bunyi jantung dengan tepat, mahasiswa perlu mempunyai dasar pengetahuan tentang siklus jantung.

Bunyi jantung diakibatkan karena getaran dengan masa amat pendek. Bunyi yang timbul akibat aktifitas jantung dapat dibagi dalam :

- 1) BJ1 : disebabkan karena getaran menutupnya katup atrioventrikuler terutama katup mitral, getaran karena kontraksi otot miokard serta aliran cepat saat katup semilunier mulai ter-buka. Pada keadaan normal terdengar tunggal.
- 2) BJ2 : disebabkan karena getaran menutupnya katup semilunaris aorta maupun pulmonalis. Pada keadaan normal terdengar pemisahan (*splitting*) dari kedua komponen yang bervariasi dengan pernafasan pada anak-anak atau orang muda.
- 3) BJ3 : disebabkan karena getaran cepat dari aliran darah saat pengisian cepat (*rapid filling phase*) dari ventrikel. Hanya terdengar pada anak-anak atau orang dewasa muda (fisiologis) atau keadaan dimana komplians otot ventrikel menurun (hipertrofi/ dilatasi).
- 4) BJ4 : disebabkan kontraksi atrium yang mengalirkan darah ke ventrikel yang kompliansnya menurun. Jika atrium tak berkontraksi dengan efisien misalnya fibrilasi atrium maka bunyi jantung 4 tak terdengar.

Bunyi jantung sering dinamakan berdasarkan daerah katup dimana bunyi tersebut didengar. M1 berarti bunyi jantung satu di daerah mitral, P2 berarti bunyi jantung kedua di daerah pulmonal. Bunyi jantung 1 normal akan terdengar jelas di daerah apeks, sedang bunyi jantung 2 dikatakan mengeras jika intensitasnya terdengar sama keras dengan bunyi jantung 1 di daerah apeks. Auskultasi dimulai dengan meletakkan stetoskop pada sela iga II kanan di dekat sternum, sepanjang tepi kiri sternum dari sela iga II sampai V dan di apeks. Bagian diafragma stetoskop dipergunakan untuk auskultasi bunyi jantung dengan nada tinggi seperti

BJ1 dan BJ2, bising dari regurgitasi aorta dan mitral serta bising gesek perikardium. Bagian mangkuk stetoskop (*bell*) yang diletakkan dengan tekanan ringan lebih sensitif untuk suara-suara dengan nada rendah seperti BJ3 dan BJ4 serta bising pada stenosis mitral. Letakkan bagian mangkuk stetoskop pada apeks lalu berpindah ke medial sepanjang tepi sternum ke arah atas.

Cara askultasi :

- a. Lakukan auskultasi di seluruh prekordium dengan posisi pasien terlentang.
- b. Pasien berbaring miring ke kiri (*left lateral decubitus*) sehingga ventrikel kiri lebih dekat ke permukaan dinding dada.
 - Tempatkan bagian mangkuk dari stetoskop di daerah impuls apeks (iktus).
 - Posisi ini membuat bising-bising area katub mitral (misalnya pada stenosis mitral) dan bunyi jantung akibat kelainan bagian kiri jantung (misalnya BJ3 dan BJ4) lebih jelas terdengar.
- c. Pasien diminta untuk duduk dengan sedikit membungkuk ke depan.
 - Mintalah pasien untuk melakukan inspirasi dan ekspirasi maksimal kemudian sejenak menahan nafas.
 - Bagian diafragma dari stetoskop diletakkan pada permukaan auskultasi dengan tekanan ringan.
 - Lakukan auskultasi di sepanjang tepi sternum sisi kiri dan di apeks, dengan secara periodik memberi kesempatan pasien untuk mengambil nafas.

- Posisi ini membuat bising-bising yang berasal dari daerah aorta lebih jelas terdengar.

C. PEMERIKSAAN DADA POSTERIOR

1. Inspeksi

Inspeksi dada posterior dilakukan saat istirahat (statis) dan saat respirasi (dinamis).

Inspeksi dada dilakukan untuk mencari :

- a. Adanya deformitas/ asimetri bentuk dada. Adanya retraksi sela iga waktu inspirasi.
- b. Adanya ketinggalan gerak/ gangguan pergerakan napas pada satu atau kedua sisi dada.

Inspeksi dada dalam keadaan statis/ saat istirahat

Saat istirahat kita perhatikan bentuk dada. Deformitas tulang belakang seperti kifosis dan skoliosis atau adanya gibus dapat mengakibatkan perubahan bentuk dada. Adanya asimetri bentuk rongga dada dapat menyebabkan timbulnya hipertensi pulmonal dalam jangka panjang. Asimetri dada dapat diakibatkan oleh penyebab yang sama dengan penyebab kelainan jantung (misalnya prolaps katup mitral, gangguan katup aorta pada sindroma Marfan dan sebagainya) atau menjadi akibat dari adanya kelainan jantung akibat aktifitas jantung yang mencolok semasa pertumbuhan.

Contoh kelainan dada akibat penyakit kardiovaskuler misalnya Kifosis (tulang belakang berdeviasi pada kurvatura lateral). Kondisi ini sering terjadi pada kelainan jantung, misalnya ASD (*Atrial Septal Defect*) atau PDA (*Patent Ductus Arteriosus*). Sering disertai dengan perubahan membusur ke belakang (kifoskoliosis), yang mempersempit rongga paru dan merubah

Adanya keterlambatan pengembangan satu sisi dinding dada didapatkan pada fibrosis paru atau pleura, efusi pleura, pneumonia lobaris dan obstruksi bronkus unilateral.

c. Penilaian fremitus taktil

Fremitus taktil adalah getaran yang dihantarkan melalui *bronchopulmonary tree* ke dinding dada saat pasien berbicara, yang terasa pada palpasi. Cara pemeriksaan adalah sebagai berikut :

- 1) Untuk membandingkan fremitus kedua sisi dada, pergunakan telapak tangan di bagian basal jari-jari atau permukaan ulnar dari telapak tangan.
- 2) Mintalah pasien mengulang-ulang kata : "*sembilan puluh sembilan*" atau "*dua puluh dua*". Jika belum jelas, mintalah pasien untuk bersuara lebih keras atau lebih dalam.
- 3) Bandingkan fremitus taktil di lapangan paru kanan dan kiri di sebelah posterior dada pada beberapa lokasi.
- 4) Identifikasi lokasi di mana fremitus meningkat, menurun atau menghilang.

Fremitus lebih jelas di daerah interskapula dibandingkan di lapangan paru bagian bawah. Paru kanan lebih jelas dibandingkan paru kiri. Fremitus umumnya menurun atau menghilang di atas prekordium dan di bawah diafragma. Apabila pemeriksaan ini dilakukan pada perempuan, geser payudara dengan perlahan apabila diperlukan.

Fremitus akan meninggi pada konsolidasi paru seperti pneumonia. Sedangkan pada efusi pleura, tumor mediastinum, penyakit paru obstruktif kronis, obstruksi bronkus, fibrosis pleura, pneumotoraks, tumor paru dan dinding dada yang sangat tebal, fremitus akan menurun karena adanya gangguan

BAB 2

ANAMNESIS PASIEN DENGAN KELUHAN GANGGUAN PADA MATA

Anamnesis dilakukan dengan metode tanya jawab terkait keluhan pasien dan perjalanan penyakitnya, data-data pasien yang diperlukan :

1. Data umum : nama, jenis kelamin, umur, alamat, pekerjaan.
2. Keluhan utama : pasien dengan gangguan pada mata biasanya datang dengan keluhan seperti :
 - ✓ Mata lelah saat melihat jauh atau dekat
 - ✓ Pandangan kabur
 - ✓ Lapang pandang menyempit
 - ✓ Diplopia/ pandangan ganda

Data yang harus digali dari keluhan utama :

1. Pada pasien dengan keluhan gangguan visus penglihatan ditanyakan apakah gangguan terjadi saat melihat jauh atau dekat, onset mendadak atau gradual, adakah riwayat pemakaian kaca mata, adakah riwayat trauma
2. Pada pasien dengan keluhan lapang pandang ditanyakan onsetnya, satu atau dua mata, di seluruh lapang pandang atau hanya Sebagian, jika defek lapang pandang hanya sebagian, apakah letaknya sentral, perifer atau hanya pada satu mata,

adakah riwayat penyakit mata lain, apakah kalau jalan sering tersandung, apakah disertai keluhan yang lain (pusing, sakit kepala)

3. Pada pasien dengan keluhan otot ekstra okuler seperti pandangan dobel/ganda (diplopia) ditanyakan onsetnya, diplopia terjadi saat melirik ke arah mana, adakah riwayat trauma mata.

A. PROSEDUR PELAKSANAAN KETERAMPILAN KLINIK

1. Pemeriksaan Tajam Penglihatan (Visus)

- a. Alat dan bahan
 - 1) Trial lens
 - 2) Trial frame
 - 3) Kartu Snellen
 - 4) Buku Ishihara



Gambar 2.1. Trial lens dan trial frame 1

- b. Tahap Persiapan - Dipersiapkan ruangan dengan panjang 5 m atau 6 m, penerangan yang cukup
- c. Tahap Pelaksanaan

DAFTAR PUSTAKA

- Harper, Richard A. 2010. Basic Ophthalmology. American Academy of Ophthalmology. The Eye MD Association.
- Jack J., 2011. Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach by Kanski, 7th edition. Rockwood and Green's Fractures in Adults by Bucholz, Robert W.
- Perdami, 2010. Ilmu Penyakit Mata untuk Dokter Umum dan Mahasiswa Kedokteran. Edisi 2. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Sitorus, Rita S et al (Ed.). 2017. Buku Ajar Oftalmologi edisi pertama. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Suhardjo, Hartono, 2007. Ilmu Kesehatan Mata. Bagian ilmu penyakit mata Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah mada.

PROFIL PENULIS

dr. Brigitta Devi Anindita Hapsari, Sp.P(K) Beliau merupakan seorang Dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret (UNS) sekaligus Dokter Spesialis Paru yang bertugas di Rumah Sakit UNS. dr. Brigitta memiliki keahlian sebagai konsultan di bidang Pulmonologi Intervensi dan Kegawatdaruratan Napas. Riwayat pendidikan beliau seluruhnya ditempuh di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret, mulai dari pendidikan Sarjana Kedokteran (lulus 2010), Profesi Dokter (lulus 2012), hingga pendidikan spesialis Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi (lulus 2021). Saat ini, beliau aktif dalam kegiatan akademik dan pelayanan kesehatan, dengan fokus pada bidang kedokteran respirasi.

dr. Desy Puspa Putri, Sp.PD. adalah dosen di Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret (UNS) dan sehari-hari menjalankan praktik sebagai dokter spesialis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret. dr. Desy menyelesaikan pendidikan Sarjana Kedokteran pada tahun 2012 dan Profesi Dokter pada tahun 2014 di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada (UGM). Beliau kemudian melanjutkan pendidikan spesialis dan berhasil menyelesaikan pendidikan Dokter Spesialis Penyakit Dalam di Fakultas Kedokteran UNS pada tahun 2021.

dr. Dyah Ayu Eliza, Sp.M merupakan seorang Dokter Spesialis Mata yang saat ini berpraktik dan memberikan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (RS UNS), Sukoharjo. dr. Dyah menempuh pendidikan kedokterannya di Universitas Diponegoro, di mana beliau meraih gelar Dokter Umum pada tahun 2013. Beliau kemudian menyelesaikan pendidikan sebagai Spesialis Mata di Universitas Diponegoro pada tahun 2020. Saat ini, beliau juga tercatat aktif sebagai anggota dalam organisasi profesi Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Perhimpunan Dokter Spesialis Mata Indonesia (PERDAMI).

Dr. dr. Heru Prasetyono, Sp.M. adalah seorang Dokter Spesialis Mata yang saat ini berpraktik dan memberikan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (RS UNS), Sukoharjo. Beliau menempuh Pendidikan Dokter Umum (lulus tahun 2010), dilanjutkan dengan pendidikan Dokter Spesialis Mata (lulus tahun 2016). Sebagai bentuk dedikasi di bidang akademik dan keilmuan, beliau telah menyelesaikan pendidikan tingkat doktoral dan meraih gelar Doktor Ilmu Kedokteran pada tahun 2026. Di luar aktivitas klinis dan akademiknya, beliau juga tercatat aktif sebagai anggota organisasi profesi Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Perhimpunan Dokter Spesialis Mata Indonesia (PERDAMI).

PANDUAN PEMERIKSAAN FISIK THORAX, ABDOMEN DAN MATA

Buku referensi komprehensif yang dirancang secara khusus untuk memandu mahasiswa Fakultas Kedokteran dalam menguasai keterampilan klinis dasar. Disusun agar sejalan dengan Standard Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) tahun 2012, buku ini membedah secara sistematis dan terstruktur mengenai anatomi serta teknik pemeriksaan fisik pada bagian thorax, abdomen, dan mata.

Melalui buku ini, pembaca akan dipandu tahapan demi tahapan dalam melakukan proses inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk mengevaluasi temuan anatomi secara objektif. Sebagai salah satu langkah awal yang krusial bagi seorang dokter dalam menentukan diagnosis suatu penyakit, panduan ini diharapkan dapat mempermudah mahasiswa dan praktisi medis dalam meningkatkan keterampilan klinis mereka secara tepat dan terarah.



IKAPI
IKATAN DOKTER ANAK INDONESIA

CV. Tahta Media Group
Surakarta, Jawa Tengah
Web : www.tahtamedia.com
Ig : tahtamedigroup
Telp/WA : +62 896-5427-3996



QR Code : 62-416-3165-640