

BUKU BAHAN AJAR KETERAMPILAN KLINIS

SEMESTER 5
TAHUN AJARAN 2024/2025



PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN

Kontributor Buku Panduan :

dr. Leonny Dwi Rizkita, M. Biomed
dr. Imam Masduki, Sp. M., M.Sc
dr. Adnan Abdullah, Sp. THT-KL., M.Kes
dr. Ayu Wikan Sayekti, M.Sc, Sp.DV
dr. Widea Rossi Desvita, Sp.KJ
dr. Windy Aristiani, MMR., Sp.KJ
dr. Bayu Praditya Indarto

Editor Buku Panduan :

dr. Leonny Dwi Rizkita, M. Biomed
Nurul Alifah, Amd. Kep

Tim Keterampilan Klinis :

dr. Muhammad Agita Hutomo, M.M.R.
dr. Leonny Dwi Rizkita, M. Biomed
dr. Bayu Praditya Indarto
dr. Afifah Khoiru Nisa, M. Biomed
dr. Fitria Puspita Dewi, M.M.R. Sp. PA
dr. Rizka Ariani, M.Biomed
dr. Andika Ilham Rahmatullah, Sp. B
dr. Rona Hafida Heriyanto Putri
dr. Adi Indra Wijaya, MMR., Sp. An-Ti

Laboran Keterampilan Klinis :

Nurul Alifah, Amd. Kep
Farikhah Nur Laila, A.Md. Keb., S.KM.
Herlina Nindi, S.ST.
Suvia Gustin, S.ST.

IDENTITAS

Nama :

No. Mahasiswa :

Alamat :

Angkatan :

Yogyakarta, September 2024
Tanda Tangan Mahasiswa

VISI DAN MISI UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN

I. VISI UAD

Visi UAD ialah menjadi perguruan tinggi yang unggul dan inovatif, mengabdikan kepada kepentingan bangsa dan umat manusia yang dijiwai nilai-nilai Islam.

II. MISI UAD

UAD memiliki misi untuk:

- a. mengimplementasikan nilai-nilai AIK pada semua aspek kegiatan;
- b. memajukan ilmu pengetahuan, teknologi dan seni melalui pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat;
- c. membangun dan mengembangkan kerja sama dan kolaborasi yang setara di tingkat lokal, nasional, dan internasional; dan
- d. menyelenggarakan tata kelola perguruan tinggi yang baik.

VISI DAN MISI FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN

I. VISI FAKULTAS KEDOKTERAN UAD

Menjadi Fakultas Kedokteran yang inovatif dan unggul dalam pendidikan, penelitian, dan pengabdian di bidang kesehatan dan kebencanaan yang dijiwai nilai-nilai Islam untuk kemajuan bangsa pada tahun 2035

II. MISI FAKULTAS KEDOKTERAN UAD

- a. Menyelenggarakan pendidikan bidang kesehatan dengan dijiwai oleh nilai-nilai Islam
- b. Menyelenggarakan penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang kesehatan untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat
- c. Menjalin kemitraan dengan para pemangku kepentingan baik dalam maupun luar negeri dalam upaya pelaksanaan tridharma

VISI DAN MISI PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN

I. VISI PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UAD

Menjadi program studi kedokteran yang menyelenggarakan pendidikan, penelitian, dan pengabdian dengan keunggulan bidang kebencanaan yang dijiwai nilai-nilai Islam untuk kemajuan bangsa pada tahun 2035

II. MISI PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UAD

- a. Menyelenggarakan pendidikan bidang kedokteran yang dijiwai oleh nilai-nilai Islam dengan keunggulan kebencanaan
- b. Menyelenggarakan penelitian bidang kedokteran dan kebencanaan
- c. Menyelenggarakan pengabdian masyarakat dalam upaya implementasi hasil penelitian

KATA PENGANTAR

Assalaamu'alaikum wr wb

Segala puji dan syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas tersusunnya buku panduan Keterampilan Klinis Dasar. Buku panduan ini berisi penjelasan umum tentang panduan kegiatan, checklist dan materi bagi mahasiswa untuk memahami kegiatan pembelajaran Keterampilan Klinis 5. Saran dan masukan yang positif sangat kami harapkan untuk perbaikan buku panduan ini.

Terima kasih.

Wassalaamu'alaikum wr wb

Yogyakarta

Tim Keterampilan Klinis Dasar

Program Studi Kedokteran

Fakultas Kedokteran

UAD

September, 2024

DAFTAR ISI

IDENTITAS.....	3
VISI DAN MISI	4
I. VISI UAD.....	4
II. MISI UAD	4
I. VISI FAKULTAS KEDOKTERAN UAD	4
II. MISI FAKULTAS KEDOKTERAN UAD.....	4
I. VISI PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UAD	5
II. MISI PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UAD.....	5
KATA PENGANTAR.....	6
DAFTAR ISI	7
DESKRIPSI MATA KULIAH.....	8
TATA TERTIB KEGIATAN KETERAMPILAN KLINIS.....	11
KETENTUAN INHAL KETERAMPILAN KLINIS.....	14
KETENTUAN KHUSUS MENGULANG MATA KULIAH KETERAMPILAN KLINIS	15
METODE PENILAIAN	17
FORMAT PENILAIAN KETERAMPILAN KLINIS (S1)	19
MATERI PEMBELAJARAN.....	20
PEMERIKSAAN REFRAKSI DAN KOREKSI KACAMATA	21
PEMERIKSAAN MATA SEGMENT POSTERIOR	32
DAN POSISI BOLA MATA	32
PEMERIKSAAN RHINOSKOPI POSTERIOR, LARINGOSKOPI INDIREK, TEKNIK MENGHENTIKAN EPISTAKSIS (PEMASANGAN TAMPON)	48
TEKNIK PENGAMBILAN BENDA ASING (<i>CORPUS ALIENUM</i>)	62
PEMERIKSAAN DERMATOLOGI UJUD KELAINAN KULIT (UKK).....	82
PEMERIKSAAN PADA MORBUS HANSEN (KUSTA).....	99
ANAMNESIS PSIKIATRI.....	122
PEMERIKSAAN STATUS MENTAL	141
PSIKOTERAPI SUPORTIF : KONSELING.....	169

DESKRIPSI MATA KULIAH

Keterampilan klinis merupakan suatu kegiatan pembelajaran wajib bagi mahasiswa kedokteran yang mengajarkan rangkaian *skill* atau keterampilan medis. Cakupan materi keterampilan klinis disesuaikan berdasarkan SKDI 2012 karena menjadi batasan kompetensi lulusan di tingkat dokter umum.

Pada mata kuliah keterampilan klinis terdapat beberapa proses kegiatan antara lain pembelajaran yang dilaksanakan setiap minggu dan proses *assessment* kegiatan dalam bentuk OSCE tengah semester (mini OSCE) dan OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*) akhir semester.

Berikut merupakan sebaran materi keterampilan klinis 5 dan besaran *Level of Competency (LoC)*

No.	Materi Keterampilan Klinis 5	LoC (1-4)
1	Penilaian refraksi, subjektif	4
	Pereseapan kacamata baca pada penderita dengan visus jauh normal atau bisa dikoreksi menjadi 6/6	4
	Pereseapan kacamata pada kelainan refraksi ringan (sampai 5D tanpa silendris) untuk mencapai visus 6/6	3
2	Pemeriksaan funduskopi	4
3	Pemeriksaan posisi bola mata :	
	Penilaian posisi dengan <i>corneal reflex images (Hirschberg test)</i> Penilaian posisi dengan <i>cover uncover test</i>	4 4
4	Rhinoskopi posterior	3
5	Laringoskopi, indirek	4
6	Menghentikan perdarahan hidung anterior	4
	Pemasangan tampon posterior	3
	Ekstraksi benda asing :	
	Eversi kelopak atas dengan kapas lidi (<i>swab</i>) untuk membersihkan benda asing non trauma	4
	Membersihkan benda asing dan debris di konjungtiva	4
	Membersihkan benda asing dan debris di kornea tanpa komplikasi	3
	Pengambilan benda asing dari hidung	3B
Pengambilan benda asing di telinga	3B	
7	Pemeriksaan ujud kelainan kulit :	
	Inspeksi kulit dengan kaca pembesar	4

	Deskripsi lesi kulit dengan perubahan primer dan sekunder, seperti ukuran, distribusi, penyebaran dan konfigurasi	4
8	Pemeriksaan khusus pada morbus Hansen : Palpasi kulit (termasuk rangsang sensoris) Pemeriksaan dan interpretasi hasil pemeriksaan sensibilitas syaraf tepi Pemeriksaan motorik dan sensorik, pada kasus MH	4 4 4
9	Anamnesis psikiatri : Autoanamnesis Alloanamnesis dengan anggota keluarga/orang lain yang bermakna Memperoleh data mengenai keluhan /masalah utama Menelusuri riwayat perjalanan penyakit sekarang/ dahulu Memperoleh data bermakna mengenai riwayat perkembangan, pendidikan, pekerjaan, perkawinan, kehidupan keluarga	4 4 4 4 4
10	Pemeriksaan status mental : Penilaian deskripsi status mental Penilaian kesadaran Penilaian persepsi Penilaian orientasi Penilaian intelegensi secara klinis Penilaian bentuk dan isi pikir Penilaian mood dan afek Penilaian motorik Penilaian pengendalian impuls Penilaian kemampuan menilai realitas (<i>judgement</i>) Penilaian kemampuan tilikan (<i>insight</i>) Penilaian kemampuan fungsional (<i>General Assessment of Functioning</i>)	4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4
11	Psikoterapi suportif	3
12	Clinical Reasoning : Menyelenggarakan komunikasi lisan maupun tulisan Menegakkan diagnosis kerja berdasarkan kriteria diagnosis multiaksial Identifikasi masalah di bidang fisik, psikologis, sosial Mempertimbangkan prognosis Edukasi, nasihat dan melatih individu dan kelompok mengenai kesehatan Menyusun rencana manajemen kesehatan Konsultasi terapi	4 4 4 4 4 4 4

	Menulis rekam medik dan membuat pelaporan	4
	Keterampilan menyampaikan nasehat tentang rekomendasi aktivitas fisik	4
	Mampu menentukan indikasi rujuk	4

TATA TERTIB KEGIATAN KETERAMPILAN KLINIS

Proses pembelajaran berupa keterampilan melakukan tindakan klinis berupa anamnesis, pemeriksaan fisik, dan prosedur-prosedur klinis yang wajib diikuti oleh mahasiswa. Kegiatan ini dibimbing oleh instruktur 2 kali seminggu, 10 mahasiswa per kelompok dengan durasi 100 menit. Mahasiswa dapat melakukan sendiri kegiatan ini sewaktu-waktu secara mandiri tanpa bimbingan instruktur keterampilan klinis dengan izin pj angkatan dan laboran keterampilan klinis.

Kewajiban mahasiswa dalam pelaksanaan keterampilan klinis:

1. Kegiatan keterampilan klinis dilakukan di dalam ruang keterampilan klinis di lantai 5 gedung FK UAD.
2. Mahasiswa wajib membuat **workplan** yang dikumpulkan kepada instruktur sebelum kegiatan KK dimulai. *Workplan* sesuai dengan tujuan belajar dan materi yang akan dipelajari pada hari itu. Rencana kerja dibuat dalam kertas folio bergaris dengan tulis tangan dan dikumpulkan diawal kegiatan keterampilan klinis hari tersebut
3. Mengerjakan **workplan** sebelum dilakukan latihan keterampilan klinis sesuai jadwal yang telah ditentukan. Mahasiswa yang tidak mengumpulkan **workplan** tidak diperkenankan mengikuti kegiatan keterampilan klinis. Instruktur akan diminta untuk mengecek dan menilai **workplan** tiap mahasiswa dalam kelompok dan **workplan** tersebut harus ditandatangani oleh instruktur.
4. Instruktur berhak menghentikan proses pembelajaran atau mengeluarkan jika mahasiswa dianggap tidak siap pada kegiatan keterampilan klinis sesi itu.
5. Mahasiswa **WAJIB** hadir tepat waktu. Mahasiswa yang datang terlambat lebih dari 15 menit tidak diijinkan mengikuti kegiatan keterampilan klinis pada hari itu.
6. Perwakilan mahasiswa meminjam alat yang akan digunakan untuk kegiatan KK sesuai topik materi dengan menitipkan kartu identitas (KTM) kepada laboran keterampilan klinis **10 menit sebelum** pelaksanaan keterampilan klinis di masing-masing semester
7. Mahasiswa wajib mengenakan jas laboratorium dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. Jas panjang putih selutut. Jas laboratorium bukan jas dokter.
 - b. Di bagian dada kanan terdapat badge nama mahasiswa tertulis lengkap dan fakultas kedokteran UAD sebagai identitas diri pemilik jas laboratorium.
 - c. Di bagian dada kiri terdapat badge logo UAD sebagai identitas almamater pemilik jas laboratorium.
 - d. Terdapat dua kantong di sisi kanan dan kiri bawah depan jas

laboratorium.

- e. Bagi mahasiswa yang tidak membawa jas laboratorium sesuai ketentuan, tidak diperkenankan mengikuti kegiatan belajar.
8. Mahasiswa yang mengikuti keterampilan klinis wajib berpenampilan sopan dan rapi serta berbusana sesuai dengan ketentuan yang berlaku :

Laki-laki :

- a. Menggunakan atasan kemeja kain/ kaos yang berkerah, tidak berbahan jeans atau menyerupai jeans dan dikancingkan rapi
- b. Menggunakan bawahan celana panjang kain, tidak berbahan jeans atau menyerupai jeans
- c. Rambut pendek tersisir rapi, tidak menutupi telinga dan mata serta tidak melebihi kerah baju
- d. Kumis dan jenggot dipotong pendek dan tertata rapi
- e. Tidak diperkenankan menggunakan peci atau penutup kepala lainnya selama kegiatan belajar berlangsung
- f. Menggunakan sepatu tertutup dengan kaos kaki
- g. Tidak diperkenankan mengenakan perhiasan

Perempuan :

- a. Mengenakan jilbab tidak transparan dan menutupi rambut, menutupi dada maksimal sampai lengan
 - b. Mengenakan atasan atau baju terusan berbahan kain, tidak berbahan jeans atau yang menyerupai jeans maupun kaos, tidak ketat maupun transparan serta menutupi pergelangan tangan
 - c. Mengenakan bawahan berupa rok atau celana kain panjang longgar, menutupi mata kaki tidak berbahan jeans atau menyerupai jeans maupun kaos, tidak ketat maupun transparan dengan atasan sepanjang kurang lebih 5 cm di atas lutut
 - d. Menggunakan sepatu yang menutupi kaki, diperbolehkan menggunakan sepatu berhak tidak lebih dari 5 cm
 - e. Kuku jari tangan dan kaki dipotong pendek rapi dan bersih, tidak boleh diwarnai
9. **Dilarang** : Makan dan minum, membawa tas (penertiban loker mahasiswa), merokok, bersenda gurau yang berlebihan
 10. Tidak diperkenankan menggunakan **alat komunikasi elektronik selama proses pembelajaran**. Mahasiswa diperkenankan mengangkat telepon penting dengan izin instruktur dan harus di luar ruangan
 11. Setelah keterampilan klinis berakhir, **wajib merapikan dan mengembalikan alat-alat** yang telah digunakan.
 12. Meninggalkan ruang keterampilan klinis, meja dan ruangan dalam keadaan **bersih dan rapi**.
 13. Melakukan kegiatan keterampilan klinis sesuai jadwal dan kelompok yang

telah ditentukan. Bagi mahasiswa yang tidak dapat mengikuti kegiatan keterampilan klinis pada waktu yang telah ditentukan, **wajib mengikuti inhal sesuai ketentuan inhal di bawah.**

14. Jika menggunakan alat dan ruangan keterampilan klinis di luar jadwal, harus seizin penanggungjawab keterampilan klinis (atau laboran) dengan mengikuti ketentuan yang ada dan diwajibkan meninggalkan jaminan KTM saat mengambil alat atau manekin
15. Apabila merusak/ menghilangkan/membawa pulang alat/bahan, akan dikenakan sanksi (jika **hilang atau rusak wajib mengganti**).
16. Setiap mahasiswa wajib melakukan tindakan/pemeriksaan sesuai ceklist di bawah supervisi instruktur dan ditanda tangani oleh instruktur.
17. Verifikasi kegiatan dengan tanda tangan instruktur di bawah checklist materi yang diajarkan dan cap basah dari unit keterampilan klinis melalui laboran keterampilan klinis.
18. Bukti kelengkapan verifikasi kegiatan menjadi prasyarat mengikuti briefing OSCE Semester.
19. Pada setiap pertemuan terakhir di tiap materi keterampilan klinis, perwakilan mahasiswa di tiap kelompok diwajibkan mengisi lembar kuesioner yang sudah disediakan di komputer ruangan

Aturan Peminjaman Alat dan Barang Habis Pakai Keterampilan Klinis :

1. Mengajukan alat yang akan dipinjam kepada laboran KK dan membuat surat peminjaman yang diketahui dan ditandatangani oleh dosen pj semester KK
2. BHP ditanggung oleh mahasiswa
3. Di luar kegiatan keterampilan klinis, peminjam atau mahasiswa wajib mengisi form peminjaman (*scan barcode*) sebagai bukti pengambilan alat dan peminjaman alat
4. Harus meninggalkan jaminan KTM saat mengambil alat atau manekin
5. Maksimal batas akhir pengajuan surat adalah H-2 penggunaan alat yang akan dipinjam
6. Maksimal batas akhir peminjaman alat adalah H-3 Mini OSCE/OSCE Semester
7. Peminjaman dilakukan secara kolektif minimal 8 orang dengan batas maksimal 2 set alat
8. Wajib menjaga dan merawat alat atau manekin, jika rusak harus bertanggung jawab mengganti

KETENTUAN INHAL KETERAMPILAN KLINIS

Ketentuan Inhal Kegiatan Keterampilan Klinis :

1. Bagi mahasiswa yang tidak dapat mengikuti kegiatan keterampilan klinis dan Mini OSCE pada waktu yang telah ditentukan, **WAJIB** mengikuti inhal.
2. Inhal hanya diperuntukkan bagi mahasiswa yang tidak mengikuti keterampilan klinis dengan alasan :
 - a. Sakit dibuktikan dengan surat keterangan dokter
 - b. Yang bersangkutan menikah
 - c. Keluarga inti meninggal dunia (ayah, ibu dan saudara kandung)
 - d. Mengikuti kegiatan delegasi dari Universitas atau Fakultas yang dibuktikan dengan surat tugas
 - e. Terlambat >15 menit
3. Mahasiswa menyerahkan dokumen bukti izin ketidakhadiran setelah dilakukan verifikasi terlebih dahulu oleh bagian akademik **maksimal 2 minggu** setelah kegiatan keterampilan klinis yang ditinggalkan
4. Bagi mahasiswa yang **tidak** menyerahkan dokumen perizinan tersebut dalam waktu yang telah ditentukan di atas, maka izin tidak diterima dan **tidak dapat mengikuti inhal**
5. Biaya inhal ditanggung oleh mahasiswa **kecuali** delegasi dari fakultas/universitas
6. Mahasiswa yang tidak hadir **lebih dari 25%** total jumlah pertemuan dalam satu semester **tidak diperkenankan mengikuti OSCE semester**
7. Jadwal inhal ditentukan oleh bagian keterampilan klinis

KETENTUAN KHUSUS MENGULANG MATA KULIAH KETERAMPILAN KLINIS

A. Kategori mengulang mata kuliah keterampilan klinis :

1. Mengulang reguler karena tidak lulus keterampilan klinis pada tahun ajaran sebelumnya
2. Gugur keterampilan klinis karena tidak memenuhi persyaratan mengikuti ujian OSCE Akhir Semester pada tahun ajaran sebelumnya atau tidak hadir saat ujian OSCE Akhir Semester pada tahun ajaran sebelumnya, dan/atau mengundurkan diri dari ujian OSCE Akhir Semester pada tahun ajaran sebelumnya
3. Program khusus (Prosus) keterampilan klinis bagi mahasiswa yang ditetapkan oleh program studi

B. Ketentuan mengulang reguler keterampilan klinis

1. Mahasiswa yang mengulang KK wajib mengikuti aturan yang berlaku sesuai TA yang berjalan, termasuk mengikuti Mini OSCE
2. Mahasiswa wajib mengikuti kegiatan keterampilan klinis **100% materi yang tidak lulus.**
3. Mahasiswa wajib mengikuti kegiatan **50% materi** keterampilan klinis minimal 1 kali pertemuan **dari materi lulus**
4. Mahasiswa mengikuti ujian OSCE Akhir Semester di seluruh station.
5. Komponen penilaian sesuai dengan peraturan yang berlaku dengan nilai terbaik yang diambil.
6. KRS Semester yang diambil adalah sesuai dengan semester yang berjalan
7. Aturan inhal mengikuti aturan inhal kegiatan keterampilan klinis yang berlaku
8. Jika jadwal keterampilan klinis materi yang tidak lulus bersamaan dengan jadwal akademik blok yang berjalan maka diwajibkan untuk mengikuti inhal materi tersebut tanpa dipungut biaya yang dibuktikan dengan melaporkan kepada laboran KK berupa screenshot jadwal yang saling bertabrakan tersebut
9. Materi keterampilan klinis yang tidak ada lagi di semester bawah akan diadakan jadwal kegiatan materi dan ujian khusus.
10. Komponen nilai sesuai peraturan akademik yang berlaku

C. Ketentuan bagi mahasiswa yang gugur keterampilan klinis

1. Mahasiswa yang mengulang KK wajib mengikuti aturan yang berlaku sesuai TA yang berjalan, termasuk mengikuti Mini OSCE
2. Mahasiswa wajib mengikuti kegiatan keterampilan klinis **100% materi yang diajarkan di semester yang mengulang tsb**

3. Mahasiswa mengikuti ujian OSCE Akhir Semester di seluruh station.
4. Komponen penilaian sesuai dengan peraturan yang berlaku dengan nilai terbaik yang diambil.
5. KRS Semester yang diambil adalah sesuai dengan semester yang berjalan
6. Aturan inhal mengikuti aturan inhal kegiatan keterampilan klinis yang berlaku
7. Jika jadwal keterampilan klinis materi yang tidak lulus bersamaan dengan jadwal akademik blok yang berjalan maka diwajibkan untuk mengikuti inhal materi tersebut tanpa dipungut biaya yang dibuktikan dengan melaporkan kepada laboran KK berupa screenshot jadwal yang saling bertabrakan tersebut
8. Komponen nilai sesuai peraturan akademik yang berlaku

D. Ketentuan prosus keterampilan klinis

Mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh program studi

METODE PENILAIAN

Penilaian Keterampilan Klinis Dasar

Pada tahap sarjana juga dilakukan penilaian terhadap kegiatan keterampilan klinis. Nilai keterampilan klinis terdiri dari tiga komponen penilaian, yaitu:

I. Proses Pembelajaran

Penilaian proses pembelajaran dilakukan saat mahasiswa mengikuti skills lab. Instruktur akan memberikan nilai kepada mahasiswa dari rentang 0-85. Komponen penilaian pada proses pembelajaran, terdiri dari: kedisiplinan dan profesionalisme, *workplan*, kegiatan, keaktifan, sikap dan perilaku.

II. OSCE Tengah Semester (Mini OSCE)

Merupakan salah satu penilaian mata kuliah KK yang akan dilaksanakan di tengah semester. Ujian ini menjadi salah satu prasyarat mengikuti OSCE Semester.

Teknis pelaksanaan :

- a) Wajib hadir maksimal 30 menit sebelum pelaksanaan ujian, jika terlambat 15 menit dari waktu yang ditentukan maka dianggap tidak mengikuti Mini OSCE.
- b) Alasan ketidakhadiran Mini OSCE yang dapat diterima sesuai aturan yang berhak inhal (sakit/ybs menikah/delegasi/keluarga inti meninggal dunia)
- c) Yang tidak hadir dengan alasan tersebut wajib mengikuti **inhal** di akhir semester
- d) Pelaksanaan **inhal** mini OSCE dilakukan di akhir semester
- e) Biaya inhal ditanggung oleh mahasiswa **kecuali** delegasi dari fakultas/universitas dan adanya jadwal reguler yang bertabrakan (khusus untuk kategori mengulang)
- f) Materi yang diujikan dalam Mini OSCE merupakan materi yang sudah pernah diajarkan
- g) Mahasiswa yang sudah melakukan tugas dalam station Mini OSCE **wajib** memberikan feedback terhadap *performance* mahasiswa yang berikutnya dan dicatat dalam lembar kertas yang sudah diberikan sebelum memasuki ruang karantina
- h) Nilai Mini OSCE berkontribusi terhadap nilai akhir Keterampilan Klinis sebesar 20% dari total persentase OSCE di tiap semester

III. OSCE Akhir Semester

OSCE Akhir Semester adalah salah satu metode penilaian kemampuan klinis mahasiswa secara terstruktur yang spesifik dan objektif

dengan serangkaian simulasi dalam bentuk rotasi stase. OSCE Akhir Semester dilaksanakan pada akhir semester, untuk mengevaluasi kemampuan kognitif, keterampilan, maupun sikap mahasiswa pasca kegiatan keterampilan klinis.

Penguji akan memberikan nilai kepada mahasiswa sesuai checklist/rubrik penilaian. Mahasiswa dikatakan lulus OSCE Akhir Semester jika telah **LULUS** di semua station yang diujikan. Mahasiswa yang tidak mengikuti dan mengundurkan diri dari OSCE Akhir Semester akan diberikan nilai E pada mata kuliah keterampilan klinis

Syarat mengikuti OSCE Akhir Semester :

- a) Telah menyelesaikan semua (100%) kegiatan keterampilan klinis dan Mini OSCE
- b) Sehat jasmani dan rohani di hari ujian
- c) Mengikuti briefing OSCE Akhir Semester

IV. Syarat Kelulusan Mata Kuliah Keterampilan Klinis

Mahasiswa dikatakan lulus mata kuliah keterampilan klinis jika memenuhi kriteria berikut :

- a) Kehadiran 100% (mengikuti seluruh kegiatan keterampilan klinis dan telah memenuhi kewajiban inhal jika ada)
- b) Lulus OSCE Akhir Semester
- c) Nilai akhir minimal 65 (B)

FORMAT PENILAIAN KETERAMPILAN KLINIS (S1)

Semester	Komponen	Rentang Nilai	%Bobot	%Total
I (Keterampilan Klinis 1)	Kegiatan	0-85	20 %	100 %
	MINI OSCE	0-100	16 %	
	OSCE Semester	0-100	64 %	
II (Keterampilan Klinis 2)	Kegiatan	0-85	20 %	100 %
	MINI OSCE	0-100	16 %	
	OSCE Semester	0-100	64 %	
III (Keterampilan Klinis 3)	Kegiatan	0-85	20 %	100 %
	MINI OSCE	0-100	16 %	
	OSCE Semester	0-100	64 %	
IV (Keterampilan Klinis 4)	Kegiatan	0-85	20 %	100 %
	MINI OSCE	0-100	16 %	
	OSCE Semester	0-100	64 %	
V (Keterampilan Klinis 5)	Kegiatan	0-85	15 %	100 %
	MINI OSCE	0-100	17 %	
	OSCE Semester	0-100	68 %	
VI (Keterampilan Klinis 6)	Kegiatan	0-85	15 %	100 %
	MINI OSCE	0-100	17 %	
	OSCE Semester	0-100	68 %	
VII (Keterampilan Klinis 7)	Kegiatan	0-85	15 %	100 %
	MINI OSCE	0-100	17 %	
	OSCE Semester	0-100	68 %	

MATERI

PEMBELAJARAN

SEMESTER

5

KETERAMPILAN KLINIS PEMERIKSAAN REFRAKSI DAN KOREKSI KACAMATA

I. TUJUAN PEMBELAJARAN

- A. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan tajam penglihatan
- B. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan pinhole dan koreksi kacamata
- C. Mahasiswa mampu membuat peresepan kacamata

II. MATERI PENDUKUNG PEMBELAJARAN

Untuk mendukung topik keterampilan klinis, adapun materi pendukung yang berkaitan dan perlu dipahami oleh mahasiswa sebelumnya antara lain :

- A. Anatomi lensa dan kornea
- B. Fisiologi refraksi
- C. Macam-macam gangguan refraksi
- D. Pemeriksaan visus

III. LANDASAN TEORI

A. PEMERIKSAAN TAJAM PENGLIHATAN

Visus diukur dengan menggunakan kartu Snellen. Pengukuran dilakukan pada jarak 5 atau 6 meter tergantung jenis kartu Snellen yang tersedia. Penurunan visus memberikan gambaran adanya kelainan pada sistem penglihatan sehingga memerlukan pemeriksaan lanjutan untuk mengetahui akibat penurunan visus tersebut. Pengukuran visus dilakukan pada setiap mata secara bergantian dan hasilnya dicatat .

Untuk mengetahui visus seseorang dapat dilakukan dengan Kartu Snellen dan bila sampai huruf terbesar pada kartu Snellen tidak terbaca maka diukur dengan menentukan kemampuan melihat **jumlah jari (*finger counting = fc*)** pada jarak tertentu dan apabila tidak dapat menghitung jari yang diacungkan pemeriksa dengan benar dilakukan pemeriksaan dengan melihat **lambaian tangan (*hand movement = hm*)** dan jika tidak dapat juga melihat lambaian tangan pemeriksa maka dengan menggunakan **proyeksi sinar/*light perception*** yang jika pasien tidak juga dapat mengetahui proyeksi dan persepsi sinar maka dikatakan visus pasien adalah nol. Seseorang disebut memiliki visus baik jika ia dapat membaca seluruh huruf-huruf pada kartu Snellen dengan benar dalam jarak 5 atau 6 meter tanpa bantuan alat. Dalam kondisi ini visus adalah 5/5 atau 6/6 yang disebut emmetropia (visus normal).

Visus dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$V = d / D$$

d = jarak pasien dengan kartu Snellen

D = jarak orang normal untuk membaca huruf-huruf, yang dapat dibaca oleh subjek yang diperiksa pada jarak d

Penurunan visus dapat disebabkan oleh kelainan media refraksi, kelainan non refraksi atau keduanya. Kacamata hanya bisa memperbaiki penurunan visus yang disebabkan oleh kelainan refraksi. Sebelum memperbaiki visus, penyebab penurunan visus harus ditentukan. Pada mata normal, sinar-sinar sejajar melalui media refraksi (kornea, akuos humor, lensa kristalina dan vitreous humor) tanpa akomodasi difokuskan tepat di makula lutea atau bintik kuning sehingga penglihatan menjadi jelas. Hal ini membutuhkan struktur media dan indeks refraksi yang normal serta aksis bola mata yang normal. Pemeriksaan tajam penglihatan dilakukan pada mata tanpa atau dengan kacamata. Setiap mata diperiksa secara terpisah. Biasakan memeriksa tajam penglihatan mata kanan terlebih dahulu kemudian pada mata kiri.

Sebelum memulai pemeriksaan, anjurkan kepada pasien untuk melepas kacamata atau *contact lens* yang sedang dikenakannya. Kemudian pasien disuruh duduk menghadap kartu Snellen pada jarak 5 atau 6 meter, karena pada jarak ini mata akan melihat benda tanpa akomodasi atau dalam keadaan beristirahat. Tutup mata yang tidak diperiksa dengan menggunakan telapak tangan ataupun dengan lensa penutup. Pasien disuruh untuk membaca huruf yang tertulis pada kartu Snellen. Kemudian ditentukan letak baris terakhir yang masih dapat dibaca. Tajam penglihatan dinyatakan dalam pecahan.

Pembilang adalah jarak antara pasien dengan kartu Snellen. Penyebut adalah jarak di mana suatu huruf / angka seharusnya dapat dibaca. Bila baris huruf / angka yang terbaca tersebut terdapat pada baris dengan tanda 30, artinya visus pasien tersebut 6/30 artinya pada jarak 6 meter pasien hanya dapat membaca huruf / angka yang seharusnya dapat dibaca jelas pada jarak 30 meter oleh orang normal. Bila baris huruf / angka yang terbaca tersebut terdapat pada baris dengan tanda 6, dikatakan tajam penglihatan 6/6, ini berarti bahwa pada jarak 6 meter si penderita dapat membaca huruf yang normalnya jelas dibaca pada jarak 6 meter. Tajam penglihatan seseorang dikatakan normal bila tajam penglihatan adalah 6/6.

light perception). Bila pasien tidak dapat melihat/menentukan arah datang cahaya, maka visusnya 0 (nlp = *no light perception*) atau buta total. Setelah melakukan pemeriksaan visus salah satu mata, lanjutkan pemeriksaan visus pada mata yang lain dengan menutup mata yang telah diperiksa visusnya dan lakukan prosedur yang sama seperti di atas.

Bila pasien yang diperiksa anak-anak atau buta huruf, maka dapat digunakan kartu Snellen-E. Gambar E secara acak diputar dengan orientasi berbeda. Untuk setiap sasaran, pasien diminta untuk menunjuk arah yang sesuai dengan arah ketiga batang E apakah ke atas, bawah, kiri atau kanan. Lakukan pemeriksaan seperti melakukan pemeriksaan menggunakan Snellen huruf atau angka.

Tabel 1. Konversi Visus Dalam Beberapa Satuan

FEET (20 FEET)	METER (6METER)	DESIMAL	LOG MAR
20/200	6/60	0,10	1,00
20/160	6/48	0,125	0,90
20/125	6/38	0,16	0,80
20/100	6/30	0,20	0,70
20/80	6/24	0,25	0,60
20/63	6/20	0,32	0,50
20/50	6/15	0,40	0,40
20/40	6/12	0,50	0,30
20/32	6/10	0,63	0,20
20/25	6/7,5	0,80	0,10
20/20	6/6	1,00	0,00

B. KOREKSI KACAMATA

Berdasarkan kondisi bola matanya, status refraksi (kacamata) seseorang terbagi atas :

1. **Emetropia** adalah suatu keadaan **mata normal** dimana sinar yang sejajar atau jauh difokuskan oleh sistem optik mata tepat pada daerah makula (pusat penglihatan) tanpa akomodasi.
2. **Ametropia** adalah suatu keadaan abnormal mata karena kelainan refraksi (kelainan kacamata), bisa dalam bentuk **miopia (rabun jauh)**, **hipermetropi (rabun dekat)**, dan **astigmatisme (silinder)**.

Visus orang normal (emetropia) adalah 6/6, artinya orang normal dapat membaca huruf pada jarak 6 meter, penderita dapat membaca huruf pada jarak 6 meter juga. Jika visus kurang dari 6/6,

lakukan pemeriksaan pinhole pada penderita. Jika setelah pemeriksaan pinhole didapatkan visus membaik, kemungkinan terdapat kelainan refraksi pada penderita. Lakukan koreksi kacamata untuk menangani kelainan refraksi tersebut. Alat yang digunakan untuk koreksi kacamata yaitu **Trial Lens**.



Gambar 2. Lempeng Pinhole

IV. ALAT DAN BAHAN

- A. Snellen chart 6 m
- B. Penlight
- C. Lup
- D. Trial lens
- E. Kipas astigmatism

V. PROSEDUR PEMERIKSAAN

A. Koreksi Kacamata

1. Lakukan pemeriksaan visus pasien terlebih dahulu dengan Snellen chart.
2. Pasien duduk 5 atau 6 meter dari kartu Optotip Snellen.
3. Tutup mata kiri dengan telapak tangan kiri tanpa tekanan.
4. Periksa visus mata kanan.
 - a. Jika visus tidak mencapai 6/6, lakukan pemeriksaan dengan pinhole
 - b. Pasang lempeng pinhole pada mata kanan dan minta penderita tetap menutup mata kiri dengan telapak tangan kiri tanpa tekanan
 - c. Jika didapatkan hasil visus membaik setelah pemeriksaan pinhole, berarti terdapat gangguan refraksi pada penderita ini, maka kita perlu melakukan koreksi dengan kacamata
 - d. Jika kita curiga **miopia (rabun jauh)** berdasarkan anamnesis, maka lakukan koreksi kacamata dengan mulai memasang lensa sferis negatif dari angka terkecil terus naik ke angka yang lebih besar sampai tercapai visus 6/6 atau visus optimum.

- e. Catat lensa sferis negatif **ukuran terkecil** yang memberikan tajam penglihatan terbaik. Lensa inilah yang akan kita siapkan pada kacamata
- f. Lakukan hal demikian pada mata kiri dengan menutup mata kanan dengan telapak tangan kanan tanpa tekanan.
- g. Lakukan koreksi kacamata dengan lensa sferis positif jika kita curiga **hipermetrop (rabun dekat)** berdasarkan anamnesis, dengan mulai memasang lensa sferis positif dari angka yang terkecil terus naik ke angka yang lebih besar sampai tercapai visus 6/6 atau visus optimum.
- h. Catat lensa sferis positif **ukuran terbesar** yang memberikan tajam penglihatan terbaik. Lensa inilah yang akan kita siapkan pada kacamata
- i. Jika dengan lensa sferis negatif maupun positif belum maksimal, maka tambahkan dengan lensa silindris negatif ataupun positif (pemeriksaan astigmatism)

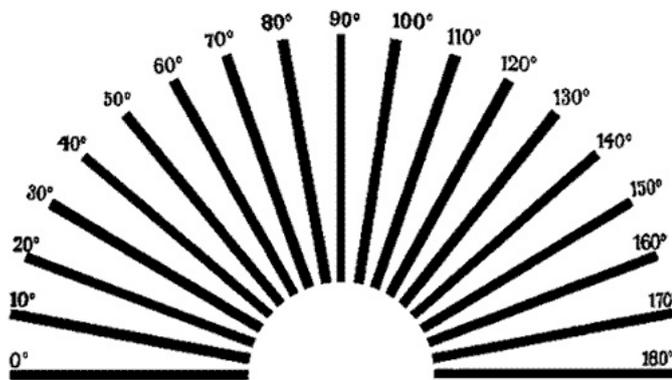
B. Pemeriksaan Astigmatism

1. Lakukan teknik fogging. Pasang lensa S+0,50D di depan mata yang akan diperiksa astigmatism
2. Minta penderita untuk melihat kipas astigmat (astigmat dial), minta penderita menyebutkan garis mana yang paling jelas atau paling tebal
3. Pasang lensa C-0,50D dengan aksis dipasang tegak lurus dengan garis yang paling jelas.
4. Tambah power lensa silinder secara bertahap sampai dengan semua garis terlihat jelas.
5. Penderita kembali diminta melihat Snellen, bila visus belum 6/6 lensa fogging dicabut.
6. Catat macam lensa, ukuran, dan axis yang memberikan tajam penglihatan terbaik.

Beberapa koreksi kacamata yang sulit, dapat dilakukan pemeriksaan dengan refraktometer terlebih dahulu. Refraktometer dapat memberikan acuan koreksi kacamata penderita, dan sangat diperlukan terutama untuk kasus-kasus astigmat.



Gambar 3. Trial lens



Gambar 4. Kipas Astigmat

C. Pemeriksaan Presbiopia

Pada orangtua (usia lebih dari 40 tahun) mulai terjadi gangguan akomodasi saat melihat dekat yang disebut **presbiopia**. Hal ini disebabkan oleh berkurangnya elastisitas lensa. Pada presbiopia, diperlukan alat bantu lensa spheris positif. Ukuran lensa yang dibutuhkan sesuai dengan usia penderita, seperti pada tabel berikut ini

Tabel 2. Ukuran kacamata presbiopia

Usia (tahun)	Ukuran kacamata presbiopia (dioptri)
40	+1.00
45	+1.50
50	+2.00
55	+2.50
60	+3.00

D. Teknik Penulisan Resep Kacamata

Setelah didapat ukuran koreksi kacamata, hasil koreksi ditulis dalam resep kacamata. Pada penulisan resep kacamata, juga diperlukan pengukuran jarak kedua mata, yang dikenal dengan **Distansia Pupil (DP)**. Pada anak-anak jarak DP sekitar 50-60 mm. Pada orang dewasa 55 – 70 mm.

Cara mengukur Distansia Pupil (DP) :

1. Pasang penggaris Distansia Pupil pada jarak 5-10 cm di depan bola mata / kornea. Bila tidak tersedia, dapat menggunakan penggaris biasa.
2. Minta penderita untuk melihat ke jauh depan, kemudian berikan sorotan sinar di depan mata, sehingga terlihat adanya pantulan dari sinar tersebut di kedua mata penderita
3. Perhatikan posisi jatuhnya pantulan sinar di kedua kornea penderita
4. Ukur jarak antara posisi jatuhnya pantulan sinar di kornea antara mata kanan dan mata kiri penderita
5. Catat hasilnya sebagai nilai Distansia Pupil.



Gambar 5. Distansia pupil

Contoh resep kacamata :

1. Kasus miopia

RS UAD

Yogyakarta, 8 Oktober 2024

$$\text{OD } \frac{S-1,0}{S-1,0}$$

$$\text{OS } \frac{S-1,5}{S-1,5}$$

Distansia pupil : 60mm

Pro : Nn. Nina (18 tahun)

2. Kasus astigmatism simpleks

RS UAD

Yogyakarta, 8 Oktober 2024

$$\text{OD } \frac{S\ 0,0 \quad C-0,5 \quad \text{axis } 90^0}{S0,0 \quad C-0,5 \quad \text{axis } 90^0}$$

$$\text{OS } \frac{S\ 0,0 \quad C-0,75 \quad \text{axis } 90^0}{S0,0 \quad C-0,75 \quad \text{axis } 90^0}$$

Distansia pupil : 65mm

Pro : Ny. Risa (32 tahun)

3. Kasus astigmatism, miopia, presbiopia

RS UAD

Yogyakarta, 8 Oktober 2024

$$\text{OD } \frac{S-1,0 \quad C-0,5 \quad \text{axis } 90^0}{S+1,0 \quad C-0,5 \quad \text{axis } 90^0}$$

$$\text{OS } \frac{S-1,5 \quad C-0,75 \quad \text{axis } 90^0}{S+0,5 \quad C-0,75 \quad \text{axis } 90^0}$$

Distansia pupil : 65mm

Pro : Tn. Toni (50 tahun)

*) Nilai sferis addisi untuk mata kanan maupun kiri didapatkan dari usia 50 tahun berarti adalah +2 D. Sehingga nilai sferis yang ditulis di kertas resep merupakan penjumlahan dengan nilai sferis untuk melihat jauh.

Keterangan :

- OD = Oftalmika dextra (mata kanan)
- OS = Oftalmika sinistra (mata kiri)
- S = lensa spheris
- C = lensa cylindris, dilengkapi dengan axisnya
- Hasil koreksi visus jauh, ditulis di atas garis
- Hasil koreksi visus dekat dijumlahkan terlebih dahulu dengan koreksi visus jauh, dan totalnya ditulis di bawah garis

VI. REFERENSI

- AIPKI & *Indonesian Skill Laboratory Network and Development (ISLaND)*. 2020. Panduan Keterampilan Klinis. Zifatama Jawa
- Ilyas, S; Julianti, SR. 2020. Dasar Teknik Pemeriksaan Dalam Ilmu Penyakit Mata Edisi ke-5. UI Publishing

Checklist Koreksi dan Pereseapan Kacamata

Nama :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan Salam dan mempersilahkan masuk/duduk		
2	Menanyakan identitas pasien (nama, umur, alamat, pekerjaan)		
3	Melakukan <i>informed consent</i>		
4	Mengucapkan basmalah sebelum melakukan pemeriksaan		
5	Melakukan cuci tangan		
Tahap Kerja			
Pemeriksaan Pinhole Dan Koreksi Kacamata			
6	Penderita duduk 5 atau 6 meter dari kartu Snellen.		
7	Tutup mata kiri dengan telapak tangan kiri tanpa tekanan		
8	Periksa visus mata kanan		
9	Jika visus tidak mencapai 6/6, lakukan pemeriksaan dengan pinhole		
10	Pasang lempeng pinhole pada mata kanan dan minta penderita tetap menutup mata kiri dengan telapak tangan kiri tanpa tekanan		
11	Jika didapatkan hasil visus membaik setelah pemeriksaan pinhole, berarti terdapat gangguan refraksi pada penderita ini, maka kita perlu melakukan koreksi dengan kacamata		
12	Jika kita curiga miopia (rabun jauh) , maka lakukan koreksi kacamata dengan mulai memasang lensa sferis negatif dari angka terkecil terus naik ke angka yang lebih besar sampai tercapai visus 6/6 atau visus optimum.		
13	Catat macam lensa dan ukuran terkecil yang memberikan tajam penglihatan terbaik.		
14	Lakukan hal demikian pada mata kiri dengan menutup mata kanan dengan telapak tangan kanan tanpa tekanan.		
15	Lakukan koreksi kacamata dengan lensa sferis positif jika kita curiga hipermetrop (rabun dekat) , dengan mulai memasang lensa sferis positif dari angka yang terkecil terus naik ke angka yang lebih besar sampai tercapai visus 6/6 atau visus optimum.		
16	Catat macam lensa dan ukuran terbesar yang memberikan tajam penglihatan terbaik		
17	Jika dengan lensa sferis negatif maupun positif belum maksimal, maka tambahkan dengan lensa silindris negatif ataupun positif (pemeriksaan astigmatism)		

Pemeriksaan Astigmatism			
18	Lakukan teknik fogging. Pasang lensa S+0,50D di depan mata yang akan diperiksa astigmatism		
19	Minta penderita untuk melihat kipas astigmat (astigmat dial), minta penderita menyebutkan garis mana yang paling jelas atau paling tebal		
20	Pasang lensa C-0,50D dengan aksis dipasang tegak lurus dengan garis yang paling jelas.		
21	Tambah power lensa silinder secara bertahap sampai dengan semua garis terlihat jelas.		
22	Penderita kembali diminta melihat Snellen, bila visus belum 6/6 lensa fogging dicabut.		
23	Catat macam lensa, ukuran, dan axis yang memberikan tajam penglihatan terbaik.		
Pemeriksaan Distansia Pupil dan Peresepan Kacamata			
24	Pasang penggaris Distantia Pupil pada jarak 5-10 cm di depan bola mata / kornea		
25	Minta penderita untuk melihat ke jauh depan, kemudian berikan sorotan sinar di depan mata, sehingga terlihat adanya pantulan dari sinar tersebut di kedua mata penderita		
26	Ukur jarak antara posisi jatuhnya pantulan sinar di kornea antara mata kanan dan mata kiri penderita		
27	Catat hasilnya sebagai nilai Distantia Pupil.		
28	Menuliskan resep kacamata sesuai hasil pemeriksaan, koreksi, dan pengukuran DP		
Penutupan			
29	Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien		
30	Edukasi pasien bahwa tindakan telah selesai		
31	Membaca hamdalah		
Sikap Profesional			
	Melakukan dengan percaya diri		
	Melakukan dengan sopan		
	Melakukan dengan ramah		
	Melakukan dengan rapi		
	Menunjukkan sikap empati		
	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		
		Tanggal Kegiatan	
		Nama Instruktur	
		Tanda Tangan Instruktur	

PEMERIKSAAN MATA SEGMENT POSTERIOR DAN POSISI BOLA MATA

I. TUJUAN PEMBELAJARAN

- A. Mahasiswa mampu menjelaskan dan melakukan pemeriksaan segmen posterior mata
- B. Mahasiswa mampu menjelaskan dan melakukan pemeriksaan posisi bola mata metode : Hirschberg Test dan Cover-Uncover Test

II. MATERI PENDUKUNG PEMBELAJARAN

Untuk mendukung topik keterampilan klinis, adapun materi pendukung yang berkaitan dan perlu dipahami oleh mahasiswa sebelumnya antara lain :

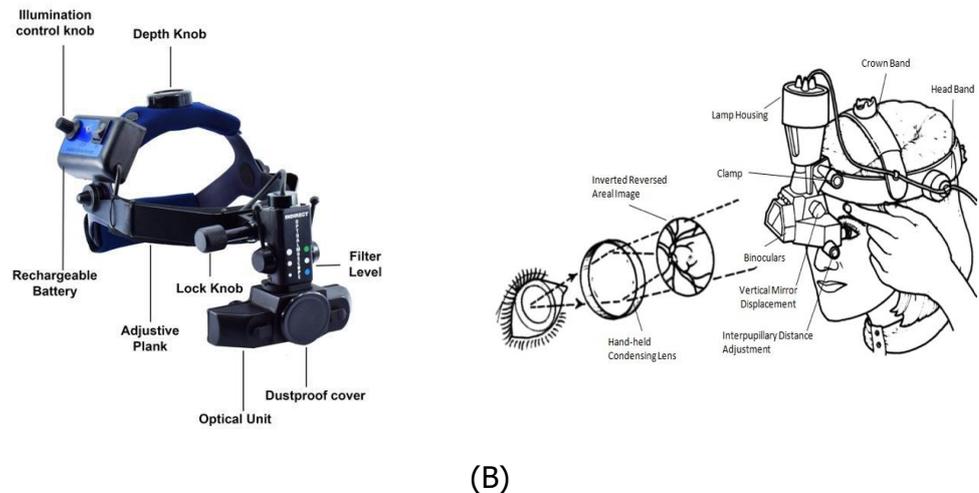
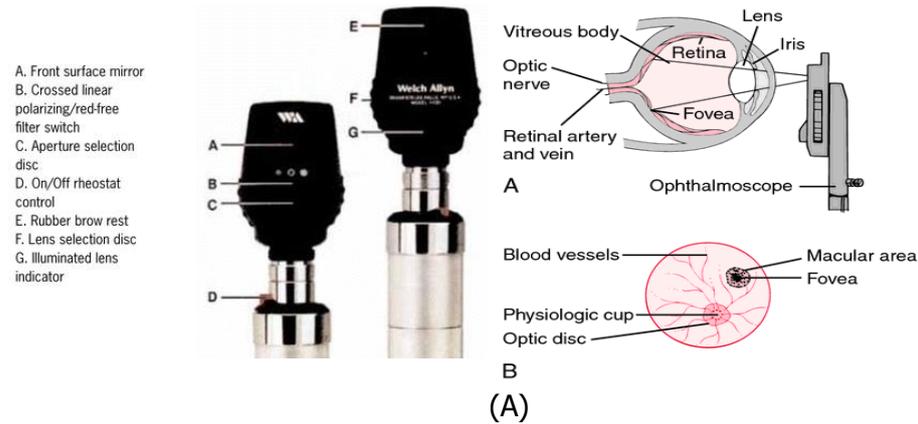
- A. Anatomi dan fisiologi mata
- B. Kelainan retina
- C. Kelainan nervus optikus
- D. Otot-otot ekstraokuler
- E. Persarafan otot-otot mata
- F. Gerakan bola mata
- G. Kelainan gerakan bola mata

III. LANDASAN TEORI

A. PEMERIKSAAN SEGMENT POSTERIOR BOLA MATA

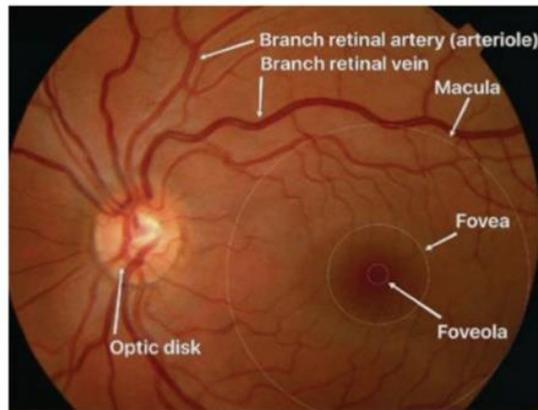
Pemeriksaan segmen posterior mata memiliki peranan penting dalam menilai kesehatan mata secara holistik dan berguna untuk mendiagnosis serta mengevaluasi gangguan saraf optik, retina dan penyakit sistemik. Pemeriksaan segmen posterior yang efektif memerlukan keterampilan dan pengalaman yang cukup. Dilatasi pupil secara farmakologis juga bermanfaat untuk mengoptimalkan pemeriksaan segmen posterior.

Pemeriksaan oftalmoskop merupakan pemeriksaan yang dapat digunakan untuk menilai segmen posterior. Oftalmoskop dibedakan menjadi oftalmoskop direk dan oftalmoskop indirek. Oftalmoskop direk memberikan pembesaran 15 kali lebih besar, tetapi memiliki kekurangan berupa lapang pandang yang sempit, sedangkan oftalmoskop indirek memberikan gambaran yang lebih jelas serta lapang pandang yang lebih luas.



Gambar 1. Oftalmoskopi (A) Direk, dan (B) Indirek

Segmen posterior mata terdiri dari humor vitreous, retina, koroid dan saraf optik. Polus posterior terdiri dari area yang meliputi diskus optik dan macula. Diskus optik memiliki bentuk oval yang sedikit memanjang secara vertikal berwarna merah muda. Depresi sentral pada diskus optik yang normal disebut sebagai cawan optik. Dimensi diskus optik sekitar 1,5 mm secara horizontal dan 1,75 mm secara vertikal. Ukuran diskus optik dapat ditemukan berbeda berdasarkan jenis kelamin dan ras seseorang, tetapi diskus optik berukuran 1,5 mm dapat digunakan sebagai referensi. Dimensi dan lokasi lesi fundus dapat diestimasi dengan menggunakan Diameters Diskus (DD) atau Diskus Area (DA).



Gambar 2. Anatomi polus posterior

Makula dibatasi oleh pembuluh darah arcade superior dan inferior. Diameter macula sekitar 5,5 mm atau 18° dalam sudut pandang visual, memiliki batas yang tidak tegas dan terletak temporal dari diskus optik. Bagian tengah macula disebut fovea yaitu tempat terjadinya penipisan bertahap lapisan retina bagian dalam. Fovea memiliki diameter sekitar 1,5 mm, berpusat 4 mm ke arah temporal dan 0,8 mm ke arah inferior dari pusat diskus optik. Refleks cahaya yang berbentuk bulat atau sedikit oval di sekitar fovea menandai awal terjadinya lekukan retina. Foveola merupakan area yang berada tepat di dalam zona avaskuler fovea tanpa kapiler. Umbo adalah titik tengah fovea, lokasi yang paling terang saat mendapatkan pantulan cahaya. Fundus dapat dibagi menjadi 4 kuadran dengan garis horizontal dan vertikal yang berpusat pada fovea.

Funduskopi direk merupakan pemeriksaan fisik kunci dalam diagnosis kelainan mata dan sistemik di mana lulusan dokter diharapkan bisa melakukan dan menginterpretasi kelainan secara mandiri. Pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat dan menilai keadaan fundus okuli. Cahaya yang dimasukkan ke dalam fundus akan memberikan refleksi fundus. Gambaran fundus mata akan terlihat bila fundus diberi sinar. Dapat dilihat keadaan normal dan patologik pada fundus mata. Alat yang digunakan pada pemeriksaan ini yaitu oftalmoskop. Pada keadaan pupil yang sempit, sebelum pemeriksaan dapat diberikan tetes midriasis seperti Atropin 1% *eye drops* atau Phenylephrine *eye drops* 2,5% untuk melebarkan pupil sehingga memudahkan pemeriksaan (pada pasien glaukoma sudut sempit, tetes ini tidak boleh diberikan).

Instrumen oftalmoskop direk memiliki filter polarisasi untuk mengurangi intensitas cahaya yang akan diterima pasien (Tabel 1).

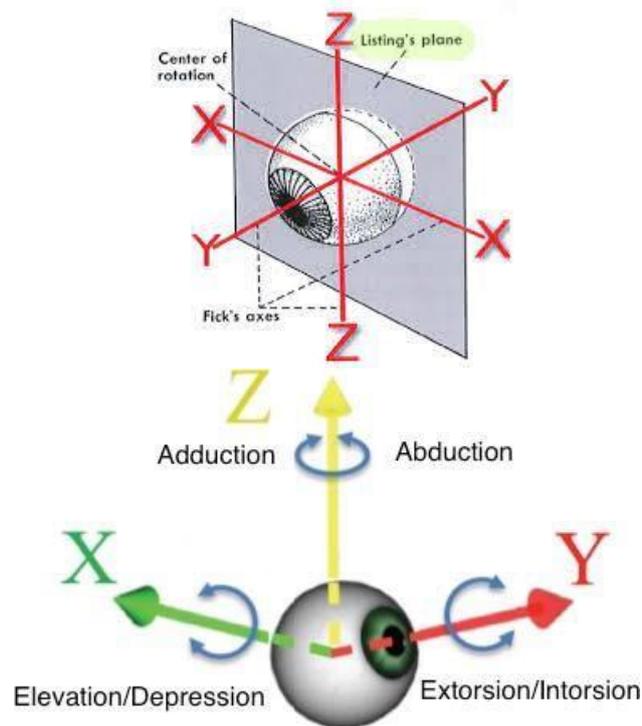
Tabel 1. Iluminasi oftalmoskop direk

Apertura	Deskripsi	Kegunaan
	Celah besar	Menilai pupil yang lebar
	Celah kecil	Menilai pupil yang sempit
	Filter <i>red free</i>	Mendeteksi perubahan lapisan serat saraf, mikroaneurisma, dan kelainan pembuluh darah
	Celah sempit	Mengevaluasi kontur retina
	Retikula dan <i>Grid</i>	Menghitung kaliber pembuluh darah atau diameter dari lesi retina yang kecil
	Target fiksasi	Mengidentifikasi fiksasi sentral dan eksentrik

B. PEMERIKSAAN POSISI BOLA MATA

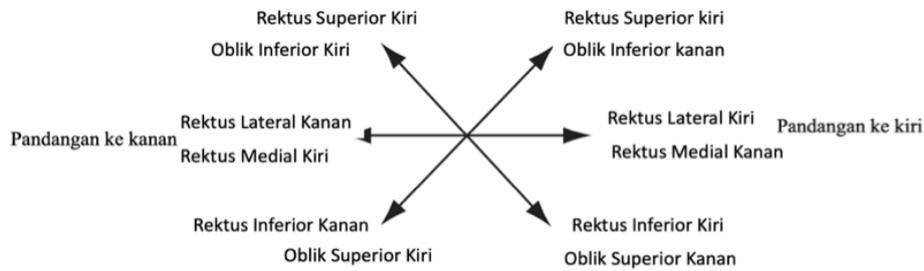
Untuk dapat melihat dengan leluasa, bola mata disangga oleh beberapa otot mata yang dapat digerakkan ke segala arah. Enam otot penyangga bola mata tersebut antara lain 4 otot rectus yang berjalan ke arah anterior bola mata dengan origo pada cincin tendinous komunis yang mengelilingi kanalis optikus. Inseri otot rectus membentuk sebuah kurva imajiner yang disebut *Spiral of Tillaux* di anterior bola mata. Otot sisanya antara lain otot oblik inferior yang merupakan satu-satunya otot yang berasal dari bagian anterior orbita, tepat di lateral terhadap fossa lakrimal, dan otot oblik superior yang berasal dari regio apex seperti otot rectus, tetapi superomedial terhadap cincin tendinous komunis. Tendon otot oblik superior kemudian melintasi trochlea tepat di dalam tepi superomedial dari orbital sehingga mengubah arah garis tarikannya.

Keseimbangan tarikan otot penggerak bola mata menentukan posisi bola mata. Gerakan bola mata terjadi di 2 sumbu rotasi yaitu *axis of Flick* dan bidang listing. Bidang listing menggambarkan suatu aksis melintang yang berjalan melalui pusat bola mata pada ekuator.



Gambar 8. Aksis gerakan bola mata

Gerakan bola mata dapat terjadi secara monocular dan binocular. Penglihatan menggunakan dua mata (binokular) lebih baik daripada hanya satu mata (monokular). Penglihatan binokular tunggal merupakan kemampuan menyatukan informasi visual dari kedua mata saat melihat objek yang sama menjadi bayangan tunggal. Manusia memperoleh penglihatan binokular dari bayangan yang berasal dari kedua retina melalui proses sensorik dan motorik yang terkoordinasi dengan baik, termasuk bayangan kedua mata tepat jatuh di fovea, koordinasi otot ekstraokular yang baik, mekanisme sensoris untuk menghasilkan penglihatan tunggal (haploopia). Manfaat penglihatan binokular adalah menghasilkan penglihatan tiga dimensi atau stereoskopis. Penglihatan stereoskopis yang tajam akan tercapai jika semua jaras penglihatan dalam keadaan normal. Gerakan bola mata binokular merupakan kombinasi dari gerakan versi dan vergens. Gerakan kedua bola mata berkonjugasi dan mengarah pada arah yang sama disebut versi. Ketika gerakan kedua bola mata tidak berkonjugasi dan mengarah pada arah pandang yang berbeda disebut vergen



Gambar 9. Gerakan binocular dan otot yang berperan.

Mata juling adalah kondisi ketika posisi kedua mata tidak sejajar dan melihat ke arah yang berbeda. Kondisi ini bisa dialami oleh siapa saja dari semua kelompok usia. Mata juling juga dapat terjadi pada satu atau kedua mata. Mata juling dalam istilah medis dikenal dengan istilah *strabismus*. Kondisi ini terjadi akibat adanya gangguan koordinasi pada otot penggerak bola mata. Gangguan tersebut dapat membuat satu mata melihat ke arah depan, sedangkan satu mata lainnya melihat ke atas, bawah, atau samping. Strabismus dapat disebabkan oleh ketidak-seimbangan tarikan otot yang mengendalikan pergerakan mata, kelumpuhan otot, gangguan persyarafan atau kelainan refraksi yang tidak dikoreksi.

Deteksi gangguan gerakan bola mata secara sederhana dapat dilakukan dengan beberapa metode, seperti Hirschberg Test dan Cover-Uncover Test. Tes Hirschberg termasuk dalam salah satu uji refleksi cahaya kornea dengan menilai pantulan cahaya dari permukaan anterior kornea. Kelebihan pemeriksaan Hirschberg ialah hanya membutuhkan kooperasi minimal dari pasien. Perbedaan antara Tes Hirschberg dan Cover-Uncover test ialah pada subjek pasien yang akan diperiksa. Tes Hirschberg lebih tepat dilakukan pada pasien bayi dan anak-anak yang cenderung sulit untuk kooperatif dengan pemeriksa, pasien dengan fiksasi yang buruk akibat tajam visual yang sangat rendah, serta pasien dengan fiksasi eksentrik. Sedangkan tes Cover-Uncover Test terutama dirancang untuk mendeteksi adanya tropia manifes pada pasien yang terlihat memiliki mata yang ortotropia (arah mata yang benar dalam kondisi binocular).

IV. ALAT DAN BAHAN

A. Pemeriksaan Oftalmoskop Direk

1. Hand sanitizer
2. Oftalmoskop
3. Lup
4. Penlight / Senter
5. Headlamp

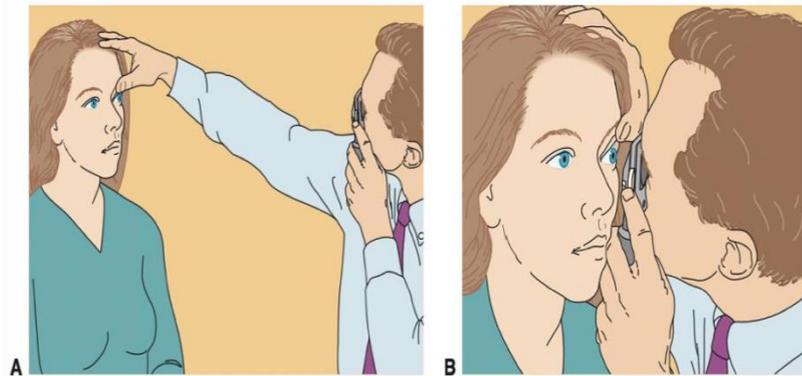
B. Pemeriksaan Posisi Bola Mata

1. Kursi periksa
2. Penutup mata
3. Mainan anak
4. *Penlight*

V. PROSEDUR PEMERIKSAAN

A. Pemeriksaan Oftalmoskop Direk

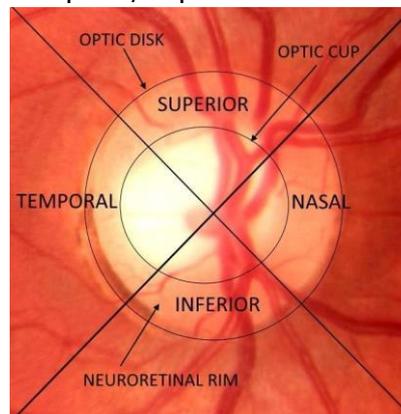
1. Posisikan pemeriksa dengan penderita dengan cara duduk miring bersilangan agar memudahkan pemeriksaan. Pemeriksaan mata kanan penderita dilakukan dengan menggunakan mata kanan pemeriksa begitu juga untuk memeriksa mata kiri penderita dengan menggunakan mata kiri pemeriksa. Lakukan di tempat yang agak redup.
2. Pasien diperbolehkan mengenakan kacamata ataupun dilepaskan. Pada kondisi miopia tinggi, disarankan tetap menggunakan kacamataanya
3. Lakukan persiapan alat dan bahan
4. Siapkan alat oftalmoskop, mula-mula diputar roda lensa oftalmoskop sehingga menunjukkan angka +0.0 dioptri.
5. Pemeriksa memantapkan instrument pada wajah pasien dengan menyandarkan tepi ulnaris tangan yang memegang instrument pada pipi pasien, sedangkan ibu jari tangan lainnya mengangkat kelopak mata atas.
6. Selanjutnya oftalmoskop lebih didekatkan pada mata penderita dan roda lensa oftalmoskop diputar, sehingga roda lensa menunjukkan angka mendekati nol.
7. Sinar difokuskan pada papil saraf optik yang berlokasi pada sisi nasal penderita
8. Diperhatikan warna, tepi, dan pembuluh darah yang keluar dari papil saraf optik.
9. Selanjutnya, mata penderita diminta melihat sumber cahaya oftalmoskop sebentar saja (sekitar sepersekian detik) yang dipegang pemeriksa atau pemeriksa menggerakkan arah cahaya ke arah tepi temporal penderita, dan pemeriksa dapat melihat keadaan makula lutea penderita.



Gambar 3. Pemeriksaan dengan oftalmoskop direk. (A) Menilai refleks merah untuk mendeteksi kekeruhan di media refraktif, (B) Fokus ke diskus optic

(Sumber : Blomquist, PH. 2021. Practical Ophthalmology: A Manual for Beginning Residents 8th ed. *American Academy of Ophthalmology*.)

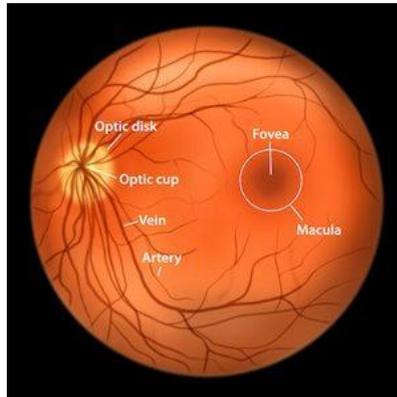
10. Lakukan pemeriksaan pada seluruh bagian retina. Dimulai dari lapisan serabut saraf retina yang paling baik terlihat, yaitu pada daerah infratemporal dekat dengan diskus optikus, selanjutnya ke daerah supratemporal, superonasal dan inferonasal



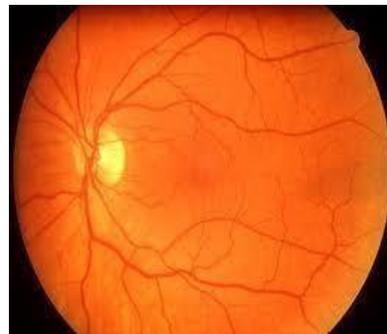
Gambar 4. Area kuadran retina

11. Analisa hasil pemeriksaan yang didapatkan. Nilai :
 - a. Bila didapatkan refleks fundus cemerlang berarti media refrakta jernih.
 - b. Papil N.II: bentuk bulat atau oval, batas tegas atau tidak, warna kuning kemerahan, pucat atau hiperemis, *cup disc ratio* (CDR) normal 0,3.
 - c. Pembuluh darah (vasa): arteri vena ratio (AVR) normal 2/3.
 - d. Retina: adakah perdarahan, eksudat, ablatio, neovaskularisasi

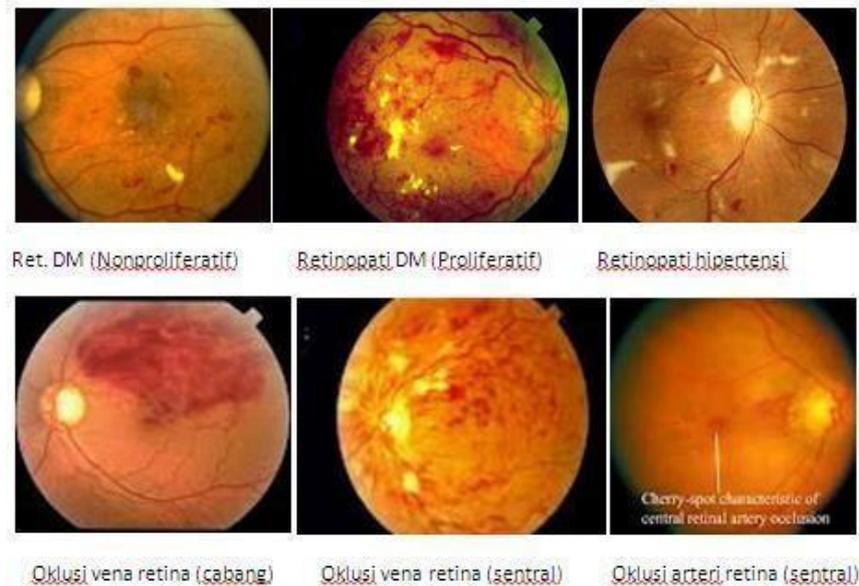
- e. Makula: dinilai ada atau tidak refleks fovea.



Gambar 5. Area yang perlu diidentifikasi pada pemeriksaan oftalmoskopi



Gambar 6. Gambaran fundus normal



Gambar 7. Beberapa gambaran kelainan fundus okuli

B. Pemeriksaan Posisi Bola Mata Metode Hirschberg Test

1. Pasien diminta melihat lurus ke depan atau ke kening pemeriksa dengan tinggi mata pemeriksa dan pasien disesuaikan.
2. Sinari kedua mata pasien dengan senter pada jarak kira 30 cm.
3. Setiap pergeseran 1 mm dari tengah pupil menandakan deviasi sekitar 15 prisma diopter (PD), dengan prakiraan apabila cahaya jatuh di tepi pupil maka terdapat deviasi sebesar 30 PD (prisma dioptri), di tengah iris sebesar 60 PD dan di limbus sebesar 90 PD



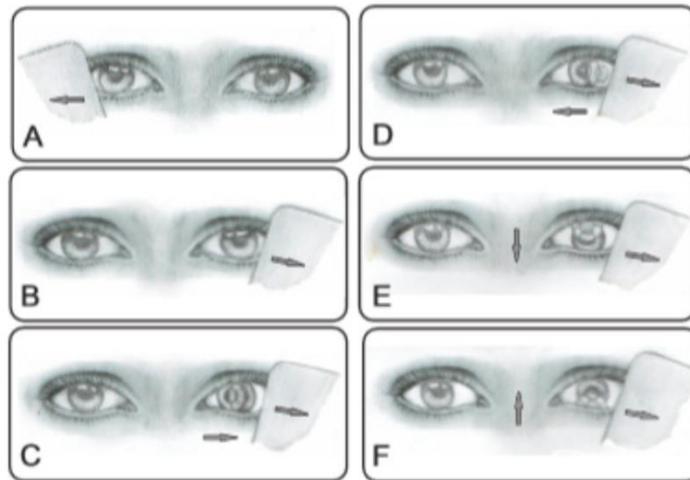
Gambar 10. (A) Refleksi cahaya nampak simetris pada kedua mata (orthotropia), (B) Refleksi cahaya mata kiri nampak di dalam pupil superonasal (exotropia dan hypotropia), (C) Refleksi cahaya nampak pada inferior mata kanan (hypertropia), (D) Refleksi cahaya nampak tepat di area nasal (exotropia)

(Sumber : Dadeya, S. Kaur, S. 2021. Basic Examination of Strabismus. *Delhi Ophthalmological Society.*)

4. Analisa hasil pemeriksaan
Hasil yang normal akan menunjukkan adanya pantulan cahaya (titik cahaya) tepat di tengah kornea. Apabila pantulan cahaya tidak di tengah kornea, berarti posisi bola mata tidak pada posisi normalnya. Setiap 1 mm defleksi dari tengah pupil, ekuivalen dengan deviasi 15–20 derajat prisma dioptri (Δ)/PD

C. Metode Cover-Uncover Test

1. Minta pasien untuk memfiksasi matanya pada satu titik. Untuk pasien anak, gunakan objek berupa mainan yang berukuran kecil atau *penlight*.
2. Tutup salah satu mata untuk 1-2 detik.
3. Dengan cepat buka penutup mata atau telapak tangan pemeriksa.
4. Perhatikan pergerakan mata yang sebelumnya ditutup. Lihat adanya deviasi mata kembali ke posisi fiksasi objek.
5. Tutup mata yang lain dan ulangi prosedur pemeriksaan.



Gambar 10. Cover-Uncover Test. (A) Ortoforia, (B) Ortoforia, (C) Esoforia, (D) Eksoforia, (E) Hiperforia, (F) Hipoforia

6. Analisa hasil pemeriksaan
Pada pasien abnormal atau hasil tes positif, maka didapatkan adanya strabismus laten (*phoria*)

VI. REFERENSI :

- A. AIPKI & Indonesian Skill Laboratory Network and Development (ISLaND). 2020. Panduan Keterampilan Klinis. Zifatama Jawaara
- B. Schachat AP. 2018. Ryan's Retina 6th Ed. Elsevier, pp 4-8
- C. Blomquist, PH. 2021. Practical Ophthalmology: A Manual for Beginning Residents 8th ed. American Academy of Ophthalmology.)
- D. Dadeya, S. Kaur, S. 2021. Basic Examination of Strabismus. Delhi Ophthalmological Society
- E. Bommireddy T, Taylor K, Clarke MP. Assessing strabismus in children. Paediatrics and Child Health. 2019;30(1):14-8.
- F. Albert DM, Miller JW, Azar DT, Young LH, editor. Clinical evaluations of strabismus. Dalam: Albert and Jakobiec's principles and practice of ophthalmology. Edisi ke-4. Cham: Springer International Publishing; 2022. hlm. 6872-85.
- G. Khan AO, Chang TCP, El-Fairi MA, Lee KA, Utz VM, Mireskandari K, dkk. Pediatric ophthalmology and strabismus. Dalam: Basic and

clinical science course 2022-2023. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2022. hlm. 65–74.

CHECK LIST
PEMERIKSAAN MATA SEGMENT POSTERIOR (OFTALMOSKOP DIREK)

Nama :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri		
2	Menanyakan identitas pasien		
3	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan serta meminta persetujuan pasien (<i>informed consent</i>)		
4	Membaca basmalah sebelum melakukan pemeriksaan		
5	Mencuci tangan 6 langkah		
Tahap Kerja			
Pemeriksaan Segmen Posterior (Oftalmoskop)			
6	Pasien diminta duduk dengan tenang bersilangan dengan pemeriksa.		
7	Penderita diminta melihat pada satu titik lurus jauh ke depan		
8	Setel cakram oftalmoskop : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pada mata emetrop atau normal, rukos/lempengan bisa dimulai dari 0 ▪ Jika seseorang memakai kacamata (berarti sudah emetrop), rukos/lempengan bisa dimulai dari 0 Pada pasien tidak emetrop karena miopia, jika kacamata dilepas sebelum pemeriksaan, maka rukos/lempengan digeser ke arah negatif (warna merah) sampai fokus pada fundus okuli. Sebaliknya jika hipermetrop rukos digeser ke arah positif (warna hitam) sampai nampak fundus okuli		
9	Pegang oftalmoskop dengan tangan kanan dan jari telunjuk siap pada putaran rekos, memeriksa mata kanan penderita dengan tangan kanan dan mata kanan. Pegang oftalmoskop dengan tangan kiri dan jari telunjuk siap pada putaran rekos, memeriksa mata kiri penderita dengan tangan kiri dan menggunakan mata kiri.		
10	Nyalakan oftalmoskop, arahkan cahaya ke pupil, dengan cara memegangnya hampir menempel pada mata pemeriksa, pemeriksa melihat lewat lubang pengintip, mulai pada jarak 30 cm di depan pasien, dan pelan-pelan bergerak maju sampai fokus		

11	Saat tampak refleksi fundus yang berwarna merah, dekatkan ke mata pasien kira-kira 2-3 cm di depan mata pasien		
12	Fokuskan sinar oftalmoskop pada papil n. optikus (perhatikan warna, tepi, dan pembuluh darah yang keluar dari papil)		
13	Minta pasien melihat ke arah sumber cahaya oftalmoskop, periksa keadaan makula lutea (lakukan dengan cepat/sebentar), lanjutkan pemeriksaan pada seluruh bagian retina		
Penutup			
14	Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien		
15	Menyimpulkan dan melaporkan hasil pemeriksaan		
16	Membaca hamdallah dan mengakhiri sesi pemeriksaan kepada pasien		
Sikap Profesional			
	Melakukan dengan percaya diri		
	Melakukan dengan sopan		
	Melakukan dengan ramah		
	Melakukan dengan rapi		
	Menunjukkan sikap empati		
	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		
		Tanggal Kegiatan	
		Nama Instruktur	
		Tanda Tangan (Instruktur)	

**CHECK LIST
PEMERIKSAAN POSISI BOLA MATA**

Nama :
NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri		
2	Menanyakan identitas pasien		
3	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan serta meminta persetujuan pasien (<i>informed consent</i>)		
4	Membaca basmalah sebelum melakukan pemeriksaan		
5	Mencuci tangan 6 langkah		
Tahap Kerja			
Pemeriksaan Posisi Mata			
6	Pasien diminta duduk dengan tenang bersilangan dengan pemeriksa dan melepas kacamata (jika memakai)		
7	Metode Hirschberg : Posisikan pasien dengan pasien diminta melihat lurus ke depan atau ke kening pemeriksa dengan tinggi mata pemeriksa dan pasien disesuaikan		
8	Ambil penlight dan arahkan tepat di tengah nasal pasien hingga cahaya nampak di kedua mata kira-kira 30 cm		
9	Amati deviasi dari pupil mata kiri dan kanan dengan menilai posisi refleksi cahaya pada kornea pasien		
11	Metode Cover-Uncover Test Minta pasien untuk memfiksasi matanya pada satu titik. Untuk pasien anak, gunakan objek berupa mainan yang berukuran kecil atau <i>penlight</i> .		
12!	Pemeriksa menutupi salah satu mata pasien yang akan diperiksa tanpa menyentuh area mata/kulit wajah pasien. Beri jarak kira-kira 3-5 cm		
13	Dengan cepat, pasien diminta untuk membuka penutup mata atau tangan pemeriksa dipindah ke samping dengan cepat		
14	Perhatikan pergerakan mata yang sebelumnya ditutup. Lihat adanya deviasi mata kembali ke posisi fiksasi objek.		
15	Tutup mata yang lain dan ulangi prosedur pemeriksaan.		

Penutup			
16	Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien		
17	Menyimpulkan dan melaporkan hasil pemeriksaan		
18	Membaca hamdallah dan mengakhiri sesi pemeriksaan kepada pasien		
Sikap Profesional			
	Melakukan dengan percaya diri		
	Melakukan dengan sopan		
	Melakukan dengan ramah		
	Melakukan dengan rapi		
	Menunjukkan sikap empati		
	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		
		Tanggal Kegiatan	
		Nama Instruktur	
		Tanda Tangan (Instruktur)	

! adalah Critical Point

PEMERIKSAAN RHINOSKOPI POSTERIOR, LARINGOSKOPI INDIREK, TEKNIK MENGHENTIKAN EPISTAKSIS (PEMASANGAN TAMPON)

I. TUJUAN PEMBELAJARAN

- A. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan rinoskopi posterior
- B. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan laringoskopi indirek
- C. Mahasiswa mampu melakukan tindakan dalam menghentikan perdarahan hidung anterior

II. Materi Pendukung Pembelajaran

Untuk mendukung topik keterampilan klinis, adapun materi pendukung yang berkaitan dan perlu dipahami oleh mahasiswa sebelumnya antara lain :

- A. Teknik pemeriksaan hidung : rinoskopi anterior
- B. Teknik pemeriksaan tenggorokan
- C. Anatomi hidung dan tenggorokan

III. Landasan Teori

A. Rinoskopi Posterior

Rinoskopi adalah prosedur yang digunakan pada berbagai kasus THT (telinga, hidung, tenggorok), termasuk sinusitis, epistaksis, dan rhinitis. Rinoskopi bermanfaat dalam visualisasi langsung kavitas nasal, deteksi dan pengambilan benda asing, serta untuk mengevaluasi adanya inflamasi, infeksi, atau massa intranasal.

Terdapat dua jenis rinoskopi, yaitu rinoskopi anterior dan posterior. Rinoskopi anterior merupakan pemeriksaan kavitas nasal yang memungkinkan evaluasi sekret nasal, pembesaran konka, karakteristik permukaan mukosa, posisi septum nasal, luka, atau adanya benda asing. Selain itu, rinoskopi anterior juga dilakukan untuk pengambilan sampel laboratorium dan tindakan terapeutik, seperti ekstraksi benda asing atau pemasangan tampon hidung. Sedangkan rinoskopi posterior jarang dilakukan dan bertujuan untuk memeriksa bagian posterior dari kavitas nasal, yaitu koana, sisi posterior konka nasal dan septum, nasofaring, serta torus tubarius. Rinoskopi posterior membutuhkan cermin rinoskopi posterior dan spatula lidah. Komplikasi yang mungkin terjadi adalah ketidaknyamanan, epistaksis, dan refleks muntah



Gambar 1. Cermin rinoskopi posterior

B. Laringoskopi Indirek

Laringoskopi adalah prosedur pemeriksaan yang dilakukan untuk melihat bagian belakang tenggorokan, kotak suara (laring), dan pita suara. Pemeriksaan ini biasanya dilakukan ketika dicurigai adanya radang pita suara (laringitis) atau penyakit lain yang menyerang bagian kotak suara.

Terdapat dua jenis prosedur laringoskopi, yaitu direk dan indirek. Masing-masing prosedur menggunakan peralatan dan prosedur yang berbeda. Laringoskopi direk dilakukan menggunakan alat laringoskop berupa pipa tipis, fleksibel, dan fiber optik dengan lampu dan lensa kamera pada ujungnya. Dengan begitu, bagian dalam tenggorokan dapat divisualisasi secara langsung (direk).

Sedangkan pada laringoskopi indirek, alat laringoskop tidak digunakan. Pemeriksaan tenggorokan dilakukan secara tidak langsung (indirek) dengan cermin dan lampu. Pemeriksaan bagian belakang tenggorokan menggunakan perangkat kepala yang dilengkapi dengan lampu kemudian cermin kecil diarahkan untuk melakukan pengamatan di dalam tenggorokan.



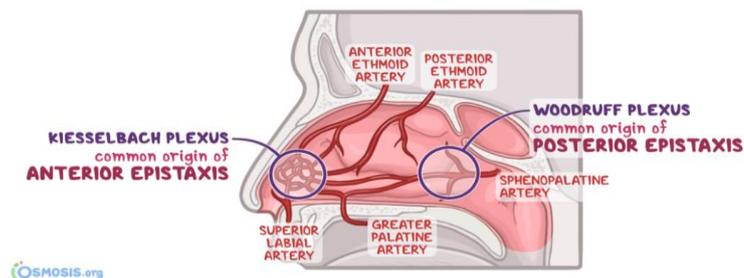
Gambar 3. Cermin laring

C. Penghentian Perdarahan Hidung Anterior

Epistaksis merupakan salah satu kegawatdaruratan di bidang THT-KL. Diperkirakan, sekitar 60% penduduk pernah mengalami epistaksis dan 6% diantaranya mencari bantuan medis. Insiden epistaksis sekitar 108 per 100.000 penduduk per tahun. Epistaksis bagian anterior umumnya dijumpai pada anak dan dewasa muda, sementara epistaksis posterior sering pada orang tua dengan perdarahan yang akut yang berat.

Epistaksis berasal dari istilah Yunani *epistazein* yang berarti perdarahan dari hidung. Berdasarkan lokasinya epistaksis dapat dibagi atas beberapa bagian, yaitu: epistaksis anterior dan epistaksis posterior. Epistaksis anterior merupakan jenis epistaksis yang paling sering dijumpai terutama pada anak-anak dan biasanya dapat berhenti sendiri. Perdarahan pada lokasi ini bersumber dari pleksus *Kiesselbach (little's area)*, yaitu anastomosis dari beberapa pembuluh darah di septum bagian anterior tepat di ujung posterosuperior vestibulum nasi. Epistaksis posterior dapat berasal dari arteri sfenopalatina dan arteri etmoid posterior ataupun area yg disebut pleksus Woodruff. Pendarahan biasanya hebat dan jarang

berhenti dengan sendirinya. Sering ditemukan pada pasien dengan hipertensi, arteriosklerosis atau pasien dengan penyakit kardiovaskuler.



Gambar 6. Pleksus Kiesselbach dan Pleksus Woodruff

Terdapat 3 prinsip utama dalam menanggulangi epistaksis yaitu menghentikan perdarahan, mencegah komplikasi, dan mencegah berulangnya epistaksis. Menghentikan perdarahan dapat dilakukan dengan: penekanan langsung pada ala nasi, kauterisasi, pemasangan tampon hidung (anterior dan posterior), ligasi arteri dan embolisasi. Pencegahan terhadap terjadinya komplikasi dapat dilakukan dengan: mengatasi dampak dari perdarahan yang banyak. Salah satu yang dilakukan adalah; pemberian infus atau transfusi darah.

IV. ALAT DAN BAHAN

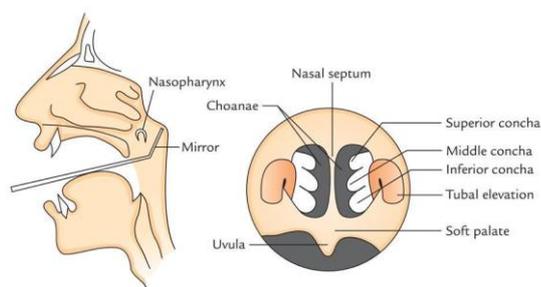
- A. Alat yang dibutuhkan Pemeriksaan Rinoskopi Posterior :
 - 1. Lampu kepala / Headlamp
 - 2. Cermin rinoskopi posterior
 - 3. Spatula lidah
 - 4. Anestesi topikal
- B. Alat Yang Dibutuhkan Pemeriksaan Laringoskopi Indirek:
 - 1. Lampu kepala
 - 2. Cermin laring
 - 3. Kassa steril
 - 4. Sarung tangan
- C. Alat yang dibutuhkan pada pemasangan tampon hidung anterior :
 - 1. Alat pelindung diri (sarung tangan, masker, apron, goggles)
 - 2. Brankar rumah sakit yang dapat ditegakkan hingga 90o atau kursi THT
 - 3. Lampu kepala
 - 4. Spekulum hidung
 - 5. Forsep bayonet
 - 6. Suction
 - 7. Nierbeken (emesis basin)
 - 8. Salep antibiotik
 - 9. Kasa steril

10. Dekongestan topikal (0,25% phenylephrine, epinefrin 1:1000, atau oxymetazoline spray)
11. Anestesi topikal (campuran 4% lidocaine, 0,1% epinefrin, dan 0,4% tetracaine)
12. Tampon rol yang telah diberi vaselin atau dicampur antibiotik dengan lebar sekitar 0.5 cm, atau
13. Nasal tampon atau nasal balloon yang telah tersedia

V. Prosedur Pemeriksaan

A. Langkah pemeriksaan rinoskopi posterior

1. Cuci tangan sebelum melakukan prosedur pemeriksaan
2. Persiapan pasien :
 - a. Melakukan *informed consent*
 - b. Pasien berada dalam posisi duduk, kepala sejajar dengan pemeriksa. Pasien duduk dalam keadaan lurus dan tegak. Pemeriksa berada di sebelah kanan pasien. Kepala pasien lurus menghadap depan atau ke arah pemeriksa. Kepala pasien sebaiknya menempel pada sandaran kepala
3. Semprotkan anestesi topikal ke area orofaring pasien. Tunggu 1-5 menit
4. Cermin rinoskopi posterior dihangatkan di atas api atau penghangat hingga mencapai suhu tubuh, untuk mencegah timbulnya embun saat pemeriksaan
5. Instruksikan pasien untuk membuka mulut. Depresikan lidah pasien dengan spatula lidah, menggunakan tangan non dominan
6. Masukkan cermin rinoskopi posterior ke dalam mulut pasien melewati palatum mole, dengan cermin mengarah ke superior
7. Evaluasi kavitas nasal posterior, yaitu koana, ostium tuba Eustachius, fossa Rosenmuller, torus tubarius, serta bagian posterior septum dan konka
8. Keluarkan cermin rinoskopi posterior dan spatula lidah



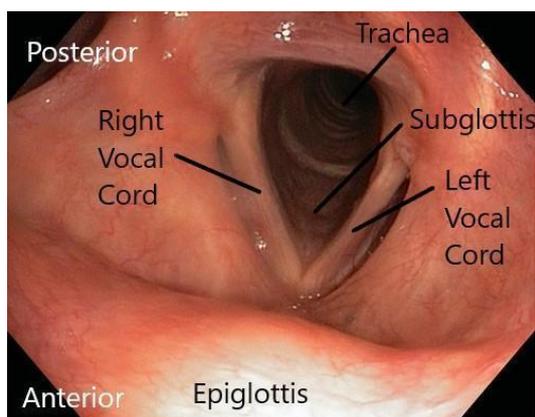
Gambar 2. Rinoskopi posterior

B. Langkah pemeriksaan Laringoskopi Indirek

1. Cuci tangan sebelum melakukan prosedur pemeriksaan
2. Persiapan pasien :
 - a. Melakukan *informed consent*
 - b. Pasien berada dalam posisi duduk, kepala sejajar dengan pemeriksa. Pasien duduk dalam keadaan lurus dan tegak. Pemeriksa berada di sebelah kanan pasien. Kepala pasien lurus menghadap depan atau ke arah pemeriksa. Kepala pasien sebaiknya menempel pada sandaran kepala
3. Melakukan pemilihan cermin laring yang tepat
4. Instruksikan penderita untuk membuka mulut dan menjulurkan lidah
5. Pegang lidah dengan kasa steril. Pasien diinstruksikan untuk bernafas secara normal
6. Masukkan cermin laring yang telah di lidah apikan ke dalam orofaring
7. Posisikan cermin laring sedemikian rupa hingga tampak struktur di daerah hipofaring
8. Menilai mobilitas plika vocalis dengan menyuruh penderita mengucapkan huruf "i" berulang kali
9. Meletakkan alat-alat pemeriksaan ke tempat semula



Gambar 4. Laringoskopi indirek

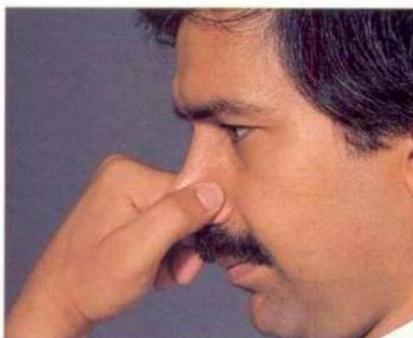


Gambar 5. Visualisasi pada laringoskopi indirek

C. Prosedur Penghentian Perdarahan Hidung Anterior

1. Penekanan Langsung Pada Ala Nasi

Penanganan pertama dimulai dengan penekanan langsung ala nasi kiri dan kanan bersamaan selama 5 – 30 menit. Setiap 5 – 10 menit sekali dievaluasi apakah perdarahan telah terkontrol atau belum. Penderita sebaiknya tetap tegak namun tidak hiperekstensi untuk menghindari darah mengalir ke faring yang dapat mengakibatkan aspirasi



Gambar 7. Penekanan langsung pada ala nasi

2. Kauterisasi

Perdarahan yang berasal dari plexus Kiesselbach dapat ditangani dengan kauterisasi kimia Perak Nitrat 30%, Asam Triklorasetat 30%, atau Policresulen pada pembuluh darah yang mengalami perdarahan selama 2 – 3 detik. Kauterisasi tidak dilakukan pada kedua septum karena dapat menimbulkan perforasi.

Prosedur elektrokauterisasi juga dapat dilakukan. Metode ini dilakukan pada perdarahan yang lebih masif yang kemungkinan

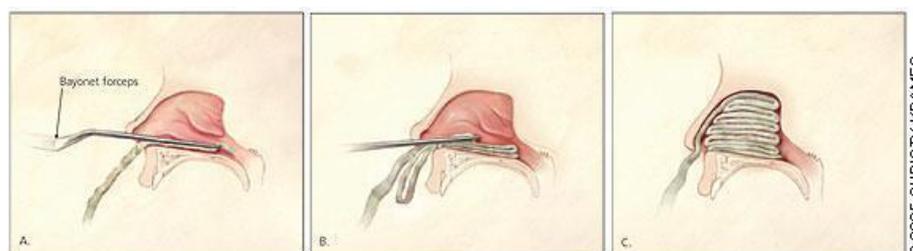
berasal dari daerah posterior, dan kadang memerlukan anestesi lokal. Terdapat dua macam mekanisme elektrokauter, yaitu monopolar dan bipolar.

3. Tampon Hidung

Tampon hidung dapat digunakan untuk menangani epistaksis yang tidak responsif terhadap kauterisasi. Terdapat dua tipe tampon, tampon anterior dan tampon posterior. Pada keduanya, dibutuhkan anestesi dan vasokonstriksi yang adekuat.

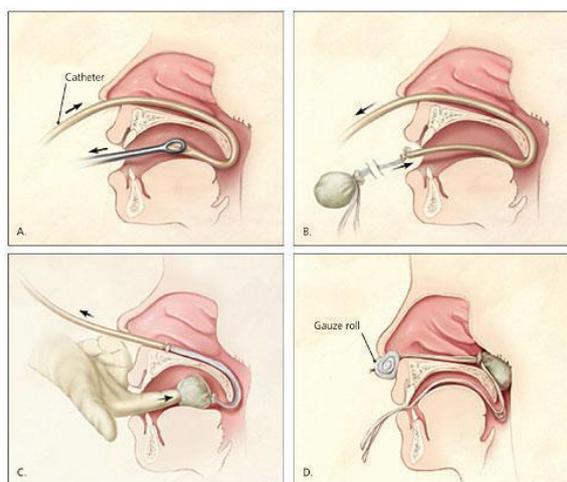
Tampon Anterior. Untuk tampon anterior dapat digunakan tampon Boorzalf atau tampon sinonasal atau tampon pita (ukuran 1,2 cm x 180 cm), yaitu tampon yang dibuat dari kasa gulung yang diberikan vaselin putih (petrolatum) dan asam borat 10%, atau dapat menggunakan salep antibiotik, misalnya Oksitetrasiklin 1%, tampon ini merupakan tampon tradisional yang sering digunakan.

Bahan lain yang dapat dipakai adalah campuran bismuth subnitrat 20% dan pasta paraffin iodoform 40%, pasta tersebut dicairkan dan diberikan secara merata pada tampon sinonasal / pita, tampon ini dapat dipakai untuk membantu menghentikan epistaksis yang hebat. Pasang dengan menggunakan spekulum hidung dan pinset bayonet, yang diatur secara bersusun dari inferior ke superior dan posterior mungkin untuk memberikan tekanan yang adekuat. Apabila tampon menggunakan boorzalf atau salep antibiotik harus dilepas dalam 2 hari, sedangkan apabila menggunakan bismuth dan pasta paraffin iodoform dapat dipertahankan sampai 4 hari.



Gambar 8. Tampon hidung anterior

Tampon posterior. Epistaksis yang tidak terkontrol menggunakan tampon rongga hidung anterior dapat ditambahkan tampon posterior. Secara tradisional, menggunakan tampon yang digulung, dikenal sebagai tampon *Belloccq*. Apabila melakukan pemasangan tampon posterior, maka tampon anterior seyogyanya tetap dipasang. Antibiotik intravena tetap diberikan untuk mencegah rinosinusitis dan syok septik



Gambar 9. Tampon hidung posterior

D. Langkah pemasangan tampon anterior :

1. Gunakan alat pelindung diri
2. Persiapkan alat dan bahan
3. Periksa kembali sumber perdarahan dengan menggunakan spekulum hidung
4. Masukkan obat dekongestan topikal dengan kapas atau spray ke bagian konka hidung
5. Masukkan tampon rol yang telah dipersiapkan ke dalam kavum nasi dengan forcep bayonet mulai dari bagian posterior inferior secara berlapis-lapis hingga puncak rongga hidung
6. Pastikan ujung anterior dari tampon dapat diakses dengan mudah untuk pelepasan tampon
7. Tampon dapat dipertahankan selama 24-48 jam
8. Ligasi Arteri

Pemilihan pembuluh darah yang akan diligasi bergantung pada lokasi epistaksis. Secara umum, semakin dekat ligasi ke lokasi perdarahan, maka kontrol perdarahan semakin efektif. Pembuluh darah yang dipilih antara lain : arteri karotis eksterna, arteri maksila interna atau arteri ethmoidalis.

9. Embolisasi

Perdarahan yang berasal dari sistem arteri karotis eksterna dapat diembolisasi. Dilakukan angiografi pre embolisasi untuk mengevaluasi sistem arteri karotis eksterna dan arteri karotis interna. Embolisasi dilakukan pada arteri maxilaris interna dan externa. Angiografi post embolisasi dapat digunakan untuk menilai tingkat oklusi.

VI. REFERENSI

- A. Chang P, Pedler K. 2005. Ear examination : a practical guide. Australian Family Physician: 34(10):857-62
- B. Dance D, Riley M, Ludemann JP. 2009. Removal of ear canal foreign bodies in children: What can go wrong and when to refer. BC Med Journal: 51(1):20-24
- C. Scadding G, Hellings P, Alobid I, Bachert C, Fokkens W, van Wijk RG, Gevaert P, Guilemany J, Kalogjera L, Lund V, Mullol J, Passalacqua G, Toskala E, van Drunen C. 2011. Diagnostic tools in Rhinology EAACI position paper. Clin Transl Allergy.

CHECKLIST PEMERIKSAAN RINOSKOPI POSTERIOR

Nama :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan Salam dan mempersilahkan masuk/duduk		
2	Menanyakan identitas pasien (nama, umur, alamat)		
3	Melakukan <i>informed consent</i>		
4	Mengucapkan basmalah sebelum melakukan pemeriksaan		
5	Melakukan cuci tangan 6 langkah		
Tahap Kerja			
6	Memposisikan pasien dengan tepat		
7	Semprotkan anestesi topikal ke area orofaring pasien. Tunggu 1-5 menit		
8	Cermin rinoskopi posterior dihangatkan di atas api atau penghangat hingga mencapai suhu tubuh, untuk mencegah timbulnya embun saat pemeriksaan		
9	Instruksikan pasien untuk membuka mulut. Depresikan lidah pasien dengan spatula lidah, menggunakan tangan non dominan		
10	Masukkan cermin rinoskopi posterior ke dalam mulut pasien melewati palatum mole, dengan cermin mengarah ke superior		
11	Evaluasi kavitas nasal posterior, yaitu koana, ostium tuba Eustachius, fossa Rosenmuller, torus tubarius, serta bagian posterior septum dan konka		
12	Keluarkan cermin rinoskopi posterior dan spatula lidah		
Penutup			
13	Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien		
14	Edukasi pasien bahwa tindakan telah selesai		
15	Membaca hamdalah		
Sikap Profesional			
	Melakukan dengan percaya diri		
	Melakukan dengan sopan		
	Melakukan dengan ramah		
	Melakukan dengan rapi		
	Menunjukkan sikap empati		
	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		

Pemeriksaan Rhinoskopi Posterior, Laringoskopi Indirek, Teknik Menghentikan Epistaksis (Pemasangan Tampon)

Tanggal Kegiatan	
Nama Instruktur	
Tanda Tangan Instruktur	

CHECKLIST LARINGOSKOPI INDIK

Nama :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan Salam dan mempersilahkan masuk/duduk		
2	Menanyakan identitas pasien (nama, umur, alamat)		
3	Melakukan <i>informed consent</i>		
4	Mengucapkan basmalah sebelum melakukan pemeriksaan		
5	Melakukan cuci tangan 6 langkah		
Tahap Kerja			
6	Memposisikan pasien dengan tepat		
7	Melakukan pemilihan cermin laring yang tepat		
8	Instruksikan penderita untuk membuka mulut dan menjulurkan lidah		
9	Pegang lidah dengan kasa steril. Pasien diinstruksikan untuk bernafas secara normal		
10	Masukkan cermin laring yang telah dilidah apikan ke dalam orofaring		
11	Posisikan cermin laring sedemikian rupa hingga tampak struktur di daerah hipofaring		
12	Menilai mobilitas plika vocalis dengan menyuruh penderita mengucapkan huruf i berulang kali		
13	Meletakkan alat-alat pemeriksaan ke tempat semula		
Penutup			
14	Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien		
15	Edukasi pasien bahwa tindakan telah selesai		
16	Membaca hamdalah		
Sikap Profesional			
	Melakukan dengan percaya diri		
	Melakukan dengan sopan		
	Melakukan dengan ramah		
	Melakukan dengan rapi		
	Menunjukkan sikap empati		
	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		

Pemeriksaan Rhinoskopi Posterior, Laringoskopi Indirek, Teknik Menghentikan Epistaksis (Pemasangan Tampon)

Tanggal Kegiatan	
Nama Instruktur	
Tanda Tangan Instruktur	

CHECKLIST PEMASANGAN TAMPON HIDUNG ANTERIOR

Nama :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan Salam dan mempersilahkan masuk/duduk		
2	Menanyakan identitas pasien (nama, umur, alamat)		
3	Melakukan <i>informed consent</i>		
4	Mengucapkan basmalah sebelum melakukan pemeriksaan		
5	Melakukan cuci tangan 6 langkah dan persiapan alat yang dibutuhkan		
Tahap Kerja			
6	Periksa kembali sumber perdarahan dengan menggunakan spekulum hidung		
7	Masukkan obat dekongestan topikal dengan kapas atau spray ke bagian konka hidung		
8	Masukkan tampon rol yang telah dipersiapkan ke dalam kavum nasi dengan forcep bayonet mulai dari bagian posterior inferior secara berlapis-lapis hingga puncak rongga hidung		
9	Pastikan ujung anterior dari tampon dapat diakses dengan mudah untuk pelepasan tampon		
10	Tampon dapat dipertahankan selama 24-48 jam		
Penutup			
11	Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien		
12	Edukasi pasien bahwa tindakan telah selesai		
13	Membaca hamdalah		
Sikap Profesional			
	Melakukan dengan percaya diri		
	Melakukan dengan sopan		
	Melakukan dengan ramah		
	Melakukan dengan rapi		
	Menunjukkan sikap empati		
	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		
		Tanggal Kegiatan	
		Nama Instruktur	
		Tanda Tangan Instruktur	

TEKNIK PENGAMBILAN BENDA ASING (*CORPUS ALIENUM*)

I. TUJUAN PEMBELAJARAN

- A. Mahasiswa mampu melakukan tindakan pengambilan benda asing dari hidung
- B. Mahasiswa mampu melakukan tindakan pengambilan benda asing dari telinga
- C. Mahasiswa mampu melakukan tindakan pengambilan benda asing dari mata

II. MATERI PENDUKUNG PEMBELAJARAN

Untuk mendukung topik keterampilan klinis, adapun materi pendukung yang berkaitan dan perlu dipahami oleh mahasiswa sebelumnya antara lain :

- A. Anatomi hidung, telinga dan mata
- B. Teknik pemeriksaan telinga : inspeksi dengan otoskopi
- C. Teknik pemeriksaan hidung : inspeksi dengan rhinoskopi anterior
- D. Teknik pemeriksaan mata segmen anterior
- E. Teknik eversi kelopak mata

III. LANDASAN TEORI

Corpus alienum atau benda asing adalah benda yang berasal dari luar atau dalam tubuh yang dalam keadaan normal tidak ada pada tubuh. Benda asing dalam suatu organ dapat terbagi atas benda asing eksogen (dari luar tubuh) dan benda asing endogen (dari dalam tubuh). Benda asing eksogen terdiri dari benda padat, cair atau gas. Benda asing eksogen padat terbagi terdiri dari zat organik seperti kacang-kacangan (yang berasal dari tumbuh-tumbuhan), tulang (yang berasal dari kerangka bintang) dan zat organik seperti paku, jarum, peniti, batu dan lain-lain. Benda asing eksogen cair dibagi dalam benda cair yang bersifat iritatif seperti zat kimia, dan benda cair non iritatif yaitu cairan dengan pH 7,4. Benda asing eksogen dapat berupa sekret kental, darah, bekuan darah, nanah, krusta.

Benda asing pada hidung merupakan masalah kesehatan keluarga yang sering terjadi pada anak-anak. Pada anak-anak cenderung mengeksplorasi tubuhnya, terutama daerah yang berlubang, termasuk telinga, hidung, dan mulut. Benda-benda asing yang sering ditemukan pada anak-anak antaranya kacang hijau, manik-manik, dan lain-lain. Pada orang dewasa yang relatif sering ditemukan adalah kapas cotton bud, atau serangga kecil seperti kecoa, semut atau nyamuk.

Diagnosis pada pasien sering terlambat karena penyebab biasanya tidak terlihat, dan gejalanya tidak spesifik, dan sering terjadi kesalahan

diagnosis awalnya. Sebagian besar benda asing pada hidung dapat dikeluarkan oleh dokter terlatih dengan komplikasi yang minimal. Pengeluaran benda asing lazim dilakukan dengan forceps, irigasi dengan air, dan kateter hisap. Pengeluaran benda asing harus dilakukan sedini mungkin untuk menghindari komplikasi yang dapat ditimbulkan misalnya perdarahan pada hidung dan lain-lain. Usaha mengeluarkan benda asing seringkali malah mendorongnya lebih ke dalam sehingga harus dilakukan secara tepat dan hati-hati. Bila kurang hati-hati atau bila pasien tidak kooperatif, berisiko trauma yang dapat merusak struktur organ yang lain.

Gejala pertama benda asing hidung berupa benda organik di dalam rongga hidung adalah sumbatan hidung, sekret serosanguinosa, sakit kepala, bersin, bernafas melalui mulut, epistaksis, sekret hidung, dan bau di salah satu sisi hidung. Demam dapat terjadi disertai bau busuk yang keluar dari hidung. Sebagian benda asing hidung tidak berbahaya, namun lain halnya dengan benda asing berupa baterai dapat berbahaya dan merusak mukosa hidung. Evakuasi benda asing dari hidung memerlukan kecermatan yang baik terutama jika benda asing berisiko memberi efek yang deleterious kepada organ yang terkait. Pada anak-anak, mengeluarkan benda asing dari hidung memerlukan pengalaman dan kesabaran. Upaya tersebut tidak boleh dilakukan beberapa kali. Selain itu, perlengkapan jalan napas darurat harus tersedia di ruangan sebelum melakukan upaya apa pun untuk mengeluarkan benda asing tersebut.

Beberapa poin-poin penting yang perlu diperhatikan saat akan melakukan ekstraksi benda asing di hidung antara lain :

- A. Benda asing tertentu seperti baterai jam dan magnet harus dikeluarkan dengan segera karena dapat menyebabkan kerusakan mukosa hidung secara cepat
- B. Benda asing lain seperti manik-manik, kacang, mainan, atau batu juga sebaiknya tidak dibiarkan terlalu lama karena mungkin menyebabkan edema, erosi, ulkus, epistaksis, formasi jaringan nekrotik, dan granulasi. Selain itu, pasien mungkin mengalami aspirasi atau obstruksi jalan napas
- C. Kontraindikasi ekstraksi invasif di unit gawat darurat adalah bila benda tidak bisa divisualisasi dengan baik atau bila pasien tidak kooperatif. Dalam hal ini, kasus sebaiknya dirujuk ke dokter spesialis THT dan dipindahkan ke ruang operasi untuk sedasi dan manajemen lebih lanjut.

Ekstraksi benda asing telinga adalah tindakan medis untuk mengeluarkan benda asing atau *corpus alienum* dari meatus akustikus eksterna. Beberapa benda asing yang dapat ditemukan antara lain manik-manik (*beads*), batu baterai, serangga, kapas, dan kertas maupun tissue. Beberapa benda asing, seperti batu baterai, merupakan kegawatdaruratan dan harus segera diekstraksi. Sedangkan benda lainnya bukan merupakan kegawatdaruratan, tetapi penundaan ekstraksinya dapat berisiko edema liang telinga. Edema liang telinga dapat mempersulit ekstraksinya di kemudian hari. Beberapa hal lain yang perlu diperhatikan sebelum dan saat melakukan ekstraksi benda asing telinga antara lain :

- A. Pikirkan adanya penyebab penyakit lain yang menimbulkan otalgia, gatal pada telinga, gangguan pendengaran, atau keluhan lain pada telinga yang menyerupai gejala benda asing telinga
- B. Lakukan pemeriksaan fisik telinga secara menyeluruh, disertai pemeriksaan kepala, mata, hidung, dan tenggorokan yang dapat berhubungan dengan telinga.
- C. Prosedur ekstraksi benda asing dapat dibedakan berdasarkan jenis benda asing yang terdapat pada telinga, yaitu dengan cara ekstraksi mekanik, irigasi, *suction*, *cyanoacrylate*, serta menggunakan *baby oil* maupun lidokain pada serangga

Selain di hidung dan telinga, benda asing juga dapat ditemukan pada mata. Benda asing pada mata seringkali terjadi pada konjungtiva, yaitu lapisan bening pada mata. Benda asing di konjungtiva adalah benda yang dalam keadaan normal tidak dijumpai di konjungtiva dan dapat menyebabkan iritasi jaringan. Pada umumnya kelainan ini bersifat ringan, namun pada beberapa keadaan dapat berakibat serius terutama pada benda asing yang bersifat asam atau basa dan bila timbul infeksi sekunder. *Corpus alienum* superfisial pada konjungtiva dibagi ke dalam 3 tipe yakni: metalik, pecahan non-organik seperti kaca, dan organik seperti kayu, serangga, dimana metalik menempati urutan terbanyak. Secara umum *Corpus alienum* kornea termasuk dalam kategori trauma minor ocular. *Corpus alienum* akan mencetuskan sebuah kaskade inflamasi, yang menghasilkan dilatasi dari pembuluh darah sekitar dan dapat diikuti dengan edema pada palpebra, konjungtiva dan kornea. Jika tidak dihilangkan, benda asing tersebut dapat menyebabkan infeksi dan atau nekrosis jaringan.

Adapun beberapa tanda dan gejala yang dapat ditemukan pada kasus-kasus dengan *corpus alienum* antara lain: keluhan nyeri, sensasi mengganjal, fotofobia, mata berair, mata merah riwayat dengan aktivitas pada saat cedera serta bahan yang terlibat, riwayat mencoba untuk

menghapus atau membersihkan corpus alienum, dan riwayat penggunaan alat pelindung diri. Teknik ekstraksi benda asing konjungtiva merupakan tindakan sederhana yang tidak memerlukan persiapan khusus, sehingga harus dapat dilakukan oleh semua dokter umum. Pada umumnya, benda asing yang dangkal dapat dihilangkan dengan irigasi atau kapas yang dibasahi. Jika cedera disebabkan oleh semen, plester, atau bahan kimia lainnya, segera irigasi mata dan tunda pemeriksaan.

Jika benda tersebut tertanam dengan dangkal perlu dihapus dengan bantuan jarum spoit setelah pemberian anestesi topikal saat berada di slit lamp, dan jika benda asing seperti itu bersifat magnetis dapat dihilangkan dengan magnet. Setelah mengeluarkan benda asing, mata diperban dengan salep mata antibiotik diterapkan selama 24 hingga 48 jam. Obat tetes mata antibiotik diberikan 3-4 kali sehari selama sekitar satu minggu. Setelah benda asing diangkat, obati dengan tetes antibiotik atau salep spektrum luas; agen sikloplegik (siklopentolat 1% QID atau skopolamin 0,25% TID) dapat meningkatkan kenyamanan okular jika pasien fotofobik.

IV. ALAT DAN BAHAN

A. Ekstraksi benda asing di hidung

1. Spekulum hidung
2. *Headlamp*
3. Pinset bayonet
4. Forsep crocodile
5. Nierbeken/bengkok
6. Kasa



Gambar 10. Pinset bayonet



Gambar 11. Forsep crocodile



Gambar 12. *Right angle hook*

B. Ekstraksi benda asing di telinga

1. Bak instrumen
2. Spuit irigasi 20-50 cc
3. Pinset anatomis
4. Pinset chirurgis
5. Angle hook
6. THT set : otoskopi
7. Serumen hook
8. Kasa
9. Handscoon
10. Nierbeken/bengkok
11. *Headlamp*
12. Kom kecil/ sedang
13. Tetes telinga
14. Larutan fisiologis (NaCl) dan Povidone iodine

C. Ekstraksi benda asing di mata

1. Tetes mata Tetrakain-HCl 2%
2. Povidone Iodin
3. Penlight
4. Lup
5. Lidi kapas
6. Jarum spoit ukuran 26G
7. Antibiotik topikal (salep atau tetes mata)

V. PROSEDUR PEMERIKSAAN

A. Pengambilan *Corpus Alienum*

1. *Corpus alienum* di hidung

Untuk dapat menanggulangi kasus aspirasi benda asing dengan cepat dan tepat perlu diketahui dengan sebaik-baiknya gejala tersangkutnya benda asing tersebut. Adapun pemilihan teknik untuk mengeluarkan benda asing sebaiknya didasarkan pada lokasi yang tepat, bentuk, dan komposisi benda asing.

Pengeluaran benda asing hidung jarang bersifat emergensi dan dapat menunggu saran dari spesialis terkait.

Bahaya utama pengeluaran benda asing pada hidung adalah aspirasi, terutama pada anak-anak yang tidak kooperatif dan menangis, pasien gelisah yang kemungkinan dapat menghirup benda asing ke dalam jalan napas dan melukai jaringan sekitar, sehingga menimbulkan keadaan emergensi. Beberapa persiapan pengeluaran benda asing pada hidung antara lain :

- a. Posisi ideal saat pengeluaran benda asing pada hidung adalah meminta pasien untuk duduk, pada pasien pediatrik maka akan di pangku, kemudian akan menahan tangan dan lengan pasien, dan seseorang lainnya akan membantu menahan kepala pasien dalam posisi ekstensi 30°.
- b. Visualisasi yang adekuat penting untuk membantu pengeluaran benda asing pada hidung. Lampu kepala dan kaca pembesar dapat membantu pemeriksa untuk memperoleh sumber pencahayaan yang baik dan tidak perlu dipegang, sehingga kedua tangan pemeriksa dapat digunakan untuk melakukan tindakan.
- c. Anestesi lokal sebelum tindakan dapat memfasilitasi ekstraksi yang efisien dan biasanya dalam bentuk spray. Lignokain (Lidokain) 4% merupakan pilihan yang biasa digunakan, walaupun kokain biasa digunakan dan bersifat vasokonstriktor. Namun, penggunaan kokain pada anak-anak dapat menimbulkan toksik, sehingga biasanya digantikan dengan adrenalin (epinefrin) 1:200.000. Akan tetapi, penggunaan anestesi lokal tidak terlalu bermanfaat pada pasien pediatric, sehingga anestesi umum lebih sering digunakan pada kasus anak-anak.

Alat-alat yang digunakan dalam proses ekstraksi benda asing pada hidung adalah forcep bayonet, serumen hook, kateter tuba eustachius, dan suction. Adapun, beberapa teknik pengeluaran benda asing pada hidung yang dapat digunakan antara lain :

a. Penatalaksanaan benda asing hidung yang hidup

- 1) Teknik berbeda diterapkan pada benda asing hidup. Pada kasus benda asing hidup berupa cacing, larva, dan lintah, penggunaan kloroform 25% yang dimasukkan ke dalam hidung dapat membunuh benda asing hidup tersebut. Hal ini mungkin harus kembali dilakukan 2-3 perminggu selama 6 minggu hingga

semua benda asing hidup mati. Setiap tindakan yang selesai dilakukan, ekstraksi dapat dilanjutkan dengan suction, irigasi, dan kuretase.

- 2) Pada pasien myasis dengan angka komplikasi dan morbiditas yang tinggi, dilakukan operasi debridement dan diberikan antibiotik parenteral, serta Ivermectin (antiparasit) dapat dipertimbangkan.
- 3) Setelah proses ekstraksi selesai dilakukan, pemeriksaan yang teliti harus dilakukan untuk mengeksklusi kehadiran benda asing lainnya. Orang tua juga harus diberikan edukasi untuk menjauhkan paparan benda asing hidung potensial lainnya dari anak-anaknya.

b. Penatalaksanaan benda asing hidung yang tidak hidup

- 1) Pengeluaran atau ekstraksi benda yang berbentuk bulat merupakan hal yang sulit karena tidak mudah untuk mencengkram benda asing tersebut. Serumen hook yang sedikit dibengkokkan merupakan alat yang paling tepat untuk digunakan. Pertama-tama, pengait menyusuri hingga bagian atap cavum nasi hingga belakang benda asing hingga 12 terletak di belakangnya, kemudian pengait diputar ke samping dan diturunkan sedikit, lalu ke depan. Dengan cara ini benda asing itu akan ikut terbawa keluar. Selain itu, dapat pula digunakan suction. Tidaklah bijaksana bila mendorong benda asing dari hidung ke arah nasofaring dengan maksud supaya masuk ke dalam mulut. Dengan cara itu, benda asing dapat terus masuk ke laring dan saluran napas bagian bawah yang menyebabkan sesak napas, sehingga menimbulkan keadaan yang gawat. Pemberian antibiotika sistemik selama 5-7 hari hanya diberikan pada kasus benda asing hidung yang telah menimbulkan infeksi hidung maupun sinus.
- 2) Suction (teknik tekanan negatif) biasanya digunakan apabila ekstraksi dengan forsep atau hook tidak berhasil dan juga digunakan pada benda asing berbentuk bulat. Suction dapat dengan mudah ditemukan pada bagian emergensi dan kemudian

diatur pada tekanan 100 dan 140 mmHg sebelum digunakan.

- 3) Benda asing mati yang bersifat non-organik pada hidung lainnya seperti spons dan potongan kertas dapat diekstraksi dengan menggunakan forsep.
- 4) Benda asing mati lain yang bersifat organik seperti kacang-kacangan dapat diekstraksi dengan menggunakan pengait tumpul.
- 5) Apabila tidak terdapat peralatan atau instrumen, dapat digunakan cara: pasien dapat mengeluarkan benda asing hidung tersebut dengan cara menghembuskan napas kuat-kuat melalui hidung sementara lubang hidung yang satunya ditutup. Jika cara ini tidak berhasil atau benda asing pada hidung tersebut terdapat pada pasien pediatrik yang tidak kooperatif, maka dapat digunakan ventilasi tekanan positif melalui mulut. Pada teknik ini, orang tua penderita melekatkan mulutnya ke mulut anaknya, lalu menutup lubang hidung yang tidak terdapat benda asing dengan jari, lalu meniupkan udara secara lembut dan cepat melalui mulut. Walaupun secara reflek epiglotis anak akan tertutup untuk melindungi paru-paru dari tekanan, penting diperhatikan bahwa tidak boleh memberikan hembusan bertekanan tinggi dengan volume yang banyak.

2. Corpus alienum di telinga

Sebelum melakukan pengambilan benda asing, lakukan terlebih dahulu pemeriksaan inspeksi pada telinga yang terdapat benda asing. Identifikasi apakah benda asing adalah objek hidup atau bukan. Jika merupakan objek hidup, tanyakan apakah masih hidup atau sudah mati dengan menanyakan kepada pasien apakah terdapat gerakan dari tubuh objek tersebut.

Cara melihat liang telinga lebih jelas dan lebih lurus pada pasien dewasa dan kooperatif yaitu dengan memegang pinna dengan satu tangan dan ditarik ke arah posterior dan superior. Sedangkan, pada bayi dan balita, penarikan pinna dilakukan ke arah posterior. Evaluasi liang telinga apakah terdapat cedera pada membrane timpani, jenis benda asing, lokasi letak benda asing pada liang telinga, serta kooperatifnya pasien. Beberapa persiapan pengeluaran benda asing pada telinga antara lain :

- a. Pasien harus diposisikan dengan kepala fleksi ke lateral menjauh dari pemeriksa
- b. Kanalis akustikus eksternus harus dalam posisi yang tidak terhalangi dari pandangan pemeriksa
- c. Pinna telinga yang akan diperiksa ditarik dengan perlahan ke arah atas dan belakang untuk meluruskan liang menggunakan tangan yang tidak memegang otoskop

1) Ekstraksi objek hidup

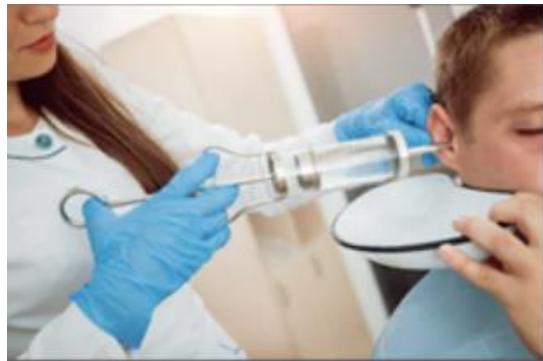
- Pada kasus benda asing berupa serangga : teteskan cairan yang tidak bersifat iritatif dan ototoksik seperti eter, alkohol, minyak, air garam, supaya serangga mati (sehingga tidak bergerak) dan sekaligus untuk lubrikasi dinding kanalis.
- Hati-hati pada benda asing yang bersifat organik higroskopis karena mudah mengembang bila terkena cairan
- Ekstraksi dapat dengan mudah dikeluarkan dengan memegang serangga menggunakan forceps alligator atau pinset bayonet
- Apabila terdapat eritema atau ekskoriasi yang luas setelah ekstraksi benda asing, digunakan antibiotik tetes telinga atau gunakan tampon antibiotik.
- Apabila pasien tersebut anak-anak : selama prosedur, anak dalam pangkuan orang dewasa dan difiksasi dengan baik oleh perawat.



Gambar 13. Teknik memegang anak saat pemeriksaan telinga

- Untuk benda asing yang tampak tertanam agak dalam, maka gunakan *angle hook*
- Apabila membran timpani intak, ekstraksi benda asing pada liang telinga juga dapat dikeluarkan dengan teknik irigasi. Teknik irigasi pada telinga dilakukan sebagai berikut :

- Telinga di irigasi dengan air yang bebas kuman pada suhu 37°C dengan jarum atau abocath dengan ujung yang sudah dipotong (tumpul).
- Tekanan air diarahkan ke posterosuperior, jangan secara langsung ke arah membran timpani.
- Pasca irigasi, liang telinga diperiksa ulang dengan otoskop.
- Teknik irigasi harus dihindari pada material seperti sayuran dan organik oleh karena dapat mengakibatkan pembengkakan objek dan menjadi sulit untuk dikeluarkan.



Gambar 13. Teknik irigasi pada telinga

2) Ekstraksi objek non-hidup/benda lain

Untuk benda anorganik yang terlihat oleh mata telanjang dapat diekstraksi dengan pengait kecil dan bila tidak terlihat cukup disemprot dengan cairan fisiologis seperti NaCl dengan metode irigasi

3. Corpus alienum di mata

Sebelum memulai pengeluaran benda asing, pastikan bahwa benda asing konjungtiva adalah penyebab keluhan yang ada, dan lakukan penilaian pra prosedur yang tepat. Beberapa hal yang harus dilakukan pada pasien sebelum melakukan prosedur ekstraksi benda asing antara lain :

- a. Sebelum melakukan manipulasi kelopak mata atau mata, ukur ketajaman penglihatan pada mata yang terkena dan mata lainnya. Benda asing pada konjungtiva tidak boleh menyebabkan penurunan ketajaman penglihatan yang signifikan.

- b. Sebelum menekan kelopak mata atau mata, pastikan tidak ada luka tembus pada mata. Luka seperti itu harus selalu dipertimbangkan jika ada riwayat penggunaan alat listrik atau akibat trauma benda tumpul berbahan besi atau logam. Jika ada sesuatu pada konjungtiva bulbar yang tidak mudah dibersihkan dengan kapas, bisa jadi itu adalah benda asing yang tembus atau lesi berpigmen pada konjungtiva.
- c. Gunakan lup/oftalmoskop untuk mencari adanya tanda perdarahan hingga ke dalam bola mata. Benda asing konjungtiva yang terisolasi memiliki sedikit komplikasi tetapi dapat dikaitkan dengan trauma mata yang lebih signifikan.
- d. Abrasi kornea yang terkait dengan benda asing konjungtiva harus dikenali dan diobati dengan tepat untuk mencegah infeksi kornea atau jaringan parut

Teknik ekstraksi benda asing :

a. Persiapan pasien

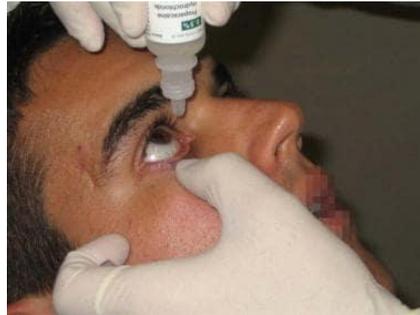
- 1) Pertama, periksa mata untuk melihat apakah ada benda asing pada konjungtiva bulbar, yang melapisi sklera (bagian putih mata). Minta pasien melihat ke atas, ke bawah, ke kiri, dan ke kanan. Mata mungkin agak memerah jika ada benda asing pada konjungtiva.
- 2) Benda asing pada konjungtiva sering kali dapat dikeluarkan tanpa anestesi. Jika anestesi diperlukan, teteskan 2 tetes proparacaine 0,5% (Alcaine, Ophthalmic) ke mata yang sakit. Perlu diingat bahwa, setelah tetes ini diberikan, pasien biasanya menyatakan bahwa gejalanya telah hilang. Pasien harus duduk dengan nyaman, dengan bagian belakang kepala menempel pada permukaan yang keras. Alternatifnya, pasien dapat berbaring, dengan kepala di atas bantal.
- 3) Berikutnya, periksa cul-de-sac konjungtiva inferior dengan meminta pasien melihat ke atas sementara pemeriksa menarik kelopak mata bawah ke bawah. Kadang-kadang eversi kelopak mata atas jika diperlukan dan gunakan cotton bud untuk membantu prosedur.

b. Prosedur ekstraksi

- 1) Benda asing konjungtiva yang terletak di salah satu area ini dapat dikeluarkan dengan menyeka benda asing tersebut secara perlahan menggunakan kapas yang

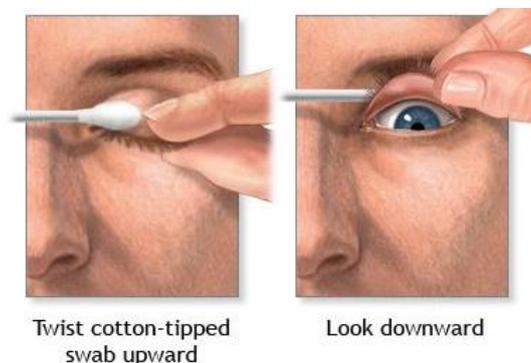
dibasahi dengan air garam. Jika benda asing yang terlihat tidak menempel pada kapas yang dibasahi, irigasi dengan air garam dapat dicoba.

- 2) Jika rasa tidak nyaman pasien sebelum percobaan pengeluaran benda asing menghalangi penggunaan teknik ini, berikan anestesi lokal seperti pantokain 0,5% atau 2% sebanyak 1-2 tetes untuk memungkinkan pemeriksaan dan pengobatan.



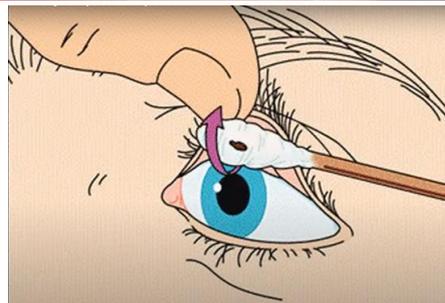
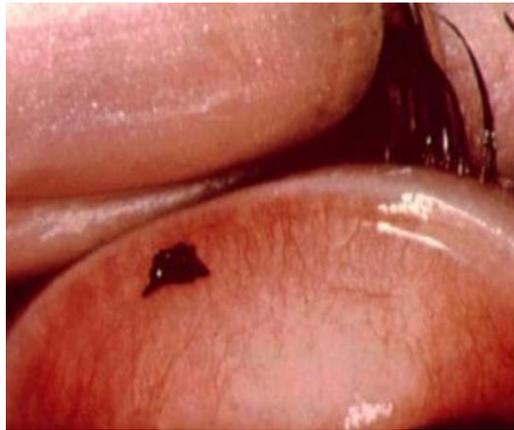
Gambar 15. Pemberian anestesi topikal pra tindakan

- 3) Setelah diteteskan ke mata pasien yang merasakan benda asing, dokter harus mencari benda asing di konjungtiva atau menemukan penyebab pasti lainnya untuk sensasi benda asing tersebut.
- 4) Jika benda asing ditemukan pada konjungtiva bulbi, maka gunakan kaca pembesar (lup) dalam pengangkatan benda asing.
- 5) Minta pasien melihat ke bawah, lalu letakkan aplikator kapas atau klip kertas di ceruk kelopak mata atas. Sementara pasien terus melihat ke bawah, pegang bulu mata tepi kelopak mata atas dengan ujung jari salah satu tangan, dan tarik kelopak mata ke bawah dan ke arah pemeriksa.



Gambar 14. Teknik eversi kelopak mata superior

- 6) Lepaskan kapas aplikator, dan gunakan ibu jari untuk menekan tepi kelopak mata yang terbalik ke alis pasien. Benda asing pada permukaan konjungtiva kelopak mata atas biasanya akan mudah terlihat saat kelopak mata terbalik.
- 7) Ambil benda asing dengan kapas aplikator yang diberikan salep antibiotik untuk mengambil benda tsb.



Gambar 14. Contoh benda asing di konjungtiva palpebra superior dan teknik ekstraksinya

- 8) Untuk benda asing yang melengket kuat pada konjungtiva bulbi dapat diangkat dengan menggunakan lidi kapas atau jarum suntik ukuran 26G.
- 9) Arah pengambilan benda asing dilakukan dari tengah ke tepi.
- 10) Oleskan lidi kapas yang dibubuhkan betadin pada tempat bekas benda asing.



Gambar 16. Contoh corpus alienum pada konjungtiva bulbi dan teknik ekstraksinya

- 11) Di akhir, berikan tetes mata antibiotik seperti Kloramfenikol 1 tetes setiap 2 jam selama 2 hari untuk mencegah terjadinya infeksi pasca ekstraksi
- 12) Pasien diedukasi untuk tidak mengucek-ucek mata dan menggunakan kaca mata saat berkendara untuk menghindari paparan berulang dari debu dan lainnya.
- 13) Pasien dianjurkan untuk kontrol apabila keluhan bertambah berat setelah dilakukan tindakan atau bahkan terjadi penurunan visus secara perlahan.

VI. REFERENSI

- A. Ikatan Dokter Indonesia. 2014. Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.
- B. Baranowski K., Al Aaraj M.S., Sinha V. 2023. Nasal Foreign Body. *StatPearls Publisher*
- C. Jung TT, Jinn TH. Diseases of The External Ear. In : Snow JB, Ballenger JJ. Ballenger's Manual of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. 18th Edition. London: BC Dekker Inc. 2018; 21-33.
- D. Khan, T. A., Mahboob, H. M., Tahir, I., Nasir, M., Ali, A., Abbas, I & Khan, A. A. Foreign Bodies Presentation at Otorhinolaryngology Emergencies in A Tertiary Care Hospital. *Annals of King Edward Medical University*, 24(S).2018: 893-896.

CHECKLIST PENGAMBILAN BENDA ASING PADA HIDUNG

Nama :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan Salam dan mempersilahkan masuk/duduk		
2	Menanyakan identitas pasien (nama, umur, alamat)		
3	Melakukan <i>informed consent</i>		
4	Mengucapkan basmalah sebelum melakukan pemeriksaan		
5	Melakukan cuci tangan 6 langkah dan persiapan alat yang dibutuhkan		
Tahap Kerja			
6	Memposisikan pasien dengan tepat		
7	Memvisualisasi benda asing dalam hidung		
8	Melakukan anastesi lokal		
9	Menentukan teknik pengambilan benda asing sesuai lokasi anatomis dan benda yang terjebak dalam hidung		
10	<p>Benda asing tak hidup :</p> <ul style="list-style-type: none"> Berbentuk bulat merupakan hal yang sulit : cerumen hook. Pengait menyusuri hingga bagian atap cavum nasi hingga belakang benda asing hingga terletak di belakangnya, kemudian pengait diputar ke samping dan diturunkan sedikit, lalu ke depan. Suction (teknik tekanan negatif) apabila ekstraksi dengan forsep atau hook tidak berhasil dan juga digunakan pada benda asing berbentuk bulat. Suction dapat dengan mudah ditemukan pada bagian emergensi dan kemudian diatur pada tekanan 100 dan 140 mmHg sebelum digunakan. Benda asing mati yang bersifat non-organik pada hidung lainnya seperti spons dan potongan kertas dapat diekstraksi dengan menggunakan forsep. Benda asing mati lain yang bersifat organik seperti kacang-kacangan dapat diekstraksi dengan menggunakan pengait tumpul. <p>Benda asing hidup :</p> <p>Teteskan kloroform 25% yang dimasukkan ke dalam hidung untuk membunuh benda asing hidup tersebut. Hal ini mungkin harus kembali dilakukan 2-3 perminggu selama 6 minggu hingga semua</p>		

	benda asing hidup mati. Dilanjutkan dengan suction, irigasi, dan kuretase.		
Penutup			
11	Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien		
12	Edukasi pasien bahwa tindakan telah selesai		
13	Membaca hamdalah		
Sikap Profesionalisme			
	Melakukan dengan percaya diri		
	Melakukan dengan sopan		
	Melakukan dengan ramah		
	Melakukan dengan rapi		
	Menunjukkan sikap empati		
	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		
		Tanggal Kegiatan	
		Nama Instruktur	
		Tanda Tangan Instruktur	

CHECKLIST PENGAMBILAN BENDA ASING PADA TELINGA

Nama :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan Salam dan mempersilahkan masuk/duduk		
2	Menanyakan identitas pasien (nama, umur, alamat)		
3	Melakukan <i>informed consent</i>		
4	Mengucapkan basmalah sebelum melakukan pemeriksaan		
5	Melakukan cuci tangan 6 langkah dan persiapan alat yang dibutuhkan		
Tahap Kerja			
6	Memposisikan pasien dengan tepat		
7	Memvisualisasi benda asing dalam telinga dengan otoskopi		
8	Melakukan anastesi lokal		
9	Menentukan teknik pengambilan benda asing sesuai lokasi anatomis dan benda yang terjebak dalam telinga		
10	<p>Ekstraksi objek hidup :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pada kasus benda asing berupa serangga : teteskan cairan yang tidak bersifat iritatif dan ototoksik seperti eter, alkohol, minyak, air garam, supaya serangga mati (sehingga tidak bergerak) dan sekaligus untuk lubrikasi dinding kanalis. • Ambil pinset bayonet jika benda asing hidup telah dilumpuhkan/mati • Lakukan ekstraksi • Apabila terdapat eritema atau ekskoriasi yang luas setelah ekstraksi benda asing, digunakan antibiotik tetes telinga atau gunakan tampon antibiotik. <p>Ekstraksi objek non-hidup/benda lain</p> <p>Untuk benda anorganik yang terlihat oleh mata telanjang dapat diekstraksi dengan pengait kecil dan bila tidak terlihat cukup disemprot dengan cairan fisiologis seperti NaCl dengan metode irigasi</p>		
11	<p>Ekstraksi benda asing di telinga juga dapat dilakukan dengan teknik irigasi sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telinga di irigasi dengan air yang bebas kuman pada suhu 37° C dengan jarum atau abocath dengan ujung yang sudah dipotong (tumpul). 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Tekanan air diarahkan ke posterosuperior, jangan secara langsung ke arah membran timpani. • Pasca irigasi, liang telinga diperiksa ulang dengan otoskop. 		
Penutup			
12	Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien		
13	Edukasi pasien bahwa tindakan telah selesai		
14	Membaca hamdalah		
Sikap Profesionalisme			
	Melakukan dengan percaya diri		
	Melakukan dengan sopan		
	Melakukan dengan ramah		
	Melakukan dengan rapi		
	Menunjukkan sikap empati		
	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		
		Tanggal Kegiatan	
		Nama Instruktur	
		Tanda Tangan Instruktur	

CHECKLIST PENGAMBILAN BENDA ASING PADA MATA

Nama :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan Salam dan mempersilahkan masuk/duduk		
2	Menanyakan identitas pasien (nama, umur, alamat)		
3	Melakukan <i>informed consent</i>		
4	Mengucapkan basmalah sebelum melakukan pemeriksaan		
5	Melakukan cuci tangan 6 langkah dan persiapan alat yang dibutuhkan		
Tahap Kerja			
6	Memposisikan pasien dengan tepat		
7	Lakukan persiapan pasien dengan memvisualisasi lokasi dan jenis benda asing yang melekat pada bulbus okuli menggunakan teknik eversi yang tepat		
8	Meneteskan anastesi lokal berupa Pantokain atau Tetrakain pada mata yang terkena benda asing		
9	Pada benda asing yang melekat pada konjungtiva palpebra : Minta pasien melihat ke bawah, lalu letakkan aplikator kapas di ceruk kelopak mata atas. Sementara pasien terus melihat ke bawah, pegang bulu mata tepi kelopak mata atas dengan ujung jari salah satu tangan, dan tarik kelopak mata ke bawah dan ke arah pemeriksa.		
10	Ambil kapas lidi yang sudah diberikan salep atau cairan saline, dan usapkan dengan teknik memutar pada benda asing yang menempel pada konjungtiva palpebra pasien		
11	Pada benda asing yang melekat pada konjungtiva bulbi, lakukan ekstraksi menggunakan jarum spoit ukuran 26 G, dengan teknik : a. Gunakan kaca pembesar (lup) dalam pengangkatan benda asing. b. Angkat benda asing dengan menggunakan lidi kapas atau jarum suntik ukuran 26G. c. Arah pengambilan benda asing dilakukan dari tengah ke tepi. d. Oleskan lidi kapas yang dibubuhkan betadin pada tempat bekas benda asing.		

12	Di akhir, berikan tetes mata antibiotik seperti Kloramfenikol 1 tetes setiap 2 jam selama 2 hari untuk mencegah terjadinya infeksi pasca ekstraksi		
Penutup			
13	Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien		
14	Edukasi pasien bahwa tindakan telah selesai		
15	Membaca hamdalah		
Sikap Profesionalisme			
	Melakukan dengan percaya diri		
	Melakukan dengan sopan		
	Melakukan dengan ramah		
	Melakukan dengan rapi		
	Menunjukkan sikap empati		
	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		
		Tanggal Kegiatan	
		Nama Instruktur	
		Tanda Tangan Instruktur	

PEMERIKSAAN DERMATOLOGI UJUD KELAINAN KULIT (UKK)

I. TUJUAN PEMBELAJARAN

- A. Mahasiswa mampu menyebutkan mengidentifikasi jenis-jenis UKK primer dan sekunder
- B. Mahasiswa mampu menentukan dan menyampaikan jenis UKK yang sesuai dengan gambaran klinis pasien

II. MATERI PENDUKUNG PEMBELAJARAN

Untuk mendukung topik keterampilan klinis, adapun materi pendukung yang berkaitan dan perlu dipahami oleh mahasiswa sebelumnya antara lain :

- A. Dasar-dasar ujud kelainan kulit
- B. Penyakit kulit dan beragam manifestasi UKK yang nampak
- C. Dasar imunologi alergi dan infeksi

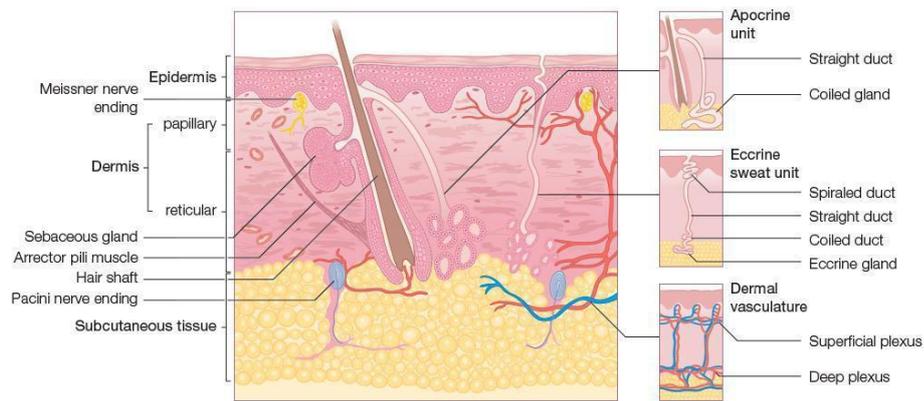
III. LANDASAN TEORI

Ilmu penyakit kulit merupakan suatu spesialisasi yang berorientasi pada bentuk (morfologi). Kemampuan menginterpretasikan apa yang dilihat jauh lebih penting. Mengenali, menganalisa dan menginterpretasikan lesi kulit secara tepat merupakan bagian yang penting dalam penegakkan diagnosis penyakit kulit. Oleh karena itu identifikasi UKK perlu dilakukan dengan teliti, baik dan benar.

Pada BCC ini akan dibahas tentang Pemeriksaan status dermatologi UKK. Pembelajaran lanjut tentang langkah-langkah penegakan diagnosis penyakit kulit akan diberikan pada Semester 5 Blok Masalah Sistem Indra.

A. Anatomi Kulit

1. Lapisan kulit
 - a. Epidermis: stratum korneum, stratum lucidum, stratum granulosum, stratum spinosum, stratum basalis
 - 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 Kulit

B. Pemeriksaan Status Dermatologi

1. Berdasarkan Lokasi

Tempat dimana adanya lesi **Efloresensi/Ujud Kelainan Kulit (UKK)**

a. Primer

1) Makula :

Perubahan warna pada kulit tanpa perubahan bentuk. Bervariasi dalam ukuran dan tampak sebagai pewarnaan pada kulit. Makula dibentuk dari :

- Deposit pigmen dalam kulit, misalnya freckles
- Keluarnya darah ke dalam kulit, misalnya petekie
- Dilatasi permanen dari pembuluh kapiler, misalnya nevi
- Dilatasi sementara dari pembuluh darah kapiler, misalnya eritema

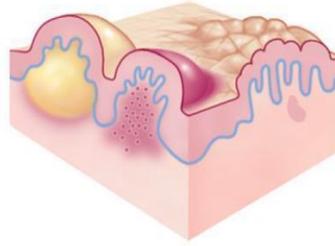


Gambar 2. Makula

2) Papula

Elevasi/penonjolan padat yang dapat diraba dengan diameter sekitar 1-5 mm. Permukaannya dapat tajam, bulat atau datar. Terletak superfisial dan

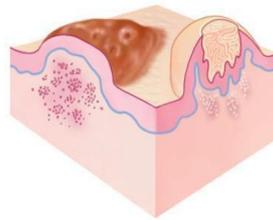
dibentuk dari proliferasi sel atau eksudasi cairan ke dalam kulit.



Gambar 3. Papula

3) Nodul :

Penonjolan padat di atas permukaan kulit, diameter > 1 cm (lebih besar dari papula). Dapat muncul di jaringan epidermis, dermis, dan subkutan)



Gambar 4. Nodul

4) Plak :

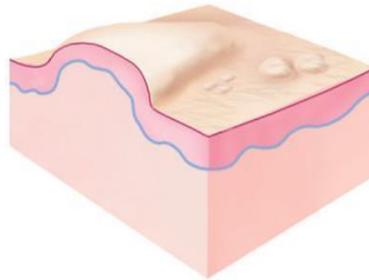
Peninggian diatas permukaan kulit seperti dataran tinggi atau mendatar (*plateau-like*) yang biasanya terbentuk dari bersatunya (konfluen) beberapa papul, diameter lebih dari > 1 cm



Gambar 5. Plak

5) Urtika

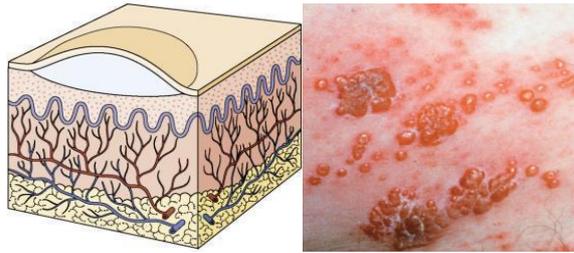
Erupsi pada kulit yang berbatas tegas dan menimbul (bentol), warna merah, memutih bila ditekan dan disertai rasa gatal. Urtika dapat berlangsung secara akut, kronik, atau berulang



Gambar 6. Urtika

6) Vesikel

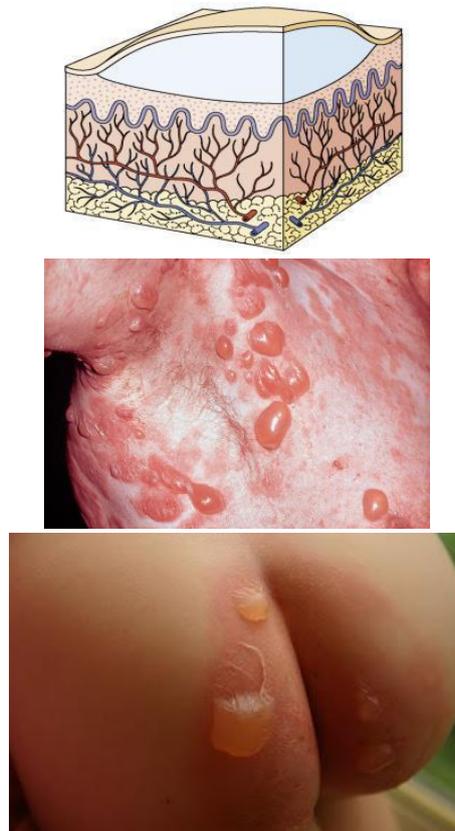
Lepuh kecil yang dibentuk dengan akumulasi cairan dalam epidermis ; biasanya diisi dengan cairan serosa dan ditemukan pada anak-anak yang menderita eksema. Ukuran biasanya diameter < 1 cm. jika berisi darah disebut vesikel hemoragik. Jenis : subcorneal, intraepidermis, subepidermis



Gambar 7. Vesikel

7) Bula

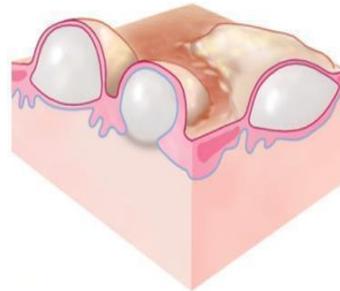
Bula mirip dengan vesikel, berisi cairan umumnya serosa namun berukuran diameter lebih besar > 1 cm



Gambar 8. Bula

8) Pustula

Vesikel besar (bula) yang berisi nanah/pus.



Gambar 9. Pustula

9) Kista

Ruangan/ kantong ber dinding dan berisi cairan atau material semi solid (sel atau sisa sel), biasanya pada lapisan dermis.



Gambar 10. Kista

10) Purpura

Warna merah dengan batas tegas yang tidak hilang jika ditekan, terjadi karena adanya ekstrasvasasi dari pembuluh darah ke jaringan

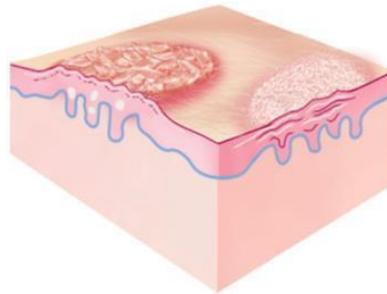


Gambar 11. Purpura

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

1) Skuama

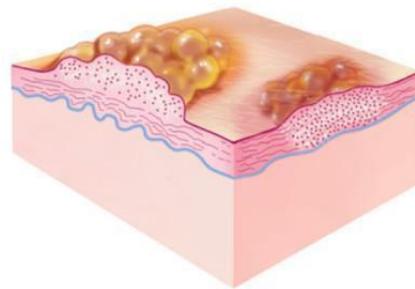
Sisik berupa lapisan stratum korneum yang terlepas dari kulit



Gambar 12. Skuama

2) Krusta

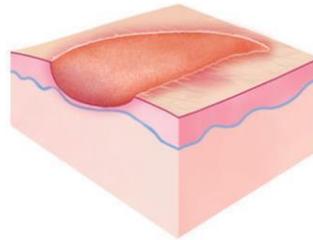
Kerak atau keropeng yang menunjukkan adanya cairan serum atau darah yang mengering



Gambar 13. Krusta

3) Erosi

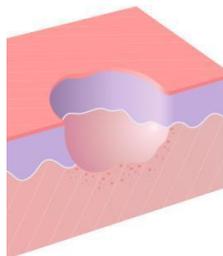
Lecet kulit yang diakibatkan kehilangan lapisan kulit sebelum stratum basalis, bisa ditandai dengan keluarnya serum



Gambar 14. Erosi

4) Ekskoriasi

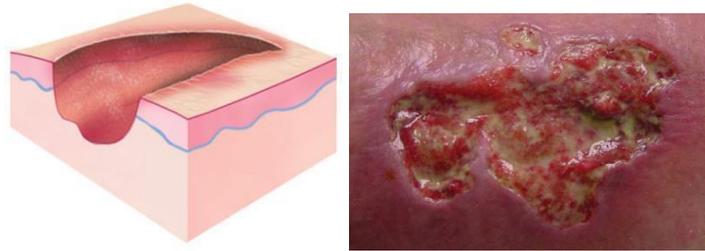
Lecet kulit yang disebabkan kehilangan lapisan kulit melampaui stratum basalis (sampai stratum papilare) ditandai adanya bintik perdarahan dan bisa juga serum



Gambar 15. Ekskoriasi

5) Ulkus

Tukak atau borok, disebabkan hilangnya jaringan lebih dalam dari ekskoriasi, memiliki tepi, dinding, dasar dan isi



Gambar 16. Ulkus

6) Likenifikasi

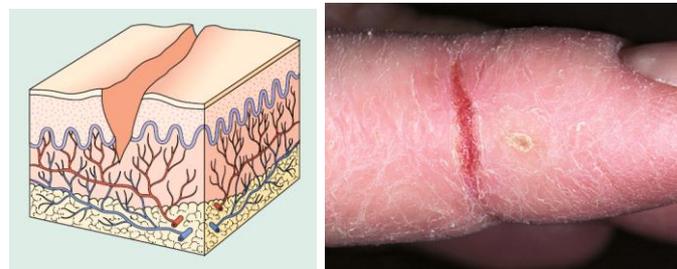
Penebalan lapisan epidermis disertai guratan garis kulit yang makin jelas, akibat garukan atau usapan yang bersifat kronis.



Gambar 17. Likenifikasi

7) Fisura

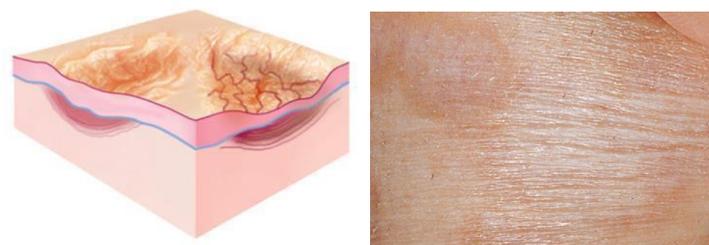
Hilangnya epidermis dan dermis yang tegas berbentuk linier



Gambar 18. Fisura

8) Atrofi

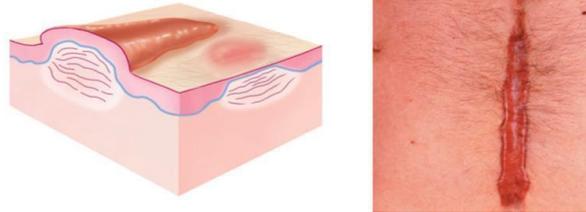
Penipisan lapisan epidermis ataupun dermis



Gambar 19. Atrofi

9) Skar

Digantinya jaringan normal kulit dengan jaringan fibrotik pada tempat penyembuhan luka, contoh : skar hipertrofi, skar atrofi, keloid



Gambar 20. Skar

10) Komedo

Infundibulum folikel rambut yang melebar dan tersumbat keratin dan lipid.

- a) Komedo terbuka (*open comedo/ blackhead*): unit pilosebacea terbuka pada permukaan kulit dan terlihat sumbatan keratin berwarna hitam.
- b) Komedo tertutup (*closed comedo/ whitehead*): unit pilosebacea tertutup pada permukaan kulit dan terlihat berwarna putih



Gambar 21. Komedo tertutup (kiri), komedo terbuka (kanan)

11) Poikiloderma :

Kombinasi dari atrofi, hiperpigmentasi, memberikan hipopigmentasi dan teleangiektasi, yang gambaran belang (mottled)



Gambar 22. Poikiloderma

12) Teleangiectasi :

Dilatasi pembuluh darah superfisialis



Gambar 23. Teleangeiektasi

2. Berdasarkan Ukuran Lesi

a. Milier

Sebesar Kepala Jarum Pentul



Gambar 24. Ukuran Milier

b. Lentikular

Sebesar biji jagung



Gambar 25. Ukuran Lentikular

c. Numular

Sebesar uang logam, \varnothing 3-5 cm



Gambar 26. Ukuran Numular

d. Plakat

Lebih besar dari nummular



Gambar 27. Plakat

3. Berdasarkan Bentuk Lesi

a. Teratur : bulat, oval dan sebagainya



Gambar 28. Bentuk oval



Gambar 29. Bentuk bulat

b. Linier : seperti garis lurus



Gambar 30. Bentuk linier

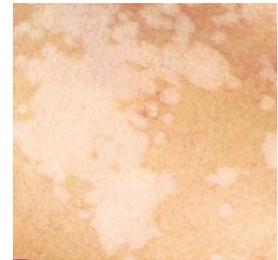
4. Berdasarkan Susunan Lesi

a. Sirsinar/ anular : seperti lingkaran/ melingkar seperti cincin



Gambar 31. Bentuk anular

b. Polisiklik : tepi lesi sambung menyambung membentuk gambaran seperti bunga



Gambar 32. Bentuk polisiklis pada Pitiriasis versikolor

c. Arsinar : berbentuk bulan sabit

e. Korimbiformis : susunan seperti induk dikelilingi anak anaknya



Gambar 33. Kandidiasis intertriginosa

d. Irisformis/ lesi target : lesi berbentuk bulat atau lonjong yang terdiri dari 3 zona:

- 1) bagian sentral berupa papul/ vesikel/ bula
- 2) bagian tengah berupa edema berwarna putih/ pucat,
- 3) bagian paling luar berupa eritema, yang menyerupai iris mata/ membentuk gambaran seperti target anak panah



Gambar 34. Eritema multiformis

f. **Serpiginosa** : lesi berbentuk seperti ular



Gambar 35. Lesi serpiginosa

g. **Herpetiformis** : vesikel yang berkelompok/ bergerombol



Gambar 36. Lesi Herpetiformis

5. Berdasarkan Distribusi Lesi

a. **Bilateral**

Mengenai kedua sisi tubuh



Gambar 37. Lesi Bilateral

b. **Unilateral**

Mengenai salah satu sisi tubuh



Gambar 38. Lesi Unilateral

c. **Simetris**

Mengenai kedua sisi tubuh pada area yang sama



Gambar 39. Lesi Simetris

d. **Soliter**

Hanya satu lesi



Gambar 40. Lesi Soliter

- e. **Multipel**
Lesi banyak



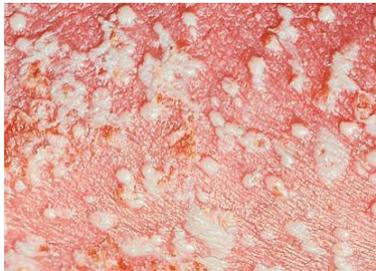
Gambar 41. Lesi Multiple

- f. **Herpetiformis**
Vesikel berkelompok/ bergerombol



Gambar 42. Lesi Herpetiformis

- g. **Konfluen**
Dua lesi atau lebih menjadi satu



Gambar 43. Lesi Konfluen

- h. **Diskrit**
Beberapa lesi terpisah satu sama lain



Gambar 44. Lesi Diskrit

- i. **Lokalisata**
Lesi terlokalisir pada satu lokasi tubuh

- k. **Generalisata**
Tersebar luas pada sebagian besar tubuh



Gambar 45. Lesi Dermatomal

- j. **Regional**
Mengenai regio/ area tertentu dari tubuh

- l. **Universal**
Lesi tersebar di seluruh/ hampir seluruh permukaan tubuh

- m. **Batas Lesi**
- Tegas (Sirkumskripta) dengan kulit sekitarnya



Gambar 46. Lesi dengan batas tegas

- Tidak tegas/ difus dengan kulit sekitarnya



Gambar 47. Batas difus

Contoh interpretasi UKK :



Pada regio cruris sinistra tampak vesikel eritema berukuran 5 milimeter berbentuk herpetiformis, batas tegas, multipel.

IV. ALAT DAN BAHAN

- Buku Panduan Ujud Kelainan Kulit
- Cahaya yang cukup
- Lup/kaca pembesar

V. PROSEDUR PEMERIKSAAN

- Gunakan lup/kaca pembesar dan cahaya terang untuk membantu mengamati ujud kelainan kulit pasien
- Hindari menyentuh langsung lesi kulit pasien
- Catat dan amati bentuk ujud kelainan kulit yang nampak

VI. REFERENSI

- Sewon K, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS. Fitzpatrick's Dermatology. Edisi ke-9. New York: The McGraw-Hill Companies Inc; 2019.

- B. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editor. *Dermatology*. Edisi ke-3. China: Elsevier Inc; 2012. New York: The McGraw-Hill Companies Inc; 2012.
- C. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editor. *Rook's textbook of dermatology*. Edisi ke-8. Singapore: Blackwell Publishing Ltd; 2010.

**CHECKLIST KETERAMPILAN
PEMERIKSAAN UJUD KELAINAN KULIT**

Nama :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri		
2	Menanyakan identitas pasien (nama, usia dan alamat)		
3	Membangun hubungan interpersonal baik secara verbal maupun non verbal (sambung rasa)		
4	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan serta meminta persetujuan pasien (informed consent)		
5	Membaca basmalah sebelum melakukan pemeriksaan		
Tahap Kerja			
6	Melakukan persiapan alat dengan benar		
7	Mencuci tangan 6 langkah sebelum kontak dengan pasien		
8	Mengidentifikasi Lokasi		
9	Mengidentifikasi UKK sesuai regio (primer/sekunder)		
10	Mengidentifikasi Ukuran Lesi		
11	Mengidentifikasi Bentuk/susunan Lesi		
12	Mengidentifikasi Batas dan Distribusi lesi		
Penutup			
13	Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien		
14	Menyimpulkan dan melaporkan hasil pemeriksaan		
15	Membaca hamdalah		
Sikap Profesional			
	Melakukan dengan percaya diri		
	Melakukan dengan sopan		
	Melakukan dengan ramah		
	Melakukan dengan rapi		
	Menunjukkan sikap empati		
	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		
		Tanggal Kegiatan	
		Nama Instruktur	
		Tanda Tangan (Instruktur)	

KETERAMPILAN PEMERIKSAAN PADA MORBUS HANSEN (KUSTA)

I. TUJUAN PEMBELAJARAN

- A. Mahasiswa mampu melakukan anamnesis terpimpin terhadap kecurigaan penyakit morbus Hansen
- B. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan fisik Morbus Hansen
- C. Mahasiswa mampu melakukan keterampilan klinis pemeriksaan penunjang pada morbus hansen tentang goresan kulit (*slit skin smear*)

II. MATERI PENDUKUNG PEMBELAJARAN

Untuk mendukung topik keterampilan klinis, adapun materi pendukung yang berkaitan dan perlu dipahami oleh mahasiswa sebelumnya antara lain :

- A. Penyakit Morbus Hansen/Lepra
- B. Dasar UKK
- C. Pemeriksaan sensibilitas dan motorik

III. LANDASAN TEORI

Penyakit kusta masih menjadi penyakit endemik di Indonesia dan belahan dunia lainnya. Seorang dokter umum perlu untuk mengetahui, mengidentifikasi, mendiagnosis hingga memberikan terapi pada penderita lepra. Dalam keterampilan klinis ini, mahasiswa kedokteran perlu untuk mempelajari mengenai anamnesis serta pemeriksaan fisis yang dapat membantu dalam penegakan diagnosis serta pemeriksaan penunjang sederhana yaitu Goresan Kulit (*slit skin smear*).

Penyakit kusta adalah penyakit infeksi granulomatosa kronis yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium leprae* yang bersifat obligat intraselular. Saraf perifer sebagai afinitas pertama, kemudian selanjutnya dapat menyerang kulit, lalu menyebar ke organ lain (mukosa mulut, traktus respiratorius bagian atas, sistem retikulo-endotelial, mata, otot, tulang, dan testis), kecuali susunan saraf pusat.

Kusta menyerang semua umur dari anak-anak sampai dewasa. Faktor sosial ekonomi memegang peranan, makin rendah sosial ekonomi makin subur penyakit kusta, sebaliknya sosial ekonomi tinggi membantu penyembuhan. Kusta masih menjadi penakit endemik di Asia Tenggara, Afrika, Pasifik timur, dan Mediterania barat. Pada tahun 2011, kasus baru untuk kusta di seluruh dunia terhitung sekitar 219.075. Sehingga terhitung prevalensi untuk lepra dapat mencapai 0.34 kasus per 10.000 penduduk.

Mycobacterium leprae merupakan satu-satunya basil yang dapat menginfeksi sistem saraf tepi dan merupakan penyebab infeksi tersering

neuropati perifer. Perubahan patologis pada saraf disebabkan oleh invasi *M. leprae* pada sel Schwann. Inflamasi dengan infiltrasi selular dan edema menyebabkan pembengkakan pada saraf dan penekanan serabut saraf.

Kerusakan saraf pada kusta mengenai peripheral nerve trunk dan small dermal nerve. Saraf tepi yang terlibat yaitu pada fibro-osseus tunnel dekat permukaan kulit meliputi Nervus (N.) auricularis magnus, ulnaris, medianus, radiculocutaneus, poplitea lateralis, dan tibialis posterior. Keterlibatan pada saraf ini menyebabkan pembesaran saraf, dengan atau tanpa nyeri dengan pola penurunan fungsi sensoris dan motoris regional. Kerusakan small dermal nerve menyebabkan keluhan anestesi parsial pada kusta tipe tuberculoid dan borderline tuberculoid, serta glove and stocking sensory loss pada tipe lepromatosa.

A. Klasifikasi dan Diagnosis Klinis

1. Klasifikasi

- a. Klasifikasi untuk kepentingan riset menggunakan klasifikasi Ridley-Jopling (1962):
 - 1) Tuberculoid (TT)
 - 2) Borderline Tuberculoid (BT)
 - 3) Borderline-borderline Mid-borderline (BB)
 - 4) Borderline-lepromatous (BL)
 - 5) Lepromatosa (LL)

Ada tipe yang tidak termasuk dalam klasifikasi ini, yaitu tipe indeterminate. Lesi biasanya hanya berbentuk makula hipopigmentasi berbatas tidak tegas dengan sedikit sisik, jumlah sedikit, dan kulit disekitarnya normal. Kadang-kadang ditemukan hipoestesi.

- b. Klasifikasi untuk kepentingan program kusta berkaitan dengan pengobatan (WHO 1988) :
 - 1) Pausibasilar (PB) Kusta tipe TT, dan BT sesuai klasifikasi Ridley dan Jopling dan tipe I dengan BTA negatif.
 - 2) Multibasilar (MB) Kusta tipe BB, BL, LL menurut klasifikasi Ridley dan Jopling dan semua tipe kusta dengan BTA positif.
- c. Bentuk kusta lain:
 - 1) Kusta neural

Kusta tipe neural murni atau disebut juga pure neural leprosy atau primary neuritic leprosy merupakan infeksi *M. leprae* yang menyerang saraf perifer disertai hilangnya fungsi saraf sensoris pada area distribusi dermatomal saraf tersebut, dengan atau tanpa keterlibatan fungsi motoris, dan tidak ditemukan lesi pada kulit.

2) Kusta histoid

Merupakan bentuk kusta lepromatosa dengan karakteristik klinis, histopatologis, bakterioskopis, dan imunologis yang berbeda. Faktor yang berpengaruh antara lain: pengobatan ireguler dan inadkuat, resistensi dapson, relaps setelah release from treatment (RFT), atau adanya organisme mutan Histoid bacillus serta dapat juga merupakan kasus de novo

2. Diagnosis Klinis

Diagnosis didasarkan pada temuan tanda kardinal (tanda utama) menurut WHO, yaitu:

a. Bercak kulit yang mati rasa

Bercak hipopigmentasi atau eritematosa, mendatar (makula) atau meninggi (plak). Mati rasa pada bercak bersifat total atau sebagian saja terhadap rasa raba, suhu, dan nyeri.

b. Penebalan saraf tepi

Dapat/tanpa disertai rasa nyeri dan gangguan fungsi saraf yang terkena, yaitu:

- 1) Gangguan fungsi sensoris: mati rasa
- 2) Gangguan fungsi motoris: paresis atau paralisis
- 3) Gangguan fungsi otonom: kulit kering, retak, edema, pertumbuhan rambut yang terganggu.

c. Ditemukan kuman tahan asam

Bahan pemeriksaan berasal dari apusan kulit cuping telinga dan lesi kulit pada bagian yang aktif. Kadang-kadang bahan diperoleh dari biopsi saraf.

Diagnosis kusta ditegakkan bila ditemukan paling sedikit satu tanda kardinal. Bila tidak atau belum dapat ditemukan, disebut tersangka/suspek kusta, dan pasien perlu diamati dan diperiksa ulang 3 sampai 6 bulan sampai diagnosis kusta dapat ditegakkan atau disingkirkan.

Selain tanda kardinal di atas, dari anamnesis didapatkan riwayat berikut:

- 1) Riwayat kontak dengan pasien kusta.
- 2) Latar belakang keluarga dengan riwayat tinggal di daerah endemis, dan keadaan sosial ekonomi.
- 3) Riwayat pengobatan kusta.

B. Anamnesis

Anamnesis yang terkait pada penyakit kusta antara lain :

1. Keluhan berupa bercak putih yang disertai dengan mati rasa di area bercak. Dapat berjumlah satu atau lebih bercak di lokasi yang berdekatan atau berjauhan.
2. Riwayat kontak dengan pasien penyakit kusta juga merupakan pertanyaan fundamental sehingga akan memudahkan untuk penelusuran dalam penegakan diagnosis.

C. Pemeriksaan fisik

1. Inspeksi umum dan UKK

Dengan pencahayaan yang cukup (sebaiknya dengan sinar oblik), lesi kulit (lokasi dan morfologi) harus diperhatikan.

Inspeksi pada wajah meliputi pengamatan terhadap area hidung, mata dan kulit. Pada hidung, amati gambaran leproma, infiltrasi, hiperemia, ulserasi, luka dan hilangnya integritas nasal pyramid

Pada mata, amati terhadap hiperemia di konjungtiva, lagofthalmus, madarosis siliar dan suprasiliar, mata kering dan ulser kornea, trikiasis, ektropion, entropion, dan opasitas kornea. Pada kulit, perhatian adanya luka, hilangnya rambut, kulit kering, sianosis, atrofi, resorpsi, retraksi dan gangguan neural yang tampak jelas.

2. Palpasi

- a. Kelainan kulit: nodus, jaringan parut, ulkus, khususnya pada tangan dan kaki.
- b. Kelainan saraf: pemeriksaan saraf tepi (pembesaran, konsistensi, nyeri tekan, dan nyeri spontan).

3. Tes fungsi saraf

- a. Tes sensoris:
 - 1) Rasa raba, nyeri, dan suhu
Untuk mengurangi kesalahan pemeriksaan fungsi saraf sensoris terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan:
 - a) Pemeriksaan dilakukan pada ruangan yang tenang
 - b) Waktu pemeriksaan tidak lebih dari 20 menit untuk menghindari kebosanan
 - c) Dilakukan preliminary test, sehingga penderita mengerti dengan jelas tentang teknik pemeriksaan
 - d) Penderita menutup mata, pemeriksaan

dilakukan 3 kali pada setiap lokasi. Penderita dinyatakan memiliki sensasi jika dapat merasakan ketiga stimuli.

2) Terdapat berbagai jenis pemeriksaan fungsi saraf sensoris, yaitu cottonwool, suhu, maupun pin-prick.

a) Cottonwool

Penderita disentuh ringan dengan sehelai cottonwool pada satu titik. Penderita diminta mengidentifikasi lokasi yang diperiksa. Pemeriksaan dilakukan sebanyak 3 kali pada setiap lokasi dengan hasil tes dinyatakan sebagai positif.

b) Suhu

Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan 2 tabung reaksi, yang satu berisi air panas (sebaiknya 40°C) dan lainnya air dingin (sebaiknya sekitar 20°C). Penderita diminta menutup mata atau menoleh ke tempat lain, lalu kedua tabung ditempelkan bergantian pada kulit. Apabila penderita beberapa kali salah menyebutkan rasa pada kulit yang diperiksa maka dapat disimpulkan bahwa sensasi suhu pada lokasi tersebut terganggu.

c) Pin-prick

Sensasi nyeri diperiksa dengan menggunakan tusuk gigi kayu yang telah distandarisasi. Tusuk gigi diaplikasikan ujung tumpul dan tajam secara acak, penderita diminta menyebutkan tajam dan tumpul.

b. Palpasi saraf

Palpasi saraf penting dilakukan pada penderita kusta dengan menerapkan teknik palpasi bilateral di mana pemeriksa selalu membandingkan aspek kiri dan kanan dari pasien termasuk penebalan saraf, konsistensi nodul, dan tanda Tinel, serta sensasi seperti tersambar listrik.

Tabel 1. Teknik palpasi

Saraf	Posisi	
Ulnar	Tungkai atas pada kondisi fleksi 90-120°. Periksa menahan lengan atas pasien	
Median	Posisi pergelangan tangan pasien berada pada fleksi 10°	
Radial	Posisikan bahu dalam keadaan rotasi internal dan pertahankan siku dalam keadaan fleksi, lengan depan pronasi dengan disangga oleh pemeriksa	

Peroneal Posisikan dalam keadaan duduk dengan lutut fleksi 90° dan kaki menapak pada lantai



Tibial Duduk dengan lutut fleksi 90° dan plantar dalam keadaan fleksi pasif

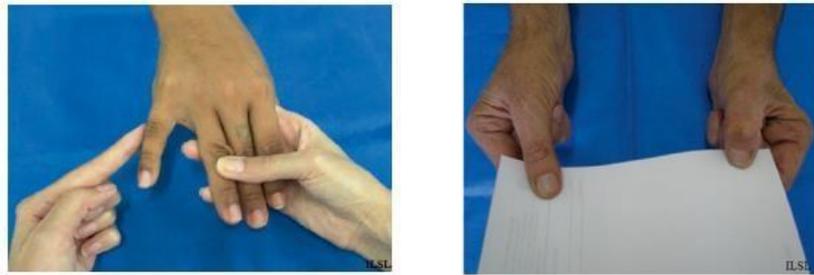


c. Tes motoris:

1) N. ulnaris

Gangguan fungsi N. ulnaris umumnya terjadi pada aspek posteromedial siku, permukaan anterior pergelangan tangan atau bagian dorsal sepertiga bagian dalam kulit tangan, 1½ jari bagian medial. Gangguan fungsi N. ulnaris menyebabkan terjadinya paralisis pada otot tangan

N. ulnaris menginervasi otot hypothenar, interossei, lumbrical ulnar, adductor pollicis dan ulnar head of flexor pollicis brevis. Paralisis abduksi jari 5 merupakan salah satu tanda awal yang muncul. Selain itu dapat terjadi penurunan fungsi aduksi aktif pada jari, yang diperiksa dengan meminta penderita menjepit sehelai kertas diantara jari dan menahan kertas saat pemeriksa berusaha menarik kertas. Gangguan fungsi adductor pollicis dapat dikompensasi dengan cara fleksi otot flexor pollicis longus



Gambar 1. Tes kekuatan pada otot abductor di jari 5 dan Froment's sign positif (kanan)

2) N. medianus

Lokasi kerusakan yang umum terjadi yaitu pada pergelangan tangan. N. medianus menginervasi otot adductor pollicis brevis, radial head of flexor pollicis brevis, opponens pollicis, dan 2 otot lumbrical.

Jika terdapat kelainan pada N. medianus akan terjadi kelemahan atau paralisis otot ibu jari, abductor pollicis, opponens pollicis dan flexor pollicis brevis. Pemeriksaan untuk mengevaluasi fungsi N. medianus yaitu abduksi dan oposisi ibu jari.



Gambar 2. Tes kekuatan pada otot abductor pollicis brevis

3) N. Radialis

N. radialis jarang terlibat pada neuropati kusta. Gangguan fungsi motoris N. radialis sering kali berhubungan dengan gangguan fungsi motoris N. ulnaris dan N. medianus, sehingga disebut sebagai triple palsy.

Gangguan fungsi N. radialis menyebabkan kesulitan untuk menstabilisasi pergelangan tangan akibat kelemahan ekstensor radialis sehingga ekstensi sendi metacarpophalangeal menjadi lemah atau hilang.



Gambar 3. Tes kekuatan otot ekstensor pada pergelangan tangan

4) N. peroneus (N. poplitea lateralis)

Percabangan N peroneus terjadi di sekitar head of fibula. Cabang bagian dalam yang menginervasi dorsoflexors, tibialis anterior, dan 2 ekstensor jari kaki dan cabang bagian superfisial yang menginervasi evertors. Total footdrop terjadi bila kelainan mengenai kedua cabang, sedangkan incomplete footdrop bila kelainan pada salah satu cabang (terutama cabang bagian dalam).



Gambar 4. Tes kekuatan otot hallucis ekstensor

5) N. tibialis posterior dan suralis

N. tibialis posterior meliputi malleolus medialis bagian samping dan atas, di atas tarsal tunnel sedangkan N. suralis meliputi bagian tengah betis, dibelakang N. lateralis dan pada sepanjang tepi lateral kaki. Pada pemeriksaan dapat ditemukan clawing pada jari kaki dan callosities pada metatarsal head. Kekuatan otot pada telapak kaki melunak dan dapat terjadi atrofi.



Gambar 5. Tes kekuatan otot tibialis

Para ahli menggunakan tes *toe grip* atau *paper grip test* untuk mengetahui kekuatan otot kaki. Cara pemeriksaan dengan cara penderita diminta menahan sehelai kertas di antara jari 1 dan 2, sementara pemeriksa mencoba menarik kertas tersebut. Pemeriksaan ini dilakukan sebanyak 3 kali. Tes dinyatakan positif (abnormal) jika pemeriksa dapat menarik kertas dengan mudah sebanyak 3 kali, sedangkan tes dinyatakan normal jika penderita dapat menahan kertas setidaknya 1 kali dari 3 kali pemeriksaan.

6) N. trigeminus

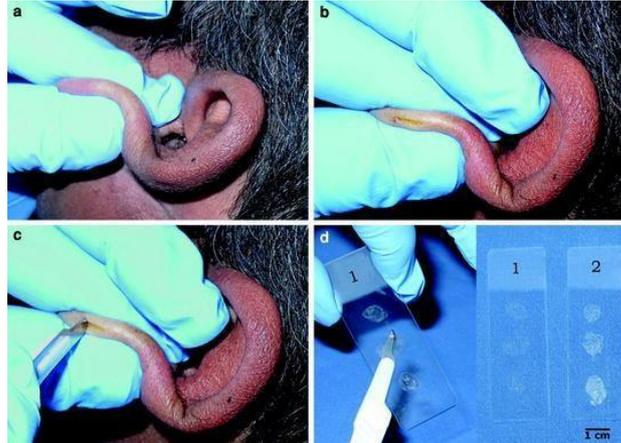
Pemeriksaan yang harus dilakukan meliputi pemeriksaan sensitivitas kornea dengan menggunakan cotton wool. Kerusakan yang terjadi berbahaya karena berisiko terjadi ulserasi, jaringan parut atau diikuti dengan hilangnya aqueus dan vitreus humors, prolaps iris, dan lepasnya retina.

7) N. facialis

N. facialis menginervasi semua otot ekspresi wajah. Umumnya cabang teratas yang terkena yang mengakibatkan kelemahan atau paralisis otot untuk menutup mata. Pemeriksaan dilakukan dengan meminta penderita untuk menutup mata seperti hendak tidur, kemudian diukur celah yang terbentuk pada kelopak mata. Cara lainnya adalah dengan memperhatikan gerakan kompensasi yang dilakukan penderita yaitu dengan menarik pipi mereka agar dapat menutup maksimal.

D. Pemeriksaan Penunjang Morbus Hansen *Slit skin smear* (goresan kulit)

Pemeriksaan bakterioskopik skin smear atau kerokan jaringan kulit adalah pemeriksaan sediaan yang diperoleh lewat irisan dan kerokan kecil pada kulit yang kemudian diberi pewarnaan tahan asam antara lain dengan Ziehl Neelsen untuk melihat *Mycobacterium Leprae*. Kerokan jaringan diambil dari cuping telinga kanan dan kiri serta kelainan kulit (lesi) yang aktif (lesi yang meninggi dan berwarna merah).



Gambar 6. Slit skin smear

IV. ALAT DAN BAHAN

- A. Hammer Refleks Palu
- B. Penlight
- C. Scalpel Handle
- D. Spiritus
- E. Force/pinset
- F. Pensil
- G. Label tempel
- H. Object Glass
- I. Kapas Alkohol
- J. Bisturi
- K. Handscoon Non Steril
- L. Hand Sanitizer

V. PROSEDUR PEMERIKSAAN

A. Anamnesis

1. Anamnesis Persiapan pasien

- a. Persilahkanlah pasien masuk ke dalam ruangan.
- b. Sapalah pasien dan keluarganya dengan penuh keakraban.
- c. Perkenalkanlah diri sambil menjabat tangan pasien.

- d. Persilahkanlah pasien dan keluarganya untuk duduk.
- e. Tunjukkanlah sikap empati pada pasien.
- f. Berikan informasi umum pada pasien atau keluarganya tentang anamnesis yang akan anda lakukan, tujuan dan manfaat anamnesis tersebut untuk keadaan pasien.
- g. Berikan jaminan pada pasien dan keluarganya tentang kerahasiaan semua informasi yang didapatkan pada anamnesis tersebut.
- h. Jelaskan tentang hak-hak pasien pada pasien atau keluarganya, misalnya tentang hak untuk menolak menjawab pertanyaan yang dianggapnya tidak perlu dijawabnya.

2. Anamnesis Umum

- a. Mengecek data pribadi pasien: nama, umur, alamat, dan pekerjaan
- b. Menanyakan keluhan utama pasien
- c. Untuk heteroanamnesis tanyakan hubungan pasien dengan pengantar.

3. Anamnesis Terpimpin

- a. Menanyakan riwayat penyakit sekarang
- b. Onset : kapan mulai muncul bercak putih yang pertama tersebut?
- c. Lokasi, penyebaran, kualitas dan kuantitas lesi :
 - 1) Di mana/di bagian tubuh mana bercak putih tersebut muncul pertama kali?
 - 2) Bagaimana penyebaran lesi berikutnya? Di mana saja muncul lesi serupa? Berapa jumlah bercak putih yang serupa?
 - 3) Bagaimana wujud bercak putih sejak awal muncul sampai beberapa lesi berikutnya? Apakah ada perubahan?
 - 4) Apakah yang dirasakan pada bercak tersebut? Gatal, perih, terbakar atau justru kehilangan sensasi?
- d. Faktor yang mempengaruhi :

Apakah ada faktor pencetus yang mempengaruhi bercak tersebut? Baik yang memperberat maupun meringankan keluhan pada bercak putih tersebut
- e. Gejala penyerta :

Apakah ada gejala atau keluhan lain yang dirasakan pasien?
- f. Riwayat pengobatan sebelumnya :
 - 1) Apakah pasien sudah pernah berobat ke dokter lain

- atau puskesmas sebelumnya? Diberi obat apa saja sebelumnya?
- 2) Apakah pasien pernah membeli obat di warung atau lle obat sebelumnya? Obat apa saja yang dibeli?
 - 3) Pengobatan oral dan alergi (nama obat, dosis, frekuensi pemberian, lama pemberian obat, dan efek samping
- g. Menanyakan riwayat penyakit dahulu :
- 1) Apakah pasien pernah mengalami keluhan serupa sebelumnya? Bagaimana pengobatan sebelumnya?
 - 2) Apakah pasien pernah dinyatakan sembuh atau tidak oleh dokter yang menangani sebelumnya?
- h. Menanyakan riwayat penyakit keluarga dan riwayat kontak
- 1) Apakah ada keluarga di sekitar pasien yang mengalami keluhan serupa?
 - 2) Riwayat domisili di mana? (**wajib ditanyakan**)
- i. Riwayat sosial
- Bagaimana latar belakang keadaan sosio-ekonomi pasien dan keluarganya? Apakah ada tetangga atau teman kerja pasien dengan keluhan serupa?
- j. Menanyakan riwayat alergi
- Apakah pasien memiliki riwayat alergi jika terpapar dengan suatu alergen (cuaca debu, makanan, obat, dll)

B. Pemeriksaan Fisik

1. Persiapan Pasien

- a. Menjelaskan mengenai pemeriksaan fisis yang akan dilakukan, tujuan dan manfaatnya
- b. Memberikan jaminan pada pasien dan keluarganya tentang kerahasiaan semua informasi yang didapatkan pada pemeriksaan fisis tersebut.
- c. Menjelaskan mengenai hak-hak pasien atau keluarganya, misalnya tentang hak untuk menolak untuk diperiksa.
- d. Mempersilahkan pasien membuka seluruh pakaian dan memastikan pasien mendapat pencahayaan yang baik selama pemeriksaan fisis.
- e. Berdiri disebelah kanan pasien.

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Inspeksi (umum dan status lokalis kulit)
- b. Pastikan penerangan baik (bisa dibantu senter), lesi kulit harus diperhatikan beserta kerusakan kulit. Dapat dibantu

menggunakan lup. Hal yang perlu diamati:

- (1) Lokasi
- (2) Efloresensi

3. Pemeriksaan sensibilitas (Sensorik)

- a. Menggunakan alat berupa kapas, jarum dan tabung berisi air hangat (40°C) dan dingin (20° C)
- b. Diperiksa pada bagian kulit yang sakit dan sehat
- c. Memeriksa harus pada bagian tengah bercak
- d. Dikatakan terganggu (defek) apabila salah dalam 3 kali pengulangan

4. Rangsang raba

- a. Menggunakan sepotong kapas yang dilancipkan ujungnya yang kemudian disinggung ke kulit pasien, baik yang sehat maupun yang sakit (pada tengah bercak)
- b. Sebelumnya dilakukan dengan mata pasien terbuka dan jelaskan bahwa apabila kulit disinggung dengan pilinan kapas, pasien harus menunjukkan tempatnya dengan telunjuknya, setelah pasien mengerti maka dilakukan dengan mata tertutup

5. Rangsang nyeri

- a. Menggunakan jarum yang memiliki ujung tajam dan ujung tumpul
- b. Kedua bagian ujung jarum disentuh pada kulit pasien dan pasien harus membedakan mana yang tajam dan mana yang tumpul

6. Rangsang suhu

- a. Menggunakan dua tabung yang berisi air hangat (sebaiknya suhu 40°C) dan air dingin (sekitar 20°C) yang akan disentuh secara bergantian pada kulit yang dicurigai
- b. Sebelumnya harus dipastikan bahwa pasien dapat membedakan rasa panas dan dingin (control test)
- c. Dilakukan dengan mata pasien tertutup dan pasien harus menyebutkan apakah rangsang panas atau dingin yang terasa di kulitnya

7. Palpasi (pemeriksaan saraf perifer)

Saat dilakukan palpasi, jangan membuat rasa tidak nyaman pada pasien dengan melakukan perabaan atau

penekanan pada penonjolan saraf yang dalam karena dapat memicu nyeri pada pasien)

a. N. Auricularis magnum:

- 1) Mintalah pasien untuk memalingkan wajahnya ke arah berlawanan dari sisi yang akan diperiksa, sambil memandang ke arah bahu.
- 2) Perhatikanlah apakah nampak atau tidak adanya pembesaran N. Auricularis magnum.
- 3) Bila pembesaran saraf tidak terlihat, lakukanlah palpasi dengan tetap mempertahankan posisi seperti tadi, telusurilah dengan perabaan daerah sisi leher bagian atas pasien, dari arah craniolateral ke caudomedial.
- 4) Rasakan ada tidaknya penebalan syaraf ini.

b. N. Radialis:

- 1) Mintalah pasien untuk menekuk lengannya sehingga membentuk sudut 60°C pada siku.
- 2) Tenangkanlah pasien dan mintalah ia melemaskan otot-ototnya.
- 3) Raba dan telusurilah daerah lateral sepertiga lengan atas kira-kira antara daerah pertemuan m. Triceps brachii caput longum dan lateral.
- 4) Rasakanlah ada tidaknya pembesaran saraf ini.
- 5) Perhatikanlah mimik pasien untuk mengetahui sensitifitas saraf ini.

c. Pemeriksaan N. Ulnaris:

- 1) Peganglah lengan kanan bagian bawah pasien dengan tangan kanan pemeriksa. Lakukan hal yang sama di sisi sebaliknya dengan tetap menggunakan tangan kanan pemeriksa
- 2) Posisikanlah siku pasien sedikit ditekuk sehingga lengan pasien rileks.
- 3) Gunakanlah jari telunjuk dan jari tengah tangan kiri anda untuk mencari sambil meraba N. Ulnaris di dalam sulcus nervi Ulnaris (lekukan antara tonjolan tulang siku dan tonjolan kecil di bagian medial = epicondylus medialis)
- 4) Rasakanlah apakah ada pembesaran saraf atau tidak.
- 5) Berikanlah sedikit tekanan ringan pada N. Ulnaris sambil menelusurinya ke arah atas dengan halus, perhatikanlah mimik apakah nampak kesakitan atau

tidak.

d. N. Medianus:

- 1) Mintalah pasien untuk mengepalkan tangan (jangan terlalu erat), sambil sedikit difleksikan.
- 2) Telusurilah daerah antara tendo m. Palmaris longus dan tendo m. Flexor carpi radialis longus dengan ujung-ujung jari anda.
- 3) Rasakanlah ada tidaknya pembesaran sambil meraba perhatikanlah mimik pasien.

e. N. Peroneus Communis (N. Poplitea lateralis)

- 1) Mintalah pasien duduk di tepi tempat tidur dengan kaki rileks berjuntai.
- 2) Duduklah di depan pasien dengan tangan kanan memeriksa kaki kiri pasien dan tangan kiri memeriksa kaki kanan pasien.
- 3) Letakkanlah jari tangan dan jari telunjuk anda pada bagian luar pertengahan betis pasien.
- 4) Rabalah perlahan-lahan ke arah atas sampai menemukan benjolan tulang (caput fibula).
- 5) Setelah itu rabalah saraf peroneus kira-kira 1 cm dari benjolan tulang tersebut ke arah belakang atas.
- 6) Gulirkanlah saraf tersebut dengan tekanan ringan ke kiri dan ke kanan secara bergantian.
- 7) Rasakanlah ada tidaknya pembesaran. Sambil meraba perhatikanlah mimik pasien.
- 8) Penderita masih diminta duduk berjuntai dengan santai.
- 9) Rabalah N. Tibialis Posterior di bagian belakang bawah dari mata kaki sebelah dalam.
- 10) Rasakanlah ada tidaknya pembesaran. Sambil meraba perhatikanlah mimik pasien.

8. Pemeriksaan motoric

Untuk teknik pemeriksaan, lihat gambar 1-5 di atas. Saraf yang diperiksa antara lain :

- a. N. ulnaris
- b. N. medianus
- c. N. radialis
- d. N. peroneus (N. poplitea lateralis)
- e. N. tibialis posterior dan suralis

C. Tahap akhir

1. Membantu pasien untuk bangun, membantu memasang pakaian dan mempersilahkan untuk kembali duduk.
2. Menginformasikan hasil yang ditemukan, pemeriksaan penunjang dan rencana pengobatan
3. Jelaskan pada pasien keluarga pasien tentang hasil pemeriksaan yang ditemukan.
4. Jelaskan bahwa untuk diagnosis pasti diperlukan beberapa pemeriksaan penunjang.
5. Jelaskan tentang diagnosis penyakitnya, rencana pengobatan, prognosis dan komplikasi.
6. Lakukanlah konseling dengan menjelaskan tentang penyakit (sesuai diagnosis), terutama tentang keberhasilan terapi.

D. Teknik pengambilan spesimen goresan kulit:

1. Sediaan diambil dari kelainan kulit yang paling aktif. Kulit muka sebaiknya dihindari karena alasan kosmetik, kecuali tidak ditemukan di tempat lain.
2. Tempat-tempat yang sering diambil sediaan apus jaringan untuk pemeriksaan *M. leprae* ialah cuping telinga, lengan, punggung, bokong dan paha.
3. Pengambilan sediaan apus dilakukan di **3 tempat** yaitu cuping telinga kiri, cuping telinga kanan dan bercak (lesi aktif) yang paling aktif
4. Kaca objek diberi nama, nomor identitas, lokasi lesi (masing-masing lesi sejumlah 1 object glass)
5. Permukaan kulit pada bagian yang akan diambil dibersihkan dengan kapas alkohol 70%.
6. Jepit kulit pada bagian tersebut dengan forcep/pinset atau dengan jari tangan untuk menghentikan aliran darah ke bagian tersebut.
7. Kulit disayat sedikit dengan pisau steril sepanjang lebih kurang 5 mm, dalamnya 2 mm. Bila terjadi perdarahan bersihkan dengan kapas.
8. Kerok tepi dan dasar sayatan secukupnya dengan menggunakan punggung mata pisau sampai didapat semacam bubur jaringan dari epidermis dan dermis, kemudian dikumpulkan dengan skalpel pada kaca objek.

VI. REFERENSI

- A. Marciano, L. H. S. C., Marques, T., da Paz Quaggio, C. M., & Nardi, S. M. T. (2017). Physical Therapy in Leprosy. *Dermatology in Public Health Environments*.

- B. Clapasson A., Canata S. (2012) Laboratory Investigations. In: Nunzi E., Massone C. (eds) Leprosy. Springer, Milano.
- C. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). Panduan Praktik Klinis. 2024
- D. Sewon K, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS. Fitzpatrick's Dermatology. Edisi ke-9. New York: The McGraw-Hill Companies Inc; 2019.

**CHECKLIST PENILAIAN KETERAMPILAN
ANAMNESIS MORBUS HANSEN**

Nama :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri		
2	Menanyakan identitas pasien dan/atau keluarganya		
3	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan serta meminta persetujuan pasien (informed consent)		
4	Sampaikan kepada pasien dan/atau keluarganya bahwa segala informasi yang akan didapatkan dari anamnesis akan terjaga kerahasiaannya		
5	Sampaikan kepada pasien dan/atau keluarganya agar mengungkapkan dengan sejujur-jujurnya terkait penyakitnya guna memudahkan dokter dalam mendiagnosis dan memastikan terapi yang sesuai		
6	Membaca basmalah sebelum melakukan pemeriksaan		
Tahap Kerja			
Menanyakan Riwayat Penyakit Sekarang (RPS)			
7	Tanyakan keluhan utama		
8	Tanyakan onset/durasi		
9	Tanyakan lokasi, penyebaran, kualitas dan kuantitas lesi		
10	Tanyakan faktor yang memperberat/memperingan		
11	Tanyakan gejala lain yang menyertai		
12	Tanyakan riwayat pengobatan sebelumnya		
Menanyakan Riwayat Penyakit Dahulu (RPD)			
13	Tanyakan apakah pasien pernah mengalami keluhan serupa sebelumnya?		
14	Tanyakan apakah pasien pernah dinyatakan sembuh atau tidak oleh dokter yang merawat sebelumnya?		
Menanyakan Riwayat Keluarga dan Riwayat Kontak			
15	Tanyakan apakah ada keluarga/kerabat/teman kerja/tetangga yang mengalami hal yang serupa		
16!	Tanyakan riwayat domisili selama ini (wajib ditanyakan)		
Menanyakan Riwayat Sosial, Alergi, dan Lingkungan			
17	Tanyakan latar belakang sosio-ekonomi pasien dan keluarga		
18	Tanyakan riwayat alergi : obat, makanan, benda-benda, dll		

Sikap Profesional		
Melakukan dengan percaya diri		
Melakukan dengan sopan		
Melakukan dengan ramah		
Melakukan dengan rapi		
Menunjukkan sikap empati		
Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		
	Tanggal Kegiatan	
	Nama Instruktur	
	Tanda Tangan (Instruktur)	

! adalah critical point

**CHECKLIST PENILAIAN KETERAMPILAN
PEMERIKSAAN FISIK MORBUS HANSEN**

Nama :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri		
2	Menanyakan identitas pasien (nama, umur, alamat)		
3	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan serta meminta persetujuan pasien (informed consent)		
4	Membaca basmalah sebelum melakukan pemeriksaan		
Tahap Kerja			
5	Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien		
Inspeksi			
6	Melakukan pemeriksaan kulit secara menyeluruh dan mendeskripsikan UKK nya (letak, jenis, jumlah, konfigurasi/bentuk, susunan)		
7	Melakukan pemeriksaan organ lain seperti mata, hidung pasien		
8	Memeriksa adanya penipisan rambut dan alis.		
Memeriksa Keadaan Saraf Dan Penebalan Syaraf			
*) Wajib dilakukan pada lesi dan ekstremitas sisi kiri dan kanan			
Leher			
9	Penebalan N. Auricularis magnum		
Tangan			
10.	Pemeriksaan fungsi sensorik:		
	• Dengan ujung kapas		
	• Dengan ujung jarum		
	• Dengan tabung (suhu)		
11.	Pemeriksaan penebalan saraf :		
	• Penebalan N. Radialis.		
	• Penebalan N. Ulnaris.		
	• Penebalan N. Medianus		
12.	Pemeriksaan fungsi motorik :		
	• Penebalan N. Radialis.		
	• Penebalan N. Ulnaris.		
	• Penebalan N. Medianus		
Kaki			
13	Pemeriksaan fungsi sensorik		

	<ul style="list-style-type: none"> • Dengan ujung kapas • Dengan ujung jarum • Dengan tabung (suhu) 		
14	Pemeriksaan penebalan saraf :		
	<ul style="list-style-type: none"> • Penebalan N. Peroneus Communis (N. Poplitea lateralis) • Penebalan N. tibialis posterior 		
15	Pemeriksaan fungsi motorik :		
	<ul style="list-style-type: none"> • Penebalan N. Peroneus Communis (N. Poplitea lateralis) • Penebalan N. tibialis posterior 		
Penutup			
Menginformasikan hasil yang ditemukan, pemeriksaan penunjang dan rencana pengobatan kepada pasien dan membuat resume			
16	Mencuci tangan setelah melakukan kontak dengan pasien		
17	Menjelaskan pada pasien/keluarganya tentang hasil pemeriksaan yang ditemukan, pemeriksaan penunjang yang diperlukan dan rencana pengobatan.		
18	Melakukan konseling.		
19	Membuat resume pemeriksaan fisis.		
20	Membaca Hamdalah		
Sikap Profesional			
	Melakukan dengan percaya diri		
	Melakukan dengan sopan		
	Melakukan dengan ramah		
	Melakukan dengan rapi		
	Menunjukkan sikap empati		
	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		
		Tanggal Kegiatan	
		Nama Instruktur	
		Tanda Tangan (Instruktur)	

**CHECKLIST PENILAIAN KETERAMPILAN
PENGAMBILAN DAN PEMBUATAN GORESAN KULIT (SKIN SMEAR)**

Nama :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri		
2	Menanyakan identitas pasien		
3	Membangun hubungan interpersonal baik secara verbal maupun non verbal (sambung rasa)		
4	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan serta meminta persetujuan pasien (informed consent)		
5	Membaca basmalah sebelum melakukan pemeriksaan		
Tahap Kerja			
6	Menjaga Privasi pasien		
7	Mampu menyiapkan pasien untuk pengambilan slit skin smear		
8	Mampu mengatur pencahayaan.		
9	Menyiapkan semua peralatan yang diperlukan.		
10	Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien		
Pengambilan Sampel Kulit			
11	Menentukan dan desinfeksi lokasi pengambilan spesimen.		
12	Melakukan pengambilan spesimen dengan benar.		
13	Melakukan pembuatan sediaan apusan kulit (skin smear).		
14	Melakukan dekontaminasi alat yang telah dipakai		
15	Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien		
Pasca Pengambilan			
16	Melakukan persiapan pengiriman sediaan apus		
Sikap Profesional			
	Melakukan dengan percaya diri		
	Melakukan dengan sopan		
	Melakukan dengan ramah		
	Melakukan dengan rapi		
	Menunjukkan sikap empati		
	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		
		Tanggal Kegiatan	
		Nama Instruktur	
		Tanda Tangan (Instruktur)	

ANAMNESIS PSIKIATRI

I. TUJUAN PEMBELAJARAN

- A. Mahasiswa mampu melakukan komunikasi dokter-pasien dalam konteks gangguan psikiatri
- B. Mahasiswa mampu melakukan anamnesis pada kasus gangguan jiwa secara sistematis dan lengkap

II. MATERI PENDUKUNG PEMBELAJARAN

Untuk mendukung topik keterampilan klinis, adapun materi pendukung yang berkaitan dan perlu dipahami oleh mahasiswa sebelumnya antara lain :

- A. Komunikasi efektif dokter-pasien
- B. Breaking bad news
- C. Teknik wawancara pada pasien
- D. Gangguan psikiatri

III. LANDASAN TEORI

A. ANAMNESIS DALAM PSIKIATRI

Keterampilan anamnesis merupakan keterampilan penting yang harus dimiliki seorang dokter. Anamnesis merupakan bagian penting dalam tatalaksana pasien psikiatri. Anamnesis merupakan wadah utama dalam pemeriksaan psikiatri. Anamnesis yang tepat akan mengarahkan seorang dokter dalam melakukan pemeriksaan status mental, penegakan diagnosis dan pemberian tatalaksana yang tepat. Anamnesis dalam psikiatri berbeda dari anamnesis pemeriksaan pada umumnya. Anamnesis dalam psikiatri memberikan perhatian khusus pada manifestasi fungsi mental, emosional dan perilaku. Sambil menceritakan keluhannya, pasien akan berbicara dengan nada emosional tertentu, mengutarakan pikiran dan memperlihatkan perilaku motorik tertentu.

Anamnesis dapat dilakukan langsung terhadap pasien (autoanamnesis) dan bisa dilakukan terhadap orang lain (alloanamnesis) misalnya keluarga, teman, tetangga, dan pihak-pihak lain yang mengerti tentang keadaan pasien. Alloanamnesis sangat dibutuhkan terutama pada gangguan jiwa berat (Psikosis), karena berkaitan dengan kondisi pasien psikosis yang seringkali dipengaruhi oleh gejalanya, sehingga perlu dikonfirmasi dengan keterangan orang lain yang mengetahui keadaan pasien, termasuk pada saat kondisi pasien tidak kooperatif sehingga pemeriksa tidak dapat melakukan anamnesis kepada pasien.

Wawancara menjadi efektif saat berlangsung secara alamiah atau natural, dengan nada seperti percakapan biasa, tidak kaku seperti gaya pertanyaan kuesioner. Wawancara dapat dimulai dengan pertanyaan terbuka, untuk memberikan kesempatan pasien mengungkapkan

bagaimana perasaan dan pikirannya, dan sesekali bisa dilanjutkan dengan pertanyaan tertutup untuk mendapatkan data yang mendukung diagnosis dan menyingkirkan diagnosis bandingnya.

Data yang harus kita dapatkan dalam keterampilan anamnesis adalah sebagai berikut:

1. Identitas Pasien

Identitas pasien kita perlukan untuk mengidentifikasi pasien agar tidak tertukar dengan pasien lain dalam pemeriksaan maupun pemberian tatalaksana. Selain itu, identitas pasien akan memberikan gambaran khusus pada pasien yang akan membantu memandu dokter dalam berinteraksi dengan pasien. Identitas yang diperlukan dari seorang pasien meliputi nama, tempat tanggal lahir, suku bangsa, umur, jenis kelamin, agama, alamat, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, serta informasi lainnya yang mendukung penegakan diagnosis, penatalaksanaan dan prognosis. Apabila informasi yang kita peroleh terkait identitas pasien berasal dari orang lain, maka kita juga perlu mengetahui apakah sumber aloanamnesa adalah orang yang dapat dipercaya (orang tersebut benar-benar memahami tentang pasien yaitu keadaan sebelum pasien sakit dan saat pasien sakit) atau tidak. Catat pula apakah gangguan yang dialami pasien adalah gangguan yang pertama kali atau tidak. Pemeriksa juga mengetahui apakah pasien datang sendiri ke fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit, Puskesmas, klinik, dll) atau rujukan dari dokter lain, maupun datang dengan dibawa oleh orang lain (keluarga, polisi, petugas panti, dll).

2. Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan yang membuat pasien datang ke dokter atau fasilitas kesehatan. Pasien dengan gangguan jiwa dapat datang sendiri dan menyampaikan keluhannya kepada pemeriksa, terutama pada kasus gangguan jiwa non psikotik. Teknik yang penting dilakukan saat pasien mengutarakan keluhannya adalah dengan membiarkan pasien bicara dengan bahasanya sendiri, sesuai dengan urutan yang dirasakan penting oleh pasien. Pemeriksa perlu cukup sensitif dalam memahami apa yang disampaikan oleh pasien dan menelusuri lebih lanjut hal bermakna yang disampaikan oleh pasien baik yang tersurat maupun yang tersirat. Contoh kalimat pembuka dalam mencari keluhan utama: "Bagaimana saya bisa menolong bapak/ibu/saudara?", silakan menceritakan apa yang membuat resah bapak/ibu/saudara?, silakan menceritakan apa yang mengganggu kesehatan bapak/ibu/saudara? Pasien dibairkan bercerita segalanya dengan gaya dan caranya sendiri.

Keluhan utama juga bisa bersifat kabur/tidak jelas, seperti perasaan tegang, ragu firasat aneh dan dapat juga bersifat jelas seperti pasien menyatakan bahwa ada sekelompok orang yang akan membunuh dirinya. Terkadang pasien juga mengungkapkan gejala somatik seperti sakit kepala, nyeri perut, mual, sesak nafas, berdebar-debar. Ada pula pasien yang tidak mengeluh apa-apa, tetapi keluhan berasal dari orang terdekatnya seperti ayah, ibu, teman kost yang dimana pasien mengalami perubahan perilaku atau peningkatan gejala.

Contoh keluhan utama (gangguan non psikotik) :

- a. Pasien : "Saya mengalami sulit tidur dok "
- b. Pasien : "Saya sering merasa kuatir berlebihan dok "
- c. Pasien : "Saya sering merasa sesak nafas seperti tercekik dok "
- d. Pasien : "Badan saya lemes dok, rasanya lesu dan malas beraktivitas "
- e. Pasien : "Kepala saya pusing dok, leher terasa tegang "
- f. Pasien : " Jantung saya sering berdebar-debar dan sering keluar keringat dingin"

Pasien dengan gangguan jiwa psikotik mempunyai kecenderungan untuk memiliki insight/tilikan diri yang buruk. Pasien tidak merasa dirinya sakit, sehingga biasanya keluarganya/pihak lain yang membawa pasien ke layanan kesehatan. Dengan demikian pada gangguan psikotik, keluhan utama sering diganti menjadi sebab pasien dibawa ke rumah sakit. Pasien dengan gangguan psikotik seringkali dibawa ke rumah sakit apabila pasien melakukan tindakan-tindakan yang tidak bisa ditoleransi lagi oleh lingkungannya, misalnya mengamuk tanpa sebab, menyerang orang lain, merusak barang-barang atau melakukan hal-hal yang membahayakan/menyakiti dirinya termasuk upaya bunuh diri. Kondisi pasien saat mulai menunjukkan perubahan perilaku awal (gejala prodromal) seperti mengurung diri, banyak melamun, tidak mau bersosialisasi, malas untuk beraktivitas, dll, namun belum melakukan hal-hal yang mengganggu lingkungan, keluarga kadang belum merasa perlu membawa pasien ke rumah sakit. Hal tersebut dapat berakibat terlambatnya pemebrian tatalaksana pada pasien dengan gangguan jiwa psikotik.

Contoh sebab dibawa ke RS (kasus Psikotik) :

- a. Keluarga : "Dia marah-marah meskipun tidak ada penyebabnya, juga merusak barang-barang yang ada di rumah dok "
- b. Teman : "Dia mengancam teman kostnya dengan membawa pisau dok, padahal temannya itu tak berbuat kesalahan yang fatal"
- c. Keluarga : "Sudah dua minggu dia hanya melamun dan berdiam diri di dalam kamar, serta tidak mau bertemu dengan siapa pun dok"
- d. Polisi : "Dia mengamuk dan melempar mobil yang lewat di jalan dengan batu dok"

3. Riwayat Penyakit Sekarang (RPS)

Riwayat penyakit sekarang merupakan informasi tentang perjalanan penyakit saat ini yang di dalamnya harus mendapatkan informasi tentang :

- a. Penjelasan diskriptif tentang keluhan utama serta faktor yang memperberat dan meringankan keluhan. Keluhan harus dideskripsikan dengan jelas, misalnya keluarga menceritakan bahwa pasien tampak aneh, maka harus menanyakan apa yang dimaksud dengan aneh tersebut.

Contoh lainnya antara lain adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien merasa sangat ketakutan, karena merasa dikejar-kejar orang lain dan hendak dibunuh
- 2) Pasien tidak mau makan sama sekali karena sangat curiga jangan-jangan makanan/minuman yang diberikan padanya mengandung racun yang hendak dipakai membunuh dirinya
- 3) Pasien dengan cemas, maka harus ditanyakan: frekuensinya, gejala-gejala fisik yang menyertai kecemasannya (keringat dingin, berdebar-debar, sulit tidur, hubungan dengan situasi tertentu, dll.

- b. Keluhan lain yang dirasakan pasien

Setiap jenis gangguan jiwa memiliki sindrom atau kumpulan gejala, bukan hanya ditentukan oleh satu gejala saja. Dengan demikian gejala lain yang mendukung penegakan sebuah diagnosis gangguan jiwa harus ditanyakan.

Sebagai contoh jika ada keluhan utama yang mengarah pada gejala depresi, maka harus ditanyakan gejala-gejala lain yang menjadi kriteria depresi lainnya.

- c. Onset dari keluhan
Merupakan awal munculnya gangguan, dibagi dalam akut (kurang dari 1 bulan), subakut (antara 1-6 bulan) atau kronis (lebih dari 6 bulan).
Jika sakit yang dialami pasien bukan sakit yang pertama, maka harus dipastikan apakah sakit yang sekarang ini merupakan kelanjutan sakit yang sebelumnya atau pasien pernah mengalami kesembuhan sehingga sakit yang sekarang merupakan episode sakit yang baru. Kesembuhan secara klinis ditunjukkan jika pasien dapat kembali ke fungsi normalnya sebelum pasien sakit, misalnya bila pasien seorang mahasiswa dengan prestasi yang baik, maka setelah pasien sembuh dari sakitnya akan kembali menjadi mahasiswa yang berprestasi baik pula.
- d. Gejala yang biasanya mendahului (gejala prodormal) munculnya gangguan jiwa psikotik sebelum adanya gejala psikotik yang menonjol (*full blown psychotic*), misalnya mengurung diri, aktivitas mulai berkurang, penurunan interaksi sosial, dll. Perjalanan penyakit dimulai sejak adanya gejala prodormal, tidak dimulai dari ketika *full blown psychotic*.
- e. Riwayat pengobatan yang telah dilakukan, obat-obat, sikap pasien terhadap pengobatan (patuh atau tidak patuh), dan hasil yang diperoleh dari upaya pengobatan yang telah dilakukan tersebut.
- f. Faktor yang mendahului terjadinya gangguan (faktor presipitasi). Keterangan ini membantu dalam memahami permasalahan yang dihadapi pasien, sehingga berguna dalam mengelola penatalaksanaan pasien. Faktor presipitasi dapat berupa faktor organik maupun psikologik.
- g. Dampak mengenai gangguan yang dialami pasien. Apakah pasien mengalami gangguan fungsi peran dan sosial akibat gangguannya saat ini. Semisal pasien seorang mahasiswa, sejak mengalami gangguan pasien menjadi sering tidak mengikuti kuliah, banyak menyendiri dan nilai prestasinya menurun.
Hindari kata tanya "Mengapa" atau "Kenapa", namun gunakanlah kata tanya "Bagaimana". Pertanyaan "Bagaimana...." akan menuntun pasien atau keluarga pasien untuk mendiskripsikan apa yang dialami dan terjadi sehingga

memudahkan Dokter untuk mengidentifikasi psikopatologi yang pasien alami.

4. Riwayat Penyakit Dahulu (RPD)

Riwayat penyakit dahulu terdiri dari riwayat gangguan jiwa sebelumnya atau riwayat penyakit medis umum yang pernah diderita sebelumnya.

a. Riwayat Psikiatri Sebelumnya : Jika ada gangguan jiwa sebelumnya, perlu ditanyakan gejalanya, riwayat pengobatannya, dirawat di RS mana, berapa lama, efek dari pengobatan, akibat dari sakitnya, apakah bisa kembali ke fungsi peran yang normal atau tidak setelah sakit, serta riwayat penggunaan alkohol dan zat-zat terlarang. RPD bisa berhubungan langsung atau tidak langsung dengan gangguan saat ini. Riwayat gangguan psikiatri sebelumnya mencakup episode, gejala yang timbul, derajat, terapi, lama gangguan dan kepatuhan terapi. Beberapa contoh RPD di antaranya:

- 1) Seorang pasien dengan depresi, diperoleh informasi bahwa pasien pernah mengalami depresi 2 tahun yang lalu dan telah dinyatakan sembuh oleh dokter, maka diagnosis saat ini menjadi: Gangguan Depresi Berulang
- 2) Seorang pasien dengan depresi, didapatkan dalam RPD-nya pernah episode manik 3 tahun yang lalu, maka diagnosisnya menjadi : Gangguan Bipolar episode kini Depresi
- 3) Seorang pasien gangguan manik, didapatkan dalam RPD-nya pernah mengalami episode manik 1 tahun yang lalu, maka diagnosisnya menjadi : Gangguan Bipolar episode Manik

b. Riwayat penyakit medis umum:

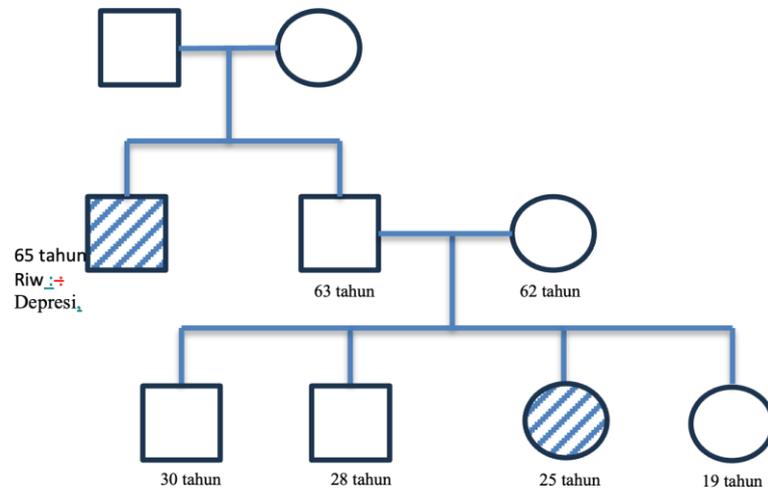
Adalah penyakit medis atau bedah yang berat dan trauma berat, khususnya yang memerlukan perawatan di rumah sakit (misalnya, trauma kranioserebral, penyakit neurologis, kejang, HIV/AIDS, gangguan kesadaran), termasuk penyebab, komplikasi, dan pengobatannya. Dicatat pula tentang gangguan psikosomatik, seperti hay fever, arthritis rheumatoid, kolitis ulseratif, asma, hipertiroidisme, gangguan gastrointestinal, pilek rekuren, dan gangguan kulit. Beberapa gangguan psikiatrik berkaitan erat dengan beberapa kondisi medis di atas, misalnya pada Gangguan mental Organik.

- c. Riwayat Penggunaan alkohol atau zat lainnya :Informasi yang harus didapatkan adalah jenis zat, jumlah, dan frekuensi pemakaian.

5. Riwayat Penyakit Keluarga (RPK)

Riwayat Penyakit Keluarga (RPK) sangat diperlukan untuk menggali adanya faktor genetik pada gangguan jiwa dan penyakit medis umum lainnya. RPK juga dapat memberikan gambaran tentang situasi keluarga pasien, misalnya jika ada keluarga yang memiliki penyakit tertentu dapat menjadi stresor bagi pasien yang secara langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi kondisi gangguan yang dialami pasien saat ini. Selain itu juga perlu digali riwayat penggunaan alkohol dan zat-zat terlarang keluarga pasien.

Contoh genogram :



6. Riwayat Pribadi

Riwayat kehidupan pribadi pasien dibutuhkan untuk memahami perjalanan hidup pasien sejak dalam kandungan hingga saat ini. Informasi tentang riwayat kehidupan pribadi pasien berguna untuk menggambarkan beberapa faktor penting yang berhubungan dengan kondisi emosi pasien serta beberapa faktor predisposisi yang ada. Penyebab gangguan jiwa tidak hanya disebabkan oleh adanya faktor presipitasi saja, tetapi disebabkan berbagai faktor predisposisi (multifaktorial). Faktor-faktor predisposisi yang ada akan membantu dalam penegakan diagnosis maupun penatalaksanaannya.

- a. Riwayat Prenatal dan Perinatal

Dokter mempertimbangkan sifat situasi rumah, di mana pasien 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 ?. Riwayat kehamilan akan memberikan informasi tentang apakah pasien merupakan anak yang diharapkan oleh orang tuanya atau tidak. Kondisi tersebut akan mempengaruhi sikap orang tua dalam pengasuhan anak, yang mempengaruhi proses tumbuh kembang seseorang dan bisa berpengaruh terhadap kesehatan mentalnya. Informasi tentang kondisi kesehatan fisik dan mental ibu saat mengandung termasuk penggunaan alkohol atau obat-obatan lain selama kehamilan juga menjadi faktor yang bisa secara langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi pasien. Riwayat persalinan seperti asfiksia, trauma persalinan dll seringkali berhubungan dengan tumbuh kembang selanjutnya.

b. Usia 0-3 tahun (masa kanak awal)

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 membantingkan 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, tiks, menubrukkan kepala, menggoncang, 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

Tahap usia kanak awal, kualitas hubungan antara ibu dan anak sangat penting dalam perkembangan anak, termasuk hal yang berkaitan dengan proses penyusuan, tumbuh kembang dan toilet training. Informasi tentang pengasuhan pasien pada masa tersebut juga seringkali berkaitan dengan gangguan jiwa yang terjadi saat ini.

Hal penting dalam masa kanak awal ini adalah:

- 1) Kebiasaan makan: apakah anak mendapat ASI atau susu botol, apakah ada problem kesulitan makan pada anak.

- 2) Tumbuh kembang pasien: apakah pertumbuhan dan perkembangan pasien seperti berjalan, bicara, bersosialisasi dan lain-lain sesuai dengan milestone tumbuh kembang anak atau ada keterlambatan dalam tumbuh kembang. Anak yang mengalami gangguan tumbuh kembang berpotensi mengalami gangguan jiwa pada masa yang akan datang.
 - 3) Toilet training: berapa umur anak mulai dilakukan toilet training (terlalu dini atau terlambat akan menimbulkan masalah bagi anak), bagaimana sikap orang tua dalam toilet training (terlalu keras atau pembiaran akan menimbulkan masalah pada anak), bagaimana sikap anak dalam toilet trainingnya (ada anak yang berhasil namun juga ada yang bermasalah dalam toilet trainingnya sehingga sering terjadi konstipasi, BAB di celana, dll).
 - 4) Adanya gejala-gejala yang berhubungan dengan masalah perilaku: menghisap jempol, mudah marah, tik, mimpi- mimpi buruk, menggigit kuku, ketakutan.
 - 5) Gambaran kepribadian anak: rewel, mudah bergaul, bersahabat, aktivitas berlebihan dan pola-pola permainan yang disukai.
- c. Usia 3-11 tahun (Masa kanak pertengahan)
- Dokter memusatkan pada subjek penting seperti identifikasi jenis kelamin, perilaku orang tua dalam mengajarkan aturan-aturan dalam keluarga dan hukuman jika melanggarnya, siapa yang menegakkan disiplin dan mempengaruhi pembentukan suara hati awal, pengalaman awal sekolah termasuk adaptasi anak ketika anak harus berpisah dari orang tua atau pengasuhnya, Kemampuan anak bergaul dengan orang-orang baru di sekitarnya, persahabatan, keakraban dengan teman, peran pasien (sebagai pemimpin atau pengikut), apakah anak mudah berteman atau pemalu, kerjasama dengan teman, perilaku anti sosial, impulsivitas, agresi, gangguan belajar, perkembangan intelektual, kekejaman terhadap binatang dan masturbasi yang berlebihan juga harus digali.
- d. Masa kanak akhir (Pubertas – 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).

Masa kanak akhir merupakan masa pembentukan identitas diri seseorang. Seseorang sudah mulai meninggalkan ketergantungannya kepada orang tua dan mulai membangun hubungan yang lebih intens dengan teman sebaya dalam aktivitasnya. Beberapa Informasi tambahan yang diperlukan diantaranya:

- 1) Riwayat sekolah
- 2) Masalah identitas dirinya
- 3) Masalah penggunaan alkohol dan zat lainnya
- 4) Perkembangan dan aktivitas seksualnya
- 5) Interaksi dengan teman temannya, apakah ia diterima atau dikucilkan lingkungannya
- 6) Interaksi dengan guru
- 7) Aktivitas lain selain sekolah
- 8) Hobi yang dimiliki
- 9) Hubungan dengan orang tua
- 10) Masalah-masalah yang dihadapinya
- 11) Permasalahan berhubungan dengan kenakalan remaja
- 12) Perasaannya berkaitan dengan perkembangan seksualnya

e. Dewasa

- 1) Riwayat pekerjaan

Menggambarkan pilihan pekerjaan pasien, konflik yang berhubungan dengan pekerjaan, ambisi serta tujuan jangka panjang, juga perasaan pasien tentang pekerjaannya sekarang Informasi tentang pekerjaan yang dimiliki pasien, kualitas pekerjaan dan prestasi kerja pasien. Sejak kapan dan berapa lama pasien bekerja,

apakah dengan pekerjaan yang tetap atau berganti-ganti / berpindah-pindah pekerjaan dan apa alasannya. Apakah ada masalah yang berkaitan dengan pekerjaan itu sendiri atau masalah berkaitan dengan pimpinan dan teman-teman kerjanya.

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. Informasi riwayat perkawinan pasien, adalah berapa lama pasien menikah dan masalah-masalah yang berkaitan dengan perkawinan. Jika terjadi perceraian, maka perlu informasi tentang penyebabnya. Perceraian bisa sebagai faktor presipitasi, namun juga bisa disebabkan karena gangguan jiwa pada diri pasienlah yang menjadi penyebab pasangannya meminta cerai. Ataukah disebabkan adanya masalah-masalah seksual dalam pernikahan.

3) Riwayat Pendidikan

Gambaran tentang latar belakang pendidikan pasien. Riwayat tentang proses pendidikan pasien, motivasi, kualitas dan masalah- masalah yang timbul berkaitan dengan sekolahnya, umur berapa pasien berhenti dari sekolahnya, apa sebab berhenti sekolah, apakah karena ketidakmampuan intelektualnya atau masalah sosial ekonominya. Bagaimana prestasi sekolahnya selama ini, apakah relatif konstan ataukah mengalami penurunan dan apa penyebabnya. Apakah pemilihan disiplin ilmu adalah sesuai keinginannya atau paksaan dari pihak lain. Apakah pasien pernah mengalami kegagalan dalam proses pendidikannya (misal tidak naik kelas, DO, nilai/prestasi menurun drastis, dll).

4) Aktivitas Keagamaan

Latar belakang keagamaan kedua orang tua, sikap keluarga terhadap aturan agama, konflik tentang pendidikan agama anak, aktivitas keagamaan pasien serta perkumpulan yang diikuti. Perlu juga dicari informasi tentang aktivitas keagamaan dalam keluarga, apakah orang tuanya termasuk keras atau permisif terhadap aktivitas keagamaan anaknya, apakah ada konflik antara keagamaan anak dengan orang tuanya,

juga ketaatan pasien dalam agamanya.

5) Aktivitas Sosial

Menggambarkan kehidupan sosial pasien dan sifat persahabatan. Informasi tentang hubungan pasien dengan lingkungan sosialnya, sikap pasien dengan teman sesama jenis dan lawan jenisnya. Kebiasaan pasien dalam pergaulan, jika pasien lebih sering mengisolasi diri maka harus dicari informasi tentang kemungkinan penyebabnya, apakah karena rendah diri, kecemasannya atau ketakutannya terhadap orang lain.

6) Situasi Kehidupan Sekarang

Menggambarkan dimana pasien tinggal, jumlah anggota keluarga, jumlah kamar, dan susunan tempat tidur. Juga sumber penghasilan keluarga dan kesulitan keuangan. Menggambarkan tentang kehidupan pasien saat sekarang, apakah tinggal bersama orang tuanya atau bersama orang lain, apakah hidup di panti rehabilitasi atau asrama atau rumah keluarga sendiri. Bagaimana situasi pasien di tempat tinggalnya, pasien dapat mempunyai privasi atau tidak, bagaimana hubungan pasien dengan orang-orang yang ada di tempat tinggalnya dan bagaimana kondisi tempat tinggalnya termasuk sosial ekonomi keluarga pasien. Hal ini sangat berkaitan dengan family support terhadap pasien. Perlu kita cari data tentang:

- a) Apakah anggota keluarga memberikan dukungan sosial yang memadai bagi pasien atau tidak.
- b) Bagaimana hubungan antara pasien dengan orang tua, saudara dan anggota keluarga yang lainnya. Beberapa pasien mempunyai problem dengan keluarganya, maka harus kita pertimbangkan dalam penatalaksanaan penderita.
- c) Dengan siapa penderita punya hubungan jiwa yang paling dekat dalam keluarganya
- d) Bagaimana pola asuh yang didapatkan penderita sejak kecil
- e) Bagaimana pola hubungan antar masing-masing anggota keluarga yang ada
- f) Bagaimana tingkat sosial ekonomi keluarga

7) Riwayat Hukum : apakah pasien pernah ditangkap? dengan sebab apa? riwayat penyerangan atau kekerasan dan lain- lain.

- 8) Riwayat Ketentaraan/militer : menggambarkan tentang penyesuaian umum pasien terhadap ketentaraan, apakah mereka melihat peperangan atau menderita suatu cedera.
- f. Riwayat Psikoseksual
Meliputi keingintahuan 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. Mimpi, Fantasi dan 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.
- h. Taraf Dapat Dipercaya
Melakukan triangulasi data dengan pihak keluarga atau pihak yang mengerti kondisi keseharian pasien. Sebelum pasien sakit dan kondisi pasien saat ini.

IV. ALAT DAN BAHAN

Lembar anamnesis psikiatri

V. PROSEDUR PEMERIKSAAN

A. Pertemuan 1

Mahasiswa wajib menonton video pembelajaran sebelum mengikuti sesi keterampilan klinis :

1. Langkah 1 :

Instruktur keterampilan klinis memimpin diskusi untuk mengawali kegiatan pembelajaran (40 menit)

2. Langkah 2:

Role Play (15 menit untuk 1 mahasiswa, total 60 menit)

- a. Setiap mahasiswa melakukan role play yang diamati oleh instruktur dan mahasiswa lain
- b. Instruktur dan mahasiswa lain memberikan feedback setelah temannya melakukan role play
- c. Dilakukan bergantian sehingga semua mahasiswa pernah memerankan sebagai dokter

B. Pertemuan 2

Role Play (15 menit untuk 1 mahasiswa, total 90 menit)

1. Setiap mahasiswa melakukan role play yang diamati oleh instruktur dan mahasiswa lain
2. Instruktur dan mahasiswa lain memberikan feedback setelah temannya melakukan role play
3. Dilakukan bergantian sehingga semua mahasiswa pernah memerankan sebagai dokter

VI. REFERENSI

- A. American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- B. Carlat, Daniel J. 2011. Interview A Practical Guide. 3th ed. Wolters Kluwer Health, Philadelphia.
- C. Departemen Kesehatan RI. 1993. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III. Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik), Jakarta.
- D. Feist, J., Feist, G., J. 2010. Teori Kepribadian. Ed.7. Penerbit Salemba Humanika, Jakarta.
- E. Gunarsa, Singgih D. 1992. Konseling dan Psikoterapi. PT BPK Gunung Mulia, Jakarta.
- F. Marwick, K., Birrell, S., C.V. Mosby Company & Elsevier (Amsterdam). 2015. Crash Course Psychiatry. Mosby/Elsevier, Edinburgh.
- G. Othmer & Othmer. 2001. The Clinical Interview Using DSM-IV-TR. APA. Washington, D.C.
- H. Sadock, B.J., Sadock, V.A. & Ruiz, P. eds. 2017. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Tenth edition. Wolters Kluwer, Philadelphia.

SKENARIO I

Seorang laki-laki bernama Tn. K, berusia 37 tahun, dibawa ke IGD oleh keluarganya karena berusaha mengakhiri hidup dengan menggunakan tali jemuran. Kurang lebih 1 bulan yang lalu, istri pasien meninggal dunia setelah melahirkan anak kedua mereka. Sejak dua minggu yang lalu, pasien menjadi tampak sedih, tak mau melakukan aktivitas seperti biasanya, sulit tidur, nafsu makan berkurang, dan sering berdiam diri di dalam kamar. Pasien sering mengatakan bahwa kematian istrinya adalah akibat kesalahan pasien, merasa tidak mampu mengurus kedua anaknya, kadang tampak bicara sendiri. Pasien mengatakan bahwa tak ada gunanya hidup dan berusaha mengakhiri hidup dengan tali jemuran, namun beruntung kakak pasien mengetahui hal tersebut dan membawa pasien ke IGD.

1. Lakukan anmnesis psikiatri pada pasien tersebut

SKENARIO II

Seorang ibu rumah tangga bernama Ny. F, berusia 42 tahun, datang ke Puskesmas dan mengeluh sering sakit kepala, dada berdebar, dan badan terasa pegal. Keluhan tersebut muncul sekitar satu bulan terakhir, sejak pasien mendapatkan teguran dari atasannya. Pasien merasa sedih, malu, kurang percaya diri, dan sulit berkonsentrasi. Pasien menjadi sulit tidur, sering terbangun pada dini hari dan sulit untuk tidur lagi. Pasien masih dapat menjalankan aktivitas sehari-hari dan bekerja, namun merasa mudah lelah. Sebelumnya pasien dikenal sebagai orang yang ceria dan suka membantu orang lain. Pasien ingin berusaha bangkit dari kondisi yang dialaminya tersebut.

1. Lakukan anmnesis psikiatri pada pasien tersebut

Lampiran

I. IDENTITAS PASIEN

ANAMNESIS PSIKIATRI

Alloanamnesis didapatkan dari :

Nama :
Jenis Kelamin :
Umur :
Agama :
Suku :
Pendidikan terakhir :
Status Pernikahan :
Pekerjaan :
Alamat :

II. RIWAYAT PSIKIATRI

A. Keluhan Utama (sebab dibawa ke rumah sakit) :

B. Riwayat Gangguan Sekarang :

C. Riwayat Gangguan Dahulu

1. Riwayat gangguan psikiatri :
2. Riwayat gangguan medis :
3. Riwayat Penggunaan zat psikoaktif :

III. RIWAYAT KEHIDUPAN PRIBADI

- A. Riwayat prenatal dan perinatal :
- B. Riwayat masa kanak awal (0-3 tahun) :
- C. Riwayat masa kanak pertengahan (3-11 tahun) :
- D. Riwayat masa kanak akhir dan remaja :
- E. Masa Dewasa
 1. Riwayat pendidikan :
 2. Riwayat pekerjaan :
 3. Riwayat pernikahan :
 4. Riwayat agama :
 5. Riwayat psikoseksual :
 6. Riwayat aktivitas sosial :
 7. Riwayat hukum :
 8. Riwayat keluarga, Genogram Keluarga :

9. Situasi kehidupan sekarang :
10. Persepsi tentang diri dan kehidupannya :
11. Persepsi keluarga tentang diri pasien :
12. Impian, fantasi dan nilai-nilai :

IV. TARAF DAPAT DIPERCAYA

Checklist Anamnesis Psikiatri

Nama :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri		
2	Menanyakan identitas pasien		
3	Menjaga privasi pasien		
4	Membaca basmalah		
Tahap Kerja			
Riwayat Penyakit Sekarang (RPS)			
5	Menanyakan keluhan utama : a. Sebab dibawa ke RS b. Faktor yang memperberat c. Faktor yang memperingan		
6	Menanyakan onset gangguan		
7	Menanyakan keluhan/gejala-gejala lain yang menyertai		
8	Menanyakan adanya gejala prodromal yang menyertai		
9	Menanyakan upaya pengobatan yang telah dilakukan a. jenis obat b. sikap pasien terhadap pengobatan c. hasil pengobatan		
10	Menanyakan faktor presipitasi (organik dan psikologik)		
11	Menanyakan dampak mengenai gangguan fungsi peran dan sosial yang dialami pasien		
Riwayat Penyakit Dahulu (RPD)			
12	Menanyakan riwayat psikiatri sebelumnya (gangguan psikiatrik, gejala, riwayat pengobatan, efek pengobatan, fungsi normal setelah sakit)		
13	Menanyakan riwayat penyakit medis umum (penyebab, komplikasi, dan pengobatannya jika ada)		
14	Menanyakan dampak mengenai gangguan fungsi peran dan sosial yang dialami pasien		
Riwayat Penyakit Keluarga (RPK)			
15	Menanyakan riwayat gangguan psikiatrik pada keluarga		
16	Menanyakan gambaran situasi keluarga pasien		

17	Menanyakan riwayat penggunaan alkohol dan zat lain pada keluarga		
Riwayat Pribadi			
18	Menanyakan riwayat pada masa Pre natal & perinatal		
19	Menanyakan riwayat pada masa Masa kanak-kanak awal		
20	Menanyakan riwayat pada masa Kanak pertengahan		
21	Menanyakan riwayat pada masa Pubertas – remaja		
22	Menanyakan riwayat pada masa Dewasa : a. Riwayat pekerjaan b. Riwayat perkawinan c. Riwayat pendidikan d. Riwayat keagamaan e. Riwayat psikoseksual f. Aktivitas sosial g. Situasi kehidupan sekarang h. Riwayat hukum i. Riwayat ketentaraan		
23	Menanyakan terkait mimpi, fantasi dan nilai hidup		
24	Menilai taraf dapat dipercaya		
Tahap Penutup			
25	Menyimpulkan dan melaporkan hasil pemeriksaan		
26	Membaca hamdalah dan mengakhiri sesi pemeriksaan kepada pasien		
Sikap Profesional			
	Melakukan dengan percaya diri		
	Melakukan dengan sopan		
	Melakukan dengan ramah		
	Melakukan dengan rapi		
	Menunjukkan sikap empati		
	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		
		Tanggal Kegiatan	
		Nama Instruktur	
		Tanda Tangan Instruktur	

PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

I. TUJUAN PEMBELAJARAN

- A. Mahasiswa mampu memberikan deskripsi kesan umum pasien gangguan jiwa
- B. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan sensori dan fungsi intelektual/kognitif :
 - 1. Lansia : memori, penjumlahan
 - 2. Anak-anak : konsentrasi, perhatian, pikiran abstrak, kemampuan visuospatial
 - 3. Pemeriksaan kesadaran pasien gangguan jiwa
 - 4. Pemeriksaan orientasi pada pasien gangguan jiwa
- C. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan sikap dan tingkah laku pasien gangguan jiwa (aktivitas psikomotor)
- D. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan pengendalian impuls pada pasien gangguan jiwa
- E. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan mood dan afek pasien gangguan jiwa
- F. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan bentuk pikir pasien gangguan jiwa
- G. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan isi pikir pasien gangguan jiwa
- H. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan progresi pikir pasien gangguan jiwa
- I. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan persepsi pasien gangguan jiwa
- J. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan daya nilai (judgment) pasien gangguan jiwa
- K. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan tilikan (*insight*) pasien gangguan jiwa
- L. Mahasiswa mampu menentukan *Global Assessment of Functioning Scale*

II. MATERI PENDUKUNG PEMBELAJARAN

Untuk mendukung topik keterampilan klinis, adapun materi pendukung yang berkaitan dan perlu dipahami oleh mahasiswa sebelumnya antara lain :

- A. Anamnesis psikiatri
- B. Gangguan psikiatri

III. LANDASAN TEORI

Pemeriksaan status mental adalah bagian dari pemeriksaan klinis yang menggambarkan tentang keseluruhan pengamatan pemeriksa dan kesan tentang pasien psikiatri saat wawancara, yang meliputi penampilan, pembicaraan, tindakan, persepsi dan pikiran selama wawancara. Pemeriksaan status mental pada pasien gangguan jiwa adalah bagian penting yang harus dilakukan untuk menegakkan diagnosis gangguan jiwa. Status mental pasien gangguan jiwa dapat berubah dari waktu ke waktu. Hal-hal yang termasuk dalam pemeriksaan status mental adalah:

- A. Kesan umum tentang pasien meliputi sikap dan penampilan
- B. Sensorium dan fungsi kognitif
- C. Sikap dan perilaku
- D. Pengendalian impuls
- E. Mood dan afek
- F. Bentuk pikir
- G. Isi pikir
- H. Progresi pikir
- I. Persepsi
- J. Insight (tilikan diri)
- K. Daya nilai/*judgement*
- L. *Global Assessment of Functioning Scale*

A. KESAN UMUM

Kesan umum dilihat secara menyeluruh pada pasien, termasuk di dalamnya postur tubuh, pakaian, rambut, kuku, penampilan pasien. Deskripsi apakah pasien tampak sakit, tampak lebih muda/tua dari usianya, tampak bersahabat atau tampak ketakutan, curiga, dll. Tingkah laku *bizarre* (aneh) termasuk yang dilaporkan dalam kesan umum. Kesan umum membantu dokter dalam mengarahkan pada diagnosis banding pasien.

Contoh kesan umum :

1. Pasien Psikotik/Skizofrenia

Contoh: Seorang laki-laki sesuai umur, rawat diri jelek, bicara dan senyum-senyum sendiri, bertingkah laku aneh.

2. Pasien gangguan afektif tipe manik

Contoh: Seorang perempuan, sesuai umur, berdandan mencolok, memakai perhiasan banyak, tampak bahagia sambil bernyanyi-nyanyi

3. Pasien gangguan afektif tipe depresi

Contoh: Seorang perempuan sesuai umur, banyak diam, saat wawancara pandangan selalu ke bawah dan menghindari tatapan mata pemeriksa.

PEMERIKSAAN STATUS MENTAL	HAL YANG HARUS DIKERJAKAN
<p>Kesan Umum:</p> <p>A. Penampilan (istilah yang biasa digunakan : tampak sehat, sakit, agak sakit, kelihatan tua, kelihatan muda, kusut, seperti anak-anak, kacau dsb.)</p>	<p>Mengamati bentuk tubuh, postur, ketenangan, pakaian, dandanan, rambut, dan kuku, tanda kecemasan</p>
<p>B. Perilaku dan aktivitas psikomotor (termasuk di sini adalah manerisme, tiks, gerakan stereotipik, hiperaktivitas/hipoaktivitas, agitasi, retardasi, fleksibilitas, rigiditas dll.)</p>	<p>Mengamati dan/atau memeriksa cara berjalan, gerakan dan aktivitas pasien saat wawancara, tanda-tanda kecemasan.</p>
<p>C. Sikap terhadap pemeriksa (bekerja sama, bersahabat, menggoda, apatis, bermusuhan, merendahkan, dll.)</p>	<p>Mengamati sikap dan jawaban pasien saat wawancara psikiatri</p>

B. SENSORIUM DAN FUNGSI KOGNITIF

1. Kesadaran

Kesadaran dinilai baik secara kuantitatif dengan GCS (Glasgow Coma Scale) dan kualitatif termasuk didalamnya adalah somnolen, koma, letargi, dll. Gangguan jiwa fungsional memiliki kesadaran *compos mentis* (CM). Gangguan kesadaran mengindikasikan adanya gangguan mental organik (GMO).

2. Orientasi

Orientasi terdiri dari orientasi orang, tempat, waktu dan situasi. Orientasi waktu baik jika pasien bisa menunjukkan waktu secara tepat, apakah siang atau malam atau pagi. Orientasi tempat baik jika pasien tahu di mana pasien sekarang berada, letak rumah, dll. Orientasi orang baik jika pasien bisa menunjukkan siapakah orang-orang di sekitarnya dan bagaimana relasinya dengan pasien. Orientasi situasi baik jika pasien bisa menilai apakah situasi di sekitarnya ramai, sepi, dll.

Beberapa contoh pertanyaan untuk menggali orientasi pasien adalah sebagai berikut:

a. Orientasi orang

- 1) Siapakah yang mengantar Anda kemari?
- 2) Siapakah orang yang berdiri di samping kanan Anda?
- 3) Siapakah nama Anda?

b. Orientasi tempat

- 1) Saat ini Anda berada di manakah?

- 2) Di manakah Anda tinggal sehari-hari?
- c. Orientasi waktu
 - 1) Menurut Anda, apakah saat ini pagi, siang, atau sore hari?
 - 2) Bisakah disebutkan, tanggal, bulan dan tahun saat ini?
- d. Orientasi situasi
 - 1) Bagaimana pendapat Anda tentang situasi saat ini?
 - 2) Sekarang bapak ada di Puskesmas, situasi apa yang bapak rasakan sekarang ini? Apakah ramai atau sepi?
 - 3) Menurut Anda, apakah tujuan Anda datang ke tempat ini?
3. Daya ingat (daya ingat jauh/ remote memory, daya ingat masa lalu yang belum lama/ recent past memory, daya ingat yang baru saja/ recent memory serta penyimpanan dan daya ingat segera/ immediate retention and recall memory). Menilai daya ingat dengan menanyakan data masa anak-anak, peristiwa penting yang terjadi pada masa muda. Peristiwa beberapa bulan yang lalu, peristiwa beberapa hari yang lalu, apa yang dilakukan kemarin, apa yang dimakan untuk sarapan, makan siang dsb.
Contoh :
 - a. Daya ingat jauh :
 - 1) Bapak masih ingat nama sekolah bapak waktu SD?
 - 2) Bapak masih ingat dulu waktu kecil tinggal di mana? Alamatnya di mana?
 - b. Daya ingat masa lalu yang belum lama :
 - 1) Bapak masih ingat saat lebaran terakhir menggunakan baju warna apa?
 - 2) Bapak masih ingat saat lebaran terakhir sholatnya di mana?
 - c. Daya ingat yang baru saja :
 - 1) Bapak tadi pagi sarapannya apa?
 - 2) Bapak ke sini naik apa?

4. Konsentrasi dan perhatian

Meminta pasien untuk mengulangi enam angka maju kemudian mundur. Mengulang tiga kata, segera dan tiga sampai lima menit kemudian. Pasien diminta mengurangi 7 secara berurutan dari angka 100. Pasien diminta mengeja mundur suatu kata sederhana.

Contoh :

- a. Bapak, coba hitung $100-7=$ berapa?
Jika benar, pasien harus menjawab 93
- b. Lanjut ya pak, $93-7=$ berapa?
Jika benar, pasien harus menjawab 86
- c. Dan seterusnya, diulang hingga 5 kali
- d. Jika pasien tidak bisa menghitung, eja nama WAHYU dari belakang.
Jika benar, pasien harus menjawab U-Y-H-A-W

5. Kapasitas membaca dan menulis

Pasien diminta membaca dan mengikuti apa yang diperintahkan serta menulis kalimat sederhana tapi lengkap.

6. Kemampuan visuospasial

Kemampuan visuospasial menandakan apakah seseorang dapat melakukan hal-hal dengan presisi/ketepatan.

Contoh :

- a. Pasien diminta mencontoh suatu gambar, seperti jam atau segilima.
- b. Pasien menangkap bola dengan tepat tanpa terjatuh
- c. Pasien melompat dengan 1 kaki tanpa jatuh

7. Pikiran abstrak

Jika pada pasien memiliki gangguan dalam pikiran abstrak, maka pasien akan mengartikan seperti apa adanya/lugas (concrete thinking), persamaan dan perbedaan benda, misalnya membedakan jeruk dan bola atau semangka dan melon atau zebra dan kuda.

8. Sumber informasi dan kecerdasan (dengan memperhitungkan tingkat pendidikan dan status sosial ekonomi pasien). Pasien diminta menghitung uang kembalian setelah dibelanjakan, jarak antar kota.

C. SIKAP DAN PERILAKU

Sikap pasien diantaranya adalah kooperatif atau tidak kooperatif (non kooperatif). Jika pasien bisa berkomunikasi secara baik dengan pemeriksa dan menanggapi dengan baik maka dikatakan pasien kooperatif dan sebaliknya.

Perilaku adalah aktivitas psikomotor pasien, termasuk kualitas dan kuantitas psikomotor pasien. Kuantitas psikomotor adalah: normoaktif, hipoaktif atau hiperaktif. Kualitas psikomotor termasuk di dalamnya adalah stereotip sikap, ekopraksi, agitasi, stupor, katalepsi, rigiditas dan manifestasi yang lainnya.

Contoh:

1. Stupor katatonik : pasien dapat mempertahankan sikap seperti patung berjam-jam tanpa lelah dan tanpa berubah posisi
2. Hiperaktif : pasien melompat-lompat, berlari-lari, gerak berlebihan

D. MOOD DAN AFEK

1. Mood didefinisikan sebagai suatu emosi yang meresap dan dipertahankan yang dialami secara subyektif dan dilaporkan oleh pasien dan terlihat oleh orang lain.

Contoh: disforik (mood sedih), eutimik (mood normal), euphori (mood meningkat/bahagia). Dapat juga digambarkan depresi, kecewa, mudah marah, cemas, euforik, meluap-luap, ketakutan dsb. Menanyakan tentang suasana perasaan pasien.

"Bagaimana perasaan anda akhir-akhir ini?" (pertanyaan terbuka)

"Apakah anda merasa sedih?" (pertanyaan tertutup).

"Bagaimana perasaan Anda selama kurang lebih dua pekan terakhir?"

"Apakah Anda dapat menggambarkan perasaan Anda dalam dua pekan terakhir ini?"

2. Afek didefinisikan sebagai ekspresi emosi yang terlihat, kadang tidak konsisten dengan emosi yang dikatakan pasien. Digambarkan sebagai meningkat, normal, menyempit, tumpul dan datar. Pemeriksa mengamati variasi ekspresi wajah, irama dan nada suara, gerakan tangan, dan pergerakan tubuh.

Contoh :



3. Keserasian (serasi afek atau tidak serasi afek) terdiri dari:
 - appropriate* (mood dan afek serasi) dan *inappropriate* (mood dan afek tidak serasi). Pemeriksa mengamati keserasian respon emosional (afek) terhadap masalah subjektif yang didiskusikan pasien.
 - a. Pasien menceritakan kesedihan tapi malah tertawa atau sebaliknya : afek *inappropriate*
 - b. Pasien tidak berekspresi walau orang sekitarnya menceritakan hal-hal yang menggembirakan maupun menyedihkan, ia tetap diam saja tanpa ekspresi sama sekali : afek datar

E. BENTUK PIKIR

Bentuk pikir bentuk pikiran yang dimiliki oleh pasien yang terdiri dari: non realistik, realistik/normal atau autistik. Pasien psikotik dengan waham atau halusinasi dikatakan memiliki bentuk pikir non realistik. Pasien dengan bentuk pikir autistik tampak seolah hidup di alam pikirannya sendiri. Pasien yang tampak berbicara sendiri dan tidak mengindahkan lingkungan di sekitarnya menunjukkan bahwa bentuk pikir pasien tidak realistik dan autistik (pasien hidup dalam alamnya sendiri).

F. ISI PIKIR

Isi pikir adalah apa yang menjadi isi dari proses pikir seseorang. Pada pasien psikotik, isi pikirnya adalah adanya waham atau ide. Waham adalah kepercayaan palsu yang tidak sesuai kenyataan (tidak realistik), yang sangat diyakini oleh pasien, tidak konsisten dengan kecerdasan dan latar belakang budaya, tidak dapat dikoreksi, dihayati dan dipertahankan oleh pasien. Contoh: waham curiga, waham bizzare/aneh, waham siar pikir, waham sedot pikir, waham kendali pikir, waham sisip pikir, waham somatik, waham kebesaran, waham cemburu, waham bersalah, dll.

Selain itu, dapat ditemukan pikiran obsesi yang menggambarkan apakah seseorang memiliki ide/dorongan yang tidak diinginkan tetapi tetap muncul secara berulang. Contoh : kebutuhan yang berlebihan terhadap kebersihan, keamanan, atau kesimetrisan.

Contoh waham:

1. Waham kejar : Pasien sangat ketakutan, selalu di dalam kamarnya, dikunci rapat- rapat, tidak berani keluar rumah karena yakin bahwa orang-orang di sekitarnya mengejar-ngejar dan akan membunuhnya.
2. Waham kebesaran : Pasien yakin bahwa ia mendapat wahyu dari Tuhan, bahwa ia yang dapat menyelamatkan seluruh manusia di bumi ini dari kehancuran
3. Waham bizzare/siar pikir : Pasien sering marah ketika menonton televisi atau mendengarkan radio karena yakin bahwa penyiarinya selalu menyindir dan memberitakan tentang dirinya dalam berita-beritanya. Bahkan ketika menonton sinetron, pasien merasa menjadi salah satu pemainnya

Contoh pikiran obsesi :

1. Obsesi kebersihan : pikiran untuk berulang kali mencuci tangan karena merasa belum bersih
2. Obsesi keamanan : pikiran untuk memeriksa pintu rumah berulang kali apakah sudah terkunci atau belum
3. Obsesi simetris : pikiran untuk mendatangi kembali kamar hotel yang memiliki lukisan yang terpanjang miring

Pada pasien non psikotik, gangguan isi pikir dapat berupa preokupasi terhadap rasa sakit, masalah lingkungan, obsesi, rencana bunuh diri, atau dorongan dan impuls tertentu, serta ide terhadap hal-hal tertentu.

Beberapa contoh pertanyaan untuk menilai isi pikir pasien:

"Apakah Anda dapat menceritakan apa yang Anda pikirkan saat ini?"

"Bagaimana isi pikiran Anda saat ini, lebih banyak terkait dengan hal apakah yang Anda pikirkan saat ini?"

"Apakah anda merasa pikiran anda dibiarkan sehingga orang lain dapat mendengarnya?"(waham siar pikir).

"Apakah anda merasa pikiran atau kepala anda telah dimasuki oleh kekuatan atau sumber lain di luar?"(waham sisip pikir)

G. PROGRESI PIKIR

Progresi pikir digambarkan sebagai pembicaraan pada pasien gangguan jiwa, yang dapat menjadi salah satu petunjuk ke arah diagnosis gangguan jiwa. Dalam hal ini termasuk kualitas dan kuantitasnya.

1. Kuantitas : logorrhoe (bicara sangat berlebih, sulit untuk diinterupsi, biasanya pada gangguan manik), remming, blocking, mutisme (tidak mau bicara sama sekali)
2. Kecepatan produksinya : spontan atau tidak
3. Kualitas : inkoherensi (pembicaraan kacau, jika apa yang dikatakan penderita tidak bisa kita pahami), irrelevance (pembicaraan tidak nyambung, jika jawaban penderita tidak sesuai dengan pertanyaan pemeriksa/orang lain)
4. 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.
5. Asosiasi longgar : pergeseran gagasan-gagasan dari satu subjek ke subjek lain yang tidak berhubungan, jika berat, pembicaraan menjadi kacau atau membingungkan (inkoheren).

H. PERSEPSI

Persepsi adalah proses pengubahan stimulus fisik menjadi informasi psikologik. Yang termasuk gangguan persepsi diantaranya adalah halusinasi dan ilusi.

1. Halusinasi adalah suatu gangguan persepsi dimana tidak adanya objek/stimulus eksternal dipersepsikan/dianggap ada oleh pasien, terdiri dari halusinasi pendengaran (auditorik), halusinasi penglihatan (visual), halusinasi perabaan (taktil), halusinasi penciuman (olfaktori), halusinasi perasa (gustatori). Contoh cara menilai persepsi halusinasi pada pasien dengan gangguan jiwa :
 - a. *"Apakah ada suara bisikan yang anda dengar tetapi tidak ada wujudnya?"*
Contoh: Pasien sering mendengar suara-suara banyak orang namun tidak ada wujudnya. Bisa berisi komentar terhadap setiap tingkah laku pasien sehingga pasien merasa sangat jengkel dan marah-marah (halusinasi auditorik).
 - b. Contoh pada halusinasi penciuman : pasien sering mencium bau kemenyan dan bunga-bunga kuburan terutama pada malam hari sementara di sekitarnya orang-orang tidak menciumnya, sehingga pasien sering merasa ketakutan akan kematian

- c. Contoh pada halusinasi visual : pasien sering seperti didatangi arwah orang-orang yang sudah meninggal, yang nampak wujudnya di hadapannya (halusinasi visual).
 - d. Contoh pada halusinasi taktil : pasien merasa ada serangga yang sering berjalan di permukaan kulitnya sehingga pasien merasa risih dan selalu mengusap-usap kulitnya, padahal kenyataannya tidak ada (halusinasi taktil)
2. Ilusi adalah kesalahan persepsi dimana objek lain dipersepsikan secara salah (pada ilusi terdapat objek, namun pada halusinasi tidak ada objek).
Contoh cara menilik persepsi ilusi pasien dengan gangguan jiwa:
- a. *"Apakah pernah melihat benda-benda di sekitar Anda berubah menjadi sesuatu yang hidup?"*
Contoh:
 - Pasien minta semua pohon di depan rumahnya ditebang karena jika malam hari ia melihat pohon-pohon itu berubah menjadi setan yang menakutkan.
 - Pasien ketakutan melihat wajah kakaknya karena seperti melihat setan
3. Depersonalisasi: pasien meyakini dirinya berubah. Contoh pemeriksaan depersonalisasi: pasien diminta melihat cermin, *"Silakan melihat cermin, apa yang anda lihat? Ada yang berubah tidak dari wajahnya? Anda yakin?"* Bisa juga pasien diminta melihat jarinya sendiri, *"Apakah jari-jari anda berubah? Anda yakin?"*
4. Derealisasi: pasien meyakini lingkungannya berubah. Contoh pemeriksaan derealisasi: *"Menurut anda apakah ada yang berubah dengan lingkungan sekitar anda?"*

I. PENGENDALIAN IMPULS (Impuls Seksual, Agresif, Atau Lainnya)

Menanyakan tentang riwayat pasien sekarang dan mengamati perilaku pasien selama wawancara. Pemeriksa harus mengamati gerakan-gerakan yang tidak terkendali selama pemeriksaan.

J. DAYA NILAI

Menilai kebenaran atau kejujuran pasien dalam melaporkan suatu situasi atau masalahnya. Daya nilai menunjukkan kemampuan pasien dalam menilai sebuah kejadian apakah baik, buruk, sesuai atau tidak sesuai terhadap lingkungan sosialnya, misalnya jika ada orang lain berbuat salah apakah pasien bisa menilai bahwa orang lain tersebut telah berbuat salah. Untuk memeriksa daya nilai pasien, pemeriksa dapat bertanya kepada pasien, apabila pasien menemukan dompet di jalan, apakah yang akan pasien lakukan. Termasuk didalamnya adalah penilaian terhadap realitas (membedakan kenyataan dan fantasi).

1. Daya nilai sosial

Menilai kemampuan pasien terhadap pertimbangan sosial.

Apakah pasien memahami kemungkinan akibat perilakunya.

2. Uji daya nilai

Pasien dapat meramalkan apa yang akan dia lakukan dalam bayangan situasi tertentu.

3. Penilaian Realitas

Kemampuan pasien membedakan antara nyata dengan fantasi

Contoh menanyakan daya nilai pasien dengan gangguan jiwa :
"Apabila Bapak menemukan dompet di jalan, apa yang akan Bapak lakukan?"

Jika daya nilai seseorang baik, maka *jawabannya "Saya akan mengembalikan kepada pemiliknya atau menitipkan ke kantor polisi."*

K. INSIGHT (TILIKAN DIRI)

Insight adalah tilikan diri atau pemahaman pasien tentang sakitnya. Secara sederhana adalah apakah seseorang merasa bahwa dirinya sakit atau tidak. Pasien gangguan jiwa psikotik mempunyai insight jelek, ia tidak merasa bahwa dirinya sakit dan mungkin ia akan menyangkalnya, sedangkan penderita gangguan jiwa non psikotik mempunyai insight yang baik. Menanyakan kemampuan pasien dalam aspek pertimbangan sosial, misalnya saat terjadi kebakaran (pertimbangan).

Contoh menanyakan kesadaran dan pengertian pasien tentang penyakitnya (tilikan) :

"Tahukah anda kenapa dibawa / datang ke sini ?"

"Apakah anda membutuhkan pengobatan / perawatan ?"

"Apakah perawatan anda di Rumah Sakit ini merupakan kesalahan?"

Contoh pasien dengan insight jelek :

Pasien mungkin akan cerita bahwa ia heran mengapa dibawa ke rumah sakit, padahal ia tidak sakit. Pasien mungkin akan bilang bahwa ia hanya sakit pusing saja dan tidak perlu dirawat di rumah sakit

Penilaian insight pasien dibagi menjadi 6 tingkatan, yaitu:

1. Derajat 1 : Menyangkal sepenuhnya bahwa dia sakit
2. Derajat 2 : Sedikit memahami adanya penyakit pada dirinya dan membutuhkan pertolongan, tetapi pada saat yg sama sekaligus menyangkalnya
3. Derajat 3 : Pasien menyadari dirinya sakit, tetapi menyalahkan orang lain/sesuatu sebagai penyebabnya
4. Derajat 4 : Pasien menyadari dirinya sakit yg penyebabnya adalah sesuatu yang tidak diketahui oleh pasien
5. Derajat 5 : Intellectual insight yaitu pasien paham sakitnya, tetapi tidak berusaha melakukan perubahan
6. Derajat 6 : Emotional insight yaitu seperti derajat 5, namun pasien memahami perasaan dan tujuan dirinya (mau melakukan perubahan perilaku).

L. Global Assessment of Functioning (GAF) Scale

Skala GAF mempunyai range dari 0-100, yang setiap kelompok range tertentu yang menunjukkan gejala atau apa yang terjadi pada individu atau kelompok

1. 100 – 91 : Berfungsi secara optimal pada bidang yang luas, masalah hidup dapat diatasi sendiri dengan baik karena kualitas dirinya positif. Tidak ada symptom
2. 90 – 81 : (Ada sedikit simptom, misal sedikit cemas menjelang ujian), berfungsi secara baik dalam semua bidang kehidupan, berminat & terlibat dalam berbagai aktivitas, efektif secara sosial, umumnya merasa puas terhadap hidupnya, masalah tidak lebih dari permasalahan biasa dalam kehidupan sehari-hari (misal : adu argumentasi dengan anggota keluarga).
3. 80 – 71 : (Bila ada simptom merupakan reaksi yang biasa timbul karena stresor psikososial, misal : sulit konsentrasi setelah adu argumentasi dalam keluarga), ada sedikit gangguan dalam kehidupan sosial, pekerjaan atau sekolah (misal : kadang terlambat mengumpulkan tugas sekolah)
4. 70 – 61 : (Beberapa simptom ringan & menetap, misal : sedih dan insomnia ringan) ATAU sedikit kesulitan dalam kehidupan sosial, pekerjaan atau sekolah (misal : kadang berbohong, mencuri di rumah) tetapi fungsi secara umum cukup baik, mempunyai hubungan interpersonal yang cukup berarti.

5. 60 – 51 : (Beberapa simptom pada taraf sedang, efek datar dan bicara ngelantur, kadang-kadang serangan panik); ATAU gangguan fungsi pada taraf sedang dalam kehidupan sosial, pekerjaan atau sekolah (misal : tidak punya teman, kehilangan pekerjaan).
6. 50 – 41 : (Simptom yang serius, misal keinginan untuk bunuh diri, perilaku obsesif cukup kuat, sering mengutil) ATAU gangguan yang cukup serius pada fungsi kehidupan sosial, pekerjaan, sekolah, misal: tidak punya teman, kehilangan pekerjaan).
7. 40 – 31 : (Beberapa disabilitas dalam hubungan dengan realita & komunikasi, disabilitas berat dalam beberapa fungsi; missal: bicara tidak logis, tidak bisa dimengerti/ tidak relevan, menyendiri, menolak keluarga, tidak mampu bekerja)
8. 30 – 21 : Disabilitas berat dalam komunikasi & daya nilai, tidak mampu berfungsi hampir semua bidang
9. 20 – 11 : Bahaya mencederai diri sendiri/ mengancam dan menyakiti orang lain
10. 10 – 1 : secara persisten dan lebih serius membahayakan dirinya dan orang lain (misal tindakan kekerasan berulang-ulang)
11. 0 : Inadequate information

Contoh kasus pasien psikotik:

Keluarga dalam alloanamnesa menceritakan bahwa pasien memanjat pohon kelapa dan tidak mau turun selama 2 hari. Harus dilakukan pemeriksaan pasien untuk mendapatkan gejalanya, misalnya dengan menanyakan pada pasien mengapa waktu itu ia naik pohon kelapa dan tidak turun.

Pasien mungkin akan menjawab:

- a. Karena ia merasa ketakutan, polisi mengejar-ngejar dia dengan membawa pistol dan ingin menembaknya padahal ia tidak bersalah, ia merasa dikejar-kejar akan dibunuh (waham kejar)
- b. Pasien mendengar suara-suara tanpa wujud yang menyuruhnya untuk naik pohon kelapa dan tidak boleh turun, kalau tidak mungkin ibunya akan celaka, sehingga pasien menuruti suara-suara tersebut (halusinasi auditorik)
- c. Pasien merasa seolah ada yang mengendalikan dirinya dan ia tak bisa melawannya sehingga ia naik pohon dan semua itu terjadi di luar kendali dirinya (waham bizzare – waham kendali pikir).

IV. ALAT & BAHAN

-

V. PROSEDUR PEMERIKSAAN

A. Pertemuan 1

Mahasiswa wajib menonton video pembelajaran sebelum mengikuti sesi keterampilan klinis

1. Langkah 1 :

Instruktur keterampilan klinis memimpin diskusi untuk mengawali kegiatan pembelajaran (40 menit)

2. Langkah 2:

Role Play (15 menit untuk 1 mahasiswa, total 60 menit)

- a. Setiap mahasiswa melakukan role play yang diamati oleh instruktur dan mahasiswa lain
- b. Instruktur dan mahasiswa lain memberikan feedback setelah temannya melakukan role play
- c. Dilakukan bergantian sehingga semua mahasiswa pernah memerankan sebagai dokter

B. Pertemuan 2

Role Play (15 menit untuk 1 mahasiswa, total 90 menit)

1. Setiap mahasiswa melakukan role play yang diamati oleh instruktur dan mahasiswa lain
2. Instruktur dan mahasiswa lain memberikan feedback setelah temannya melakukan role play
3. Dilakukan bergantian sehingga semua mahasiswa pernah memerankan sebagai dokter

VI. REFERENSI

- A. American Psychiatrist Association. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- B. Carlat, Daniel J. 2011. Interview A Practical Guide. 3rd ed. Wolters Kluwer Health, Philadelphia.
- C. Departemen Kesehatan RI. 1993. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III. Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik), Jakarta.
- D. Feist, J., Feist, G., J. 2010. Teori Kepribadian. Ed.7. Penerbit Salemba Humanika, Jakarta.
- E. Gunarsa, Singgih D. 1992. Konseling dan Psikoterapi. PT BPK Gunung Mulia, Jakarta.
- F. Marwick, K., Birrell, S., C.V. Mosby Company & Elsevier (Amsterdam). 2015. Crash Course Psychiatry. Mosby/Elsevier, Edinburgh.
- G. Othmer & Othmer. 2001. The Clinical Interview Using DSM-IV-TR. APA. Washington, D.C.

H. Sadock, B.J., Sadock, V.A. & Ruiz, P. eds. 2017. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Tenth edition. Wolters Kluwer, Philadelphia.

SKENARIO I

Seorang wanita bernama Nn. Y, berusia 24 tahun, dibawa ke IGD oleh keluarganya dengan keluhan pasien sulit tidur, tampak bingung, kadang bicara, tertawa sendiri, serta marah-marah tanpa sebab yang jelas. Pasien juga sering mengatakan bahwa dirinya merupakan titisan dari Nyai Roro Kidul. Pasien bekerja sebagai tenaga administrasi di sebuah perusahaan percetakan, namun pasien tidak dapat bekerja selama seminggu karena berperilaku aneh dan tak mampu mengurus dirinya sendiri. Pasien tidak ada riwayat demam tinggi, kejang, trauma kepala, dan riwayat gangguan mental sebelumnya.

1. Lakukan anamnesis pada pasien tersebut
2. Lakukan pemeriksaan status mental pada pasien tersebut
3. Apakah kemungkinan diagnosis beserta diagnosis bandingnya (sebutkan 2 diagnosis banding)
4. Tuliskan rencana penatalaksanaan pada pasien tersebut
5. Lakukan edukasi pada keluarga pasien

SKENARIO II

Seorang mahasiswi bernama Nn. M, berusia 19 tahun, datang ke IGD dengan keluhan dada berdebar-debar, sesak nafas, disertai rasa berat pada bagian dada sejak satu jam sebelum ke IGD. Pasien juga mengeluh telinga berdenging, jari-jari tangan dan kaki terasa kaku, sehingga pasien merasa takut mati. Saat ini pasien sedang menghadapi tugas kuliah yang sangat menyita waktu dan pikirannya. Pasien tidak memiliki riwayat kejang, diare, dan trauma kepala. Pemeriksaan EKG pada pasien menunjukkan hasil sinus takikardi.

1. Lakukan anamnesis pada pasien tersebut
2. Lakukan pemeriksaan status mental pada pasien tersebut
3. Apakah kemungkinan diagnosis beserta diagnosis bandingnya (sebutkan 2 diagnosis banding)
4. Tuliskan rencana penatalaksanaan pada pasien tersebut
5. Lakukan edukasi pada pasien

SKENARIO III

Seorang pasien laki-laki berusia 68 tahun sedang menjalani perawatan di bangsal bedah. Pasien dikonsulkan pada departemen psikiatri karena pasien dilaporkan sejak 1 hari terakhir saat malam hari tidak tidur, berbicara meracau, dan kesulitan dalam mengenali keluarga yang menemaninya dalam ruang perawatan. Pasien juga dilaporkan cenderung banyak bergerak tanpa tujuan di tempat tidur, namun tidak terdapat perilaku agresif yang membahayakan diri sendiri maupun orang lain serta dapat ditenangkan. Istri pasien mengatakan bahwa pasien sempat beberapa kali melihat sosok bayangan putih yang lewat di depannya. Saat pagi hari hingga siang hari, pasien dapat merespons dengan cukup baik ketika diajak berinteraksi. Namun, saat Anda melakukan pemeriksaan di sore hari pasien cenderung tidak dapat mempertahankan kontak mata dan menjawab tidak sesuai pertanyaan. Pasien diketahui baru saja menjalani operasi laparatomi dengan anestesi umum saat 1 hari terakhir. Pasien selama hidupnya baru kali ini mengalami perubahan perilaku.

1. Lakukan anamnesis pada pasien tersebut
2. Lakukan pemeriksaan status mental pada pasien tersebut
3. Apakah kemungkinan diagnosis beserta diagnosis bandingnya (sebutkan 2 diagnosis banding)
4. Tuliskan rencana penatalaksanaan pada pasien tersebut
5. Lakukan edukasi pada keluarga pasien

Lampiran

PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

A. KESAN UMUM

1. Penampilan :
2. Perilaku dan aktivitas psikomotor :
3. Sikap terhadap pemeriksa :

B. SENSORIUM DAN KOGNITIF

1. Kesadaran :
2. Orientasi
 - Waktu :
 - Tempat :
 - Orang :
 - Situasi :
3. Daya Ingat
 - Jangka Panjang :
 - Jangka sedang :
 - Jangka pendek :
 - Jangka segera :
4. Konsentrasi dan Perhatian :
5. Kemampuan membaca & menulis :
6. Kemampuan Visuospasial : Baik/Buruk
7. Pikiran Abstrak : Normal/Tidak

C. SIKAP DAN PERILAKU

Sikap : kooperatif/tidak kooperatif
Perilaku : normoaktif/hipoaktif/hiperaktif

D. MOOD, AFEK DAN KESERASIAN

1. Mood : eutimik / disfori / eufori
2. Afek : normal / meningkat / menyempit / menumpul / mendatar
3. Keserasian : serasi / tidak serasi

E. BENTUK PIKIR

Realistik / Non realistik/ Autistik

F. ISI PIKIR

1. Waham : ada / tidak ada
 - a. Waham dikendalikan
 - 1) Thought of withdrawal : ada / tidak ada
 - 2) Thought of insertion : ada / tidak ada

- 3) Thought of broadcasting : ada / tidak ada
- 4) Thought of control : ada / tidak ada
- b. Waham lain :
 - 2. Obsesi : ada / tidak ada
 - 3. Kompulsif : ada / tidak ada
 - 4. Fobia : ada / tidak ada Jika ada :
 - 5. Gagasan untuk bunuh diri : ada / tidak ada

G. PROGRESI PIKIR

- 1. Kuantitas : normal / logorrhoe / remming / blocking / mutisme
- 2. Kualitas : normal / inkoherensi / irrelevansi
- 3. Kecepatan produksi : spontan / tidak spontan

H. GANGGUAN PERSEPSI

- 1. Halusinasi : ada / tidak
- 2. Ilusi : ada / tidak ada
- 3. Depersonalisasi : ada / tidak ada
- 4. Derealisasi : ada / tidak ada

I. KEMAMPUAN MENGENDALIKAN IMPULS

Selama pemeriksaan pasien nampak

J. DAYA NILAI

- 1. Daya nilai sosial :
- 2. Uji Daya Nilai :
- 3. Penilaian Realitas :

K. TILIKAN DIRI

Derajat tilikan : 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6

L. GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING (GAF) SCALE

Skor GAF :

FORMULASI DIAGNOSTIK

Pada pasien ditemukan sindrom, yaitu :

Diagnosis kerja : Diagnosis banding : RENCANA TERAPI

A. Farmakologi :

B. Non Farmakologi :

SUPLEMEN SIMTOMATOLOGI DALAM PSIKIATRI

I. KESADARAN

- A. Compos mentis (kesadaran penuh): kemampuan untuk menyadari informasi dan menggunakannya secara efektif dalam mempengaruhi hubungan dirinya dengan lingkungan sekitarnya.
- B. Somnolen: mengantuk
- C. Stupor: acuh tak acuh terhadap sekelilingnya dan tak ada reaksi terhadap stimuli.
- D. Koma: ketidaksadaran berat, pasien sama sekali tidak memberikan respon terhadap stimuli.
- E. Koma vigil: keadaan koma tetapi mata tetap terbuka.
- F. Kesadaran berkabut: kesadaran menurun yang disertai dengan gangguan persepsi dan sikap
- G. Delirium: kesadaran menurun disertai bingung, gelisah, takut, dan halusinasi. Penderita menjadi tidak dapat diam.
- H. Twilight state (dreamy state): kesadaran menurun disertai dengan halusinasi, biasanya terjadi pada epilepsi.

II. PERILAKU DAN AKTIVITAS PSIKOMOTOR

Isi: aktivitas (hiperaktif, normoaktif, hipoaktif), kerjasama (kooperatif, non kooperatif), psikomotor (jika ada). Bentuk kelainan psikomotor yang dapat diamati: psikomotor meningkat (agitasi) misalnya pada manik, menurun (retardasi) misalnya pada depresi.

- A. Echopraxia: menirukan gerakan orang lain
- B. Katatonia
- C. Katalepsi: pasien tidak bergerak dan cenderung mempertahankan posisi tertentu.
- D. Fleksibilitas serea: gerakan yang diberikan oleh pemeriksa secara perlahan, dan kemudian dipertahankan oleh pasien.
- E. Negativisme: gerakan menentang/tidak mematuhi perintah.
- F. Katapleksi: tonus otot menghilang sementara dikarenakan emosi
- G. Stereotipi: aktivitas fisik atau bicara yang diulang-ulang
- H. Manerisme: gerakan involunter yang stereotipik
- I. Otomatis perintah: mengikuti perintah secara otomatis
- J. Mutisme: tak bersuara
- K. Agresi: perbuatan menyerang, baik verbal maupun fisik, disertai afek marah/benci.

III. PIKIRAN

Dibedakan menjadi bentuk pikir, isi pikir, dan progress pikir.

- A. Gangguan bentuk pikir:

1. Derealistik: Merupakan gangguan bentuk pikir yang menunjukkan tidak adanya hubungan dengan realitas. Hal ini terjadi karena adanya suatu perasaan bahwa lingkungan di sekitarnya berubah atau tidak nyata. tidak sesuai dengan kenyataan tetapi masih mungkin, misal: "saya adalah seorang presiden" atau seorang dokter berkata, "saya dapat menyembuhkan semua orang yang sakit"
2. Dereistik: kegagalan memahami realitia, sehinga tidak didasarkan pada pengalaman dan logika.tidak sesuai dengan kenyataan dan lebih didasarkan pada khayalan, misal: "saya adalah seorang malaikat", mampu menghapuskan segala bentuk prostitusi di muka bumi, atau "saya dapat menyembuhkan segala macam penyakit", menghapuskan kejahatan di muka bumi.
3. Autistik: pikiran yang timbul dari fantasi, berokupasi pada ide yang idesentris. Orang autistic selalu hidup dalam alam/dunianya sendiri, dan secara emosional terlepas dari orang lain dan lingkungannya,berokupasi pada ide yang egosentris,pikiran tidak logis dan mengalami distorsi.
4. Tidak logis (illogical thought), sering juga disebut magical thought: berorientasi pada hal-hal yang bersifat magis.
5. Pikiran konkrit (formal thought disorder): pikiran terbatas pada satu dimensi arti, pasien mengartikan kata/kalimat apa adanya (literally), tidak mampu berpikir secara metaforik atau hipotetik. Symptom ini biasa ditemukan pada pasien dengan gangguan mental organik dan skizofrenia. Contoh: meja hijau = meja yang berwarna hijau, daun muda = daun yang masih muda.

B. Gangguan isi pikir:

1. Pengalaman mistik (the mystical experience):terdapat pada Skizofrenia. Bisa berupa tahayul, indera ke 6, clairvoyance (bisa melihat masa depan), telepati. Tidak termasuk gangguan isi pikir jika terkait budaya.
2. Ideas of reference: pasien selalu berprasangka bahwa orang lain sedang membicarakan dirinya dan kejadian-kejadian yang alamiah pun memberi arti khusus/berhubungan dengan dirinya. Contoh: pasien merasa bahwa berita yang dibawakan oleh pembawa berita di televisi berkaitan dengannya dan terselip pesan untuknya.
3. Waham: Gangguan isi pikir berupa keyakinan palsu yang timbul tanpa stimulus dari luar yang cukup dengan ciri :
 - a. Tidak realistic

- b. Tidak logis
- c. Menetap
- d. Egosentris
- e. Diyakini kebenarannya oleh penderita
- f. Tidak dapat dikoreksi
- g. Dihayati oleh penderita sebagai hal yang nyata
- h. Penderita hidup dalam wahamnya
- i. Keadaan/hal yang diyakini itu bukan merupakan bagian sosio-kultural setempat.

Macamnya:

- a. Waham kebesaran: big talks, special power
 - b. Waham diancam
 - c. Waham cemburu
 - d. Waham curiga: some body wants kill, harm me.
 - e. Waham bersalah
 - f. Waham berdosa (biasanya pasien tampak selalu murung)
 - g. Waham tak berguna (sering kali memicu keinginan pasien untuk bunuh diri)
 - h. Waham miskin
 - i. Waham hipokondria (pasien merasa di dalam tubuhnya ada sesuatu benda yang harus dikeluarkan sebab dapat membahayakan dirinya).
 - j. Waham kejar
4. Obsesi: gagasan (ide), bayangan, atau impuls yang berulang dan persisten.
5. Kompulsi: perilaku/perbuatan berulang yang bersifat stereotipik, biasanya menyertai obsesi.
6. Fobia: ketakutan yang menetap dan tidak rasional terhadap suatu objek, aktifitas, atau situasi spesifik yang menimbulkan keinginan yang mendesak untuk menghindarinya.

C. Gangguan progress/arus pikir

- 1. Neologisme: pembentukan kata-kata baru yang memiliki arti khusus bagi penderita, sering terdapat pada pasien skizofrenia. Neologisme dapat pula akibat halusinasi akustik sehingga sering merupakan kata yang diulang.
- 2. Word salad: bentuk ekstrim neologisme yang ditandai dengan kalimat yang dibentuk dari kata-kata yang hampir semuanya tidak dapat dimengerti.
- 3. Magical Thinking: pasien percaya bahwa segala tingkah laku,

- ucapan, sikap, serta gerak-geriknya dikendalikan oleh kekuatan magis. Symptom ini menonjol pada pasien dengan obsesif kompulsif dan secara ekstrim terdapat pada skizofrenia.
4. Intelektualisasi: pembicaraan yang meloncat-loncat ke arah konsep intelektual, tentang teori yang abstrak dan filosofis. Sering dijumpai pada pasien obsesif kompulsif dan skizofrenia. Bila terdapat pada remaja dianggap normal.
 5. Circumstantiality: gangguan asosiasi karena terlalu banyak ide yang disampaikan. Pada umumnya pasien dapat mencapai tujuannya, tetapi harus secara bertahap. Sering dijumpai pada pasien skizofrenia, epilepsy, dan demensia senilis.
 6. Tangential Thinking: pembicaraan pasien terlepas sama sekali dari pokok pembicaraan dan tidak kembali ke pokok pembicaraan tersebut, sehingga tujuan tidak pernah tercapai. Sering dijumpai pada pasien bipolar fase manic.
 7. Asosiasi longgar: pasien berbicara dengan kalimat-kalimat yang tidak berhubungan, namun masih dapat dimengerti.
 8. Inkoherensi: merupakan asosiasi longgar yang berat, terdapat distorsi tatabahasa/susunan kalimat dengan arti istilah yang aneh. Secara khas terdapat pada skizofrenia.
 9. Flight of ideas: pembicaraan yang melompat-lompat dari satu topik ke topik lain tanpa terputus, dimana masih terdapat benang merah (masih terkait, walau sangat kecil kaitannya).
 10. Stereotipi kata/kalimat: pengulangan kata/kalimat karena adanya pengulangan buah pikiran. Bila terjadi pengulangan kata = verbigerasi, pengulangan kalimat = perseverasi.
 11. Logore: pasien berbicara terus-menerus tanpa henti, tidak bisa di stop. dijumpai pada pasien manik.
 12. Echolalia: menirukan kata-kata/kalimat orang lain, cenderung berulang-ulang dan persisten.
 13. Remming: pasien berbicara dengan sangat lambat dan biasanya dengan nada yang rendah, karena pikirannya timbul perlahan sehingga progresi pikir menjadi lambat. Biasanya terdapat pada pasien dengan depresi.
 14. Blocking: putusnya pikiran yang ditandai dengan putusnya secara sementara atau terhentinya pembicaraan. Sering ditemukan pada skizofrenia.
 15. Mutisme: pasien tidak memberi respon terhadap lingkungan, tidak mau berbicara sama sekali. Sering ditemukan pada skizofrenia kataton, depresi berat, hysterical aphonia, dan GMO.
 16. Aphasia: gangguan berbicara/berbahasa karena kerusakan otak.

Lampiran

CONTOH WAWANCARA KLINIK TERSTRUKTUR

BINA RAPORT	selamat pagi/siang/sore/malam nama saya ..., bagaimana kabarnya? kita akan menghabiskan waktu 20-30 menit ke depan untuk membahas tentang diri anda dan alasan anda disini, mungkin bisa dimulai dengan menceritakan tentang diri anda.
INSIGHT DAN ORIENTASI	
<p>Sedang kegiatan apa tadi di bangsal? - biarakan pasien bercerita dengan gaya dan bahasanya sendiri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sudah berapa lama di RS? • Bagaimana sampai datang ke RS? • Apakah perlu dirawat di RS? <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD Q1[Apakah perlu dirawat di RS?] -- Ya --> Q2[Apa mempunyai masalah dengan kesehatan jiwa?] Q1 -- Tidak --> Q3[Ada masalah tentang kesehatannya?] Q2 --> Q4[Dapatkah di ceritakan masalahnya?] Q4 --> Q5[Sebetulnya bapak / ibu perlu obat apa tidak?] Q5 --> Q6[Kenapa? bisa membantu obatnya?] Q3 --> Q7[Lalu kenapa masih tinggal di RS?] Q3 --> Q8[Lalu Kenapa minum obat?] Q6 --> Q9[Jika keluar dari RS, rencananya apa?] </pre> </div>	

PERILAKU HALUSINASI DAN WAHAM TERKAIT															
<ul style="list-style-type: none"> ● Apakah pernah mengalami pengalaman aneh? seperti mendengar bunyi/suara- suara aneh yang tidak didengar orang lain? ● Pernah menonton tv/radio tidak? kadang-kadang bapak/ ibu menerima pesan- pesan khusus/ membicarakan tentang diri anda tidak? 															
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">suara apa pak/ibu? -</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>suaranya menyenangkan /tidak?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>suaranya mengganggu ya?</td> <td></td> </tr> </table>		suara apa pak/ibu? -		suaranya menyenangkan /tidak?		suaranya mengganggu ya?									
suara apa pak/ibu? -															
suaranya menyenangkan /tidak?															
suaranya mengganggu ya?															
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">suaranya menyuruh?-apakah anda menuruti suara tersebut?</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>suaranya berasal darimana?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Apa yang dilakukan jika ada suara itu?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Apakah memiliki penglihatan spesial/khusus tidak ? melihat barang halus yang tampak nyata?-sering tidak?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>suara apa pak/ibu? -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Apakah anda pernah mencium bau kemenyan/yang aneh?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Apakah pernah mengalami sensasi/rasa yang aneh didalam tubuh anda?</td> <td></td> </tr> </table>		suaranya menyuruh?-apakah anda menuruti suara tersebut?		suaranya berasal darimana?		Apa yang dilakukan jika ada suara itu?		Apakah memiliki penglihatan spesial/khusus tidak ? melihat barang halus yang tampak nyata?-sering tidak?		suara apa pak/ibu? -		Apakah anda pernah mencium bau kemenyan/yang aneh?		Apakah pernah mengalami sensasi/rasa yang aneh didalam tubuh anda?	
suaranya menyuruh?-apakah anda menuruti suara tersebut?															
suaranya berasal darimana?															
Apa yang dilakukan jika ada suara itu?															
Apakah memiliki penglihatan spesial/khusus tidak ? melihat barang halus yang tampak nyata?-sering tidak?															
suara apa pak/ibu? -															
Apakah anda pernah mencium bau kemenyan/yang aneh?															
Apakah pernah mengalami sensasi/rasa yang aneh didalam tubuh anda?															
TUDUHAN DIRI DAN KEJARAN															
<ul style="list-style-type: none"> ● Menurut anda orang-orang disekitar anda itu baik/tidak? ● Adakah orang yang tidak suka pada diri anda? ● Adakah orang yang punya niat jahat sama anda? ● Menurut anda bukti bahwa ada orang yang jahat pada anda ? siapa dalangnya? 															
KEBESARAN															
<ul style="list-style-type: none"> ● Kira-kira jika anda dibandingkan dengan orang lain seperti apa? lebih baik/buruk? ● Apakah anda memiliki kemampuan/bakat yang tidak dimiliki oleh orang lain? ● Apakah anda punya misi khusus ? 															
DEPRESI DAN RASA BERSALAH															
<ul style="list-style-type: none"> ● Bagaimana perasaan bapak/ibu dalam 2 minggu terakhir ini? ● Sampai mempengaruhi tidurnya? ● Apakah anda memiliki perasaan bersalah yang sangat? ● Apakah anda mempunyai pikiran/ide untuk melukai/mecelakakan diri? ● Hidup bapak bahagia tidak? 															
DEPRESI DAN RASA BERSALAH															
<ul style="list-style-type: none"> ● Perasaan anda tadi mempengaruhi tidur anda tidak? ● Apakah juga mempengaruhi selera makan anda? 															

PIKIRAN ABSTRAK

- Apakah persamaan bola dan jeruk?
- Apakah persamaan mawar dengan melati
- Apakah persamaan bus dan kereta api
- Apakah arti pribahasa:
 - ada udang di balik batu
 - air susu sibalas air tuba

ANXIETAS

- Ada tidak hal membuat bapak cemas/takut dalam kehidupan ini?
- Bagaimana dengan tidur bapak/ibu beberapa hari ini?
- Coba luruskan tangan bapak/ibu..(adakah tremor, berkeringat tidak)?
- Apakah anda merasa khawatir,was-was atau gugup?

CHECK LIST PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

Nama :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri		
2	Menanyakan identitas pasien		
3	Menjaga privasi pasien		
4	Membaca basmalah		
Tahap Kerja			
5	Menilai kesan umum pasien a. Penampilan b. Perilaku c. Sikap terhadap pemeriksa		
6	Menilai sensorium dan fungsi kognitif pasien : a. Kesadaran b. Orientasi c. Daya ingat d. Konsentrasi dan perhatian e. Kapasitas membaca dan menulis f. Kemampuan visuospasial g. Pikiran abstrak h. Sumber informasi dan kecerdasan		
7	Menilai sikap dan perilaku		
8	Menilai mood dan afek : a. Mood b. Afek c. Keserasiannya		
9	Menilai bentuk pikir (non realistik/realistik/autistik)		
10	Menilai isi pikir (waham)		
11	Menilai progresi pikir : a. Kuantitas b. Kualitas c. Kecepatan produksi		
12	Menilai persepsi : a. Halusinasi b. Ilusi c. Depersonalisasi d. Derealisasi		

13	Menilai pengendalian impuls		
14	Menilai daya nilai		
15	Menilai tilikan diri (insight)		
16	Menentukan <i>Global Assessment of Functioning (GAF) Scale</i>		
Tahap Penutup			
17	Membaca Hamdalah		
Sikap Profesional			
	Melakukan dengan percaya diri		
	Melakukan dengan sopan		
	Melakukan dengan ramah		
	Melakukan dengan rapi		
	Menunjukkan sikap empati		
	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		
		Tanggal Kegiatan	
		Nama Instruktur	
		Tanda Tangan Instruktur	

PSIKOTERAPI SUPORTIF : KONSELING

I. TUJUAN PEMBELAJARAN

- A. Mahasiswa memahami definisi psikoterapi suportif
- B. Mahasiswa memahami tujuan psikoterapi suportif
- C. Mahasiswa memahami indikasi psikoterapi suportif
- D. Mahasiswa memahami macam-macam teknik psikoterapi suportif
- E. Mahasiswa mampu memahami teknik psikoterapi suportif sebagai salah satu pilihan terapi

II. MATERI PENDUKUNG PEMBELAJARAN

Untuk mendukung topik keterampilan klinis, adapun materi pendukung yang berkaitan dan perlu dipahami oleh mahasiswa sebelumnya antara lain :

- A. Anamnesis psikiatri
- B. Pemeriksaan status mental
- C. Gangguan psikiatri

III. LANDASAN TEORI

A. DEFINISI PSIKOTERAPI SUPORTIF

1. Dedald, et al: terapi yang ditujukan untuk meredakan gejala dan perubahan perilaku terbuka tanpa penekanan pada modifikasi kepribadian atau penyelesaian konflik bawah sadar.
2. Winston, et al: psikoterapi suportif yang bertujuan untuk mengurangi gejala dan mempertahankan, memperbaiki atau meningkatkan harga diri, fungsi ego dan keterampilan adaptif.
3. Secara umum, terapis tidak meminta klien untuk berubah, melainkan terapis bertindak sebagai pendamping yang mengoptimalkan proses maturitas agar pasien dapat mengubah struktur kepribadian pasien sendiri menjadi lebih adaptif.

B. TUJUAN PSIKOTERAPI SUPORTIF (Menurut PDSKJI)

1. Memperkuat daya tahan mental
2. Mengembangkan mekanisme daya tahan mental yang baru dan yang lebih baik untuk mempertahankan fungsi pengontrolan diri
3. Meningkatkan kemampuan adaptasi lingkungan
4. Mengevaluasi situasi kehidupan pasien saat ini, beserta kekuatan serta kelemahannya, untuk selanjutnya membantu

pasien melakukan perubahan realistik apa saja yang memungkinkan untuk dapat berfungsi lebih baik

C. MACAM TEKNIK PSIKOTERAPI

1. Psikoterapi Suportif

Mendukung ego, memperkuat dan memperluas defense mechanism agar menjadi lebih baik dan lebih adaptif.

Pendekatan: bimbingan, reassurance, katarsis emosional, hipnosis, terapi kelompok, dsb.

2. Psikoterapi Re Edukatif (Behavior Therapy)

Mengubah habits tertentu menjadi kebiasaan yang lebih menguntungkan. **Pendekatan:** terapi perilaku, psikodrama, dsb.

3. Psikoterapi Rekonstruktif (Psikoterapi Psikoanalisis)

Mencapai tilikan (insight) terkait konflik bawah sadar agar mencapai perubahan kepribadian, pola perilaku yang terganggu menjadi lebih baik, mengembangkan potensi klien, dsb.

D. TEKNIK PSIKOTERAPI SUPORTIF

Psikoterapi Suportif adalah suatu bentuk psikoterapi yang ditandai dengan percakapan diadik antara terapis dan pasien. Hal ini mempunyai tujuan untuk menolong pasien beradaptasi dengan baik terhadap suatu masalah yang dihadapi dan untuk mendapatkan suatu kenyamanan hidup terhadap gangguan psikisnya. Psikoterapi suportif tidak mengubah kepribadian, namun membantu pasien mengatasi gejala, mencegah kekambuhan dari gangguan mental serta membantu pasien berdamai dengan masalah yang dihadapinya.

Tujuan psikoterapi suportif :

1. Meredakan gejala yang dialami pasien
2. Membantu pasien mempertahankan, memulihkan, atau meningkatkan self esteem
3. Mendukung dan memperkuat fungsi ego, dan keterampilan adaptasi
4. Membantu pasien memperluas mekanisme pengendalian yang dimiliki, agar pasien menjadi lebih adaptif dan seimbang

Metode yang dapat dilakukan pada psikoterapi suportif diantaranya adalah :

1. Ventilasi/katarsis

Pada metode ventilasi, klien diberikan kesempatan untuk mengutarakan masalah emosionalnya termasuk mengekspresikan perasaan, ide atau peristiwa yang terpendam terhadap orang lain. Klien juga diberi kesempatan untuk berbagi rahasia pribadi yang memperbaiki rasa bersalah atau berdosa. Hal ini berguna untuk mengurangi ketegangan yang berkaitan dengan pengalaman yang tidak menyenangkan.

Pada pasien yang menggembar gemborkan kebaikannya, dan menyalahkan orang lain maupun keadaan untuk segala hal yang terjadi di hidupnya, diamnya terapis dapat diartikan sebagai persetujuan, memperkuat keyakinan pasien bahwa dia benar.

Contoh :

T : Selamat siang, perkenalkan saya dr. A. Ada yang bisa saya bantu?

P : Saya tidak tau Dok kenapa saya di rujuk ke sini

T : Coba ceritakan apa yang Ibu rasakan

P : Saya sering periksa ke dokter keluarga, karena sering pusing dan sebah di perut

T : mmm, **tentu tidak nyaman ya Bu (*validasi ekspresi*)**

P : Saya mendapat obat , beberapa kali berubah obatnya, malah kemudian mulut saya jadi pahit kadang juga masam sekali, bikin perasaan saya tidak enak

T : mmm, kemudian apa yang Ibu lakukan?

2. Persuasif

Dilakukan dengan menerangkan secara masuk akal tentang gejala gejala penyakitnya yang timbul akibat cara berpikir, perasaan, dan sikapnya terhadap masalah yang dihadapinya. Terapis berusaha membangun mengubah dan menguatkan impuls tertentu serta membebaskannya dari impuls yang mengganggu secara masuk akal dan sesuai hati nurani. Berusaha menyakinkan pasien dengan alasan yang masuk akal bahwa gejalanya akan hilang.

Contoh :

T : Ibu berobat secara rutin

P : Iya saya sudah 4-6 bulan rutin berobat Obat saya minum sesuai aturan larangan makan juga saya patuhi Namun kadang keluhan muncul lagi

T : Itu hal bagus Ibu sudah melakukan yang dokter sarankan

dan berobat rutin Keluhan muncul lagi terutama saat apa ya Bu?

P : Biasanya saat saya banyak pikiran

T : Coba ceritakan tentang banyaknya pikiran yang mengganggu Ibu

P : Tentang anak anak, dok. Saya sedih jika anak-anak sudah jarang ke rumah. Jadi ga nafsu makan

T : mm seperti itu jadi keluhan ibu memang berkaitan oleh pikiran tersebut. Jadi, Ibu bisa menelpon anaknya supaya perasaan Ibu menjadi lebih tenang

3. Sugesti

Secara halus tidak langsung menanamkan pikiran atau membangkitkan kepercayaan padanya bahwa gejala akan hilang. Pasien percaya kepada terapis sehingga kritiknya berkurang dan emosinya terpengaruh serta perhatiannya menjadi sempit Pasien mengharapkan sesuatu dan mulai percaya

Contoh :

P : saya jadi kepikiran apa saya bisa sembuh

T : Yang Ibu lakukan sudah baik Bu, Ibu berobat rutin Ibu mematuhi anjuran dokter Ini merupakan hal yang bagus

P : tapi badan saya kok semakin tidak jelas kalau malam sulit tidur paginya lemes males Saya ingin sembuh seperti dulu lagi

T : Ibu sudah merasakan bahwa keluhan tersebut membaik selama perawatan Apa yang Ibu lakukan berdampak baik terhadap tubuh Ibu Semangat Ibu untuk sembuh merupakan suatu kunci yang kuat bahwa Ibu yakin Ibu akan baik baik saja

4. *Reassurance*

Dilakukan melalui komentar yang halus dan pertanyaan yang hali hati bahwa bahwa pasien mampu berfungsi secara adequate atau mengingatkan potensi kemampuan untuk dapat menyelesaikan permasalahannya sendiri. Dapat juga diberi secara tegas berdasarkan kenyataan atau dengan menekankan pada apa yang telah dicapai oleh pasien Topik pembicaraan pengalaman pasien yang berhasil nyata

Contoh :

T : Terhadap anak anak Ibu yang saat ini sedang sibuk, ada

hal baik yang bisa dipikirkan bahwa mereka sedang menggapai cita citanya untuk membahagiakan Ibu Ibu telah berhasil mendidik mereka hingga mereka sukses saat ini Bukankah ini hal baik Bu?

P : Iya dok, menurut saya juga mereka sekarang sedang meraih cita citanya Saya bangga dan senang jika mereka sukses

T : Iya Bu saya setuju dengan pendapat Ibu

E. ISU TERAPEUTIK SPESIFIK

1. Sikap dasar terapis
2. Pemahaman
3. Pertanyaan
4. Pengamatan tentang makna yang mendasarinya
5. Transferensi
6. Ventilasi
7. Pujian
8. Jaminan
9. Merasionalisasi dan membingkai ulang
10. Berdebat dan mengomel
11. Nasihat
12. Bimbingan antisipatif
13. Mengurangi dan mencegah kecemasan
14. Identifikasi masalah

F. INDIKASI PSIKOTERAPI SUPORTIF

1. Keadaan yang penuh tekanan
2. Kekuatan ego yang sangat terganggu/miskin
3. Tindakan membangun ego
4. Tindakan sementara
5. Kurangnya rasa ingin tahu tentang diri sendiri
6. Kebutuhan akan perubahan gejala tanpa inisiatif sendiri
7. Masalah kelayakan untuk bentuk terapi lain

G. PRINSIP-PRINSIP UMUM PSIKOTERAPI SUPORTIF

1. Membangun aliansi terapeutik yang baik
2. Jumlah sesi: Ditentukan oleh kebutuhan dan motivasi klien
3. Tetapkan aturan dasar, seperti tidak ada agresi fisik atau verbal dalam sesi terapi, tidak datang dalam keadaan mabuk
4. Jelaskan kepada klien tentang peran klien dan terapis dalam terapi

5. Tetapkan tujuan terapi
6. Jangan menstrukturkan sesi
7. Jangan menghakimi

H. CONTOH ROLE PLAY

- D : Selamat siang, Mbak. Silahkan duduk, saya dengan Dokter Widya.
Siapa Namanya Mbak?
- P : Selamat siang, Dok. Nama saya Ani.
- D : Oh ya Mbak Ani, apakah ada yang bisa saya bantu?
- P : Duh Dok. Saya sedih. Sepertinya masa depan saya suram deh.
- D : Wah, kenapa Mbak merasa seperti itu? Apakah Mbak Ani berkenan untuk bercerita?
- P : Begini Dok, saya terancam DO karena nilai saya jelek terus.
- D : Hmm begitu ya Mbak. Saat ini Mbak Ani kuliah dimana?
- P : Saya kuliah di Jurusan Teknik Mesin semester 5, Dok.
- D : Wah sudah mau semester akhir ya..
- P : Iya Dok, tapi saya malah mau di DO.
- D : Hm pasti Mbak Ani sedih sekali ya. Apakah ada permasalahan sehingga bisa begitu?
- P : Aduh tidak tahu Dok, nilai saya sih memang tidak bagus, tapi teman-teman saya juga sama seperti saya. Berarti kan itu hal yang normal
- D : Jika menurut Mbak Ani itu hal yang normal lalu kira-kira kenapa suasana hati Mbak Ani menjadi sedih?
- P : Karena setelah dipikir-pikir kalau saya di DO, ke depannya saya pasti akan sulit mendapatkan pekerjaan Dok, pasti akan merepotkan keluarga juga.
- D : Jadi Mbak Ani merasa begitu ya. Menurut Mbak Ani bagaimana agar bisa menyelesaikan permasalahan yang Mbak alami?

- P : Hm, sepertinya saya harus belajar sih Dok. Tapi sekeras apapun saya belajar, nilainya pasti tidak sesuai harapan. Jadi sepertinya memang saya yang tidak mampu
- D : Oh begitu ya, tapi sebetulnya tidak apa-apa loh, Mbak Ani. Memiliki nilai yang tidak sesuai harapan itu wajar dalam pendidikan, dan jika ada nilai yang dirasa kurang masih bisa diperbaiki dengan remedi. Nanti untuk ke depannya Mbak Ani bisa belajar dengan lebih giat. Mbak Ani bisa diterima di Teknik Mesin itu kan berarti Mbak Ani sebetulnya mampu.
- P : Begitu ya Dok.. Tapi saya tidak ada semangat belajar Dok.
- D : Hmm.. kira-kira menurut Mbak Ani, bagaimana caranya supaya bisa lebih semangat belajar? Oh ya, hobi Mbak Ani apa?
- P : Dulu sih saya suka sekali olahraga Dok, tapi sekarang saya tidak bersemangat dan beberapa bulan terakhir ini saya suka diajak teman-teman saya pergi ke club dan minum-minum untuk mengalihkan rasa sedih saya.
- D : Apakah Mbak Ani merasa lebih baik setelah pergi ke club?
- P : Tidak sih Dok, karena rasa sedih saya hanya hilang sementara dan ketika teringat nilai, saya jadi sedih lagi. Ditambah setiap habis minum di club kepala saya justru jadi sakit.
- D : Berarti tidak efektif ya untuk pengalihan masalahnya. Lalu apakah Mbak Ani sudah mencoba kembali berolahraga?
- P : Belum Dok, rasanya berat untuk memulai lagi.
- D : Begitu ya.. Bagaimana jika dicoba dari olahraga ringan dulu? Menurut saya akan sangat membantu jika Mbak Ani melakukan hal-hal yang menjadi minat Mbak. Mungkin ada olahraga baru yang dirasa bisa mengurangi perasaan sedih Mbak Ani?
- P : Sebetulnya saya tertarik mencoba yoga Dok, tapi takut tidak cocok.
- D : Wah bagus berarti Mbak Ani sudah ada keinginan untuk mencoba hal baru. Tidak apa-apa Mbak dicoba saja dulu, siapa tahu bisa menjadi hobi baru sebagai penyemangat jika Mbak Ani jenuh belajar.

P : Baik Dok, nanti saya pertimbangkan. Pokoknya saya ingin masa depan saya tidak suram Dok.

D : Iya Mbak saya memahami perasaan Mbak Ani. Dari pertemuan kali ini Mbak Ani sudah cukup baik dalam mengenali permasalahan yang dialami, tinggal kita terus mencoba untuk mencari tahu solusi seperti apa yang dapat meningkatkan semangat Mbak Ani. Untuk pertemuan selanjutnya kita bicarakan lagi apakah suasana hati Mbak Ani menjadi lebih baik setelah mencoba hobi baru, ya.

P : Baik Dokter, terima kasih, sampai bertemu Dok.

I. TOPIK ROLE PLAY

1. Salah jurusan kuliah
2. Korban bullying
3. Cinta terlarang/cinta tak berbalas
4. Orang tua bercerai
5. Sulit beradaptasi

IV. ALAT DAN BAHAN

-

V. PROSEDUR PEMERIKSAAN

- A. Gali terlebih dahulu permasalahan yang mendasari problem psikologis pasien
- B. Lakukan tahap ventilasi dengan memberikan kesempatan klien untuk mengutarakan problem emosionalnya, mengekspresikan perasaan, ide atau peristiwa yang terpendam terhadap orang lain, maupun berbagi rahasia pribadi yang memperbaiki rasa bersalah atau berdosa
- C. Lakukan tahap persuasi
 1. Dilakukan dengan menerangkan secara masuk akal tentang gejala-gejala penyakitnya yang timbul akibat cara berfikir, perasaan, dan sikapnya terhadap masalah yang dihadapinya
 2. Berusaha meyakinkan pasien dengan alasan yang masuk akal bahwa gejalanya akan hilang
- D. Lakukan tahap sugesti dengan halus, menanamkan pikiran atau membangkitkan kepercayaan padanya bahwa gejala akan hilang.
- E. Lakukan tahap *reassurance*. Secara adequate atau mengingatkan potensi/kemampuan untuk dapat menyelesaikan permasalahan sendiri. Tekankan pada apa yang pasien sudah capai

VI. REFERENSI

- A. Rilla Sovitriana, Zainuddin SK. 2018. Psikoterapi Suportif.
- B. Grover, Sandeep et al. 2020. Clinical Practice Guidelines for Practice of Supportive Psychotherapy. Indian Journal of Psychiatry: India.
- C. Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th Edition, 925 – 931.
- D. Lukman PR, Kusumaningrum P, Power Point Kuliah Konseling, KKD Konseling, FKUI, 2019
- E. Winston A, Rosenthal RN, Pinsky H. Learning Supportive Psychotherapy, American Psychiatric Publishing. 2012

CHECK LIST PSIKOTERAPI SUPORTIF: KONSELING

Nama :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Tahap Orientasi			
1	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri		
2	Menanyakan identitas pasien		
3	Menjaga privasi pasien		
4	Membaca basmalah		
Tahap Kerja			
5	Melakukan tahap ventilasi <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan kesempatan klien untuk mengutarakan problem emosionalnya • Mengekspresikan perasaan, ide atau peristiwa yang terpendam terhadap orang lain • Berbagi rahasia pribadi yang memperbaiki rasa bersalah atau berdosa 		
6	Melakukan tahap persuasi <ol style="list-style-type: none"> 3. Dilakukan dengan menerangkan secara masuk akal tentang gejala-gejala penyakitnya yang timbul akibat cara berpikir, perasaan, dan sikapnya terhadap masalah yang dihadapinya 4. Berusaha meyakinkan pasien dengan alasan yang masuk akal bahwa gejalanya akan hilang 		
7	Melakukan tahap sugesti Secara halus , menanamkan pikiran atau membangkitkan kepercayaan padanya bahwa gejala akan hilang.		
8	Melakukan tahap reassurance. Secara adequate atau mengingatkan potensi/kemampuan untuk dapat menyelesaikan permasalahan sendiri. Menekan pada apa yang telah dicapai		
Tahap Penutup			
9	Membaca Hamdalah		
Sikap Profesional			
	Melakukan dengan percaya diri		
	Melakukan dengan sopan		
	Melakukan dengan ramah		
	Melakukan dengan rapi		

Menunjukkan sikap empati		
Menggunakan bahasa yang mudah dipahami		
Tanggal Kegiatan		
Nama Instruktur		
Tanda Tangan Instruktur		

INSTRUMEN PENUNJANG PEMERIKSAAN PSIKIATRI

I. POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE– EXCITED COMPONENT (PANSS-EC)

Positive and Negative Syndrome Scale - Excited Component (PANSS-EC) diukur dengan cara memberikan nilai pada komponen gaduh gelisah, ketegangan, permusuhan, tidak kooperatif, dan pengendalian impuls. PANSS- EC adalah instrumen yang digunakan untuk mengevaluasi pasien dengan perilaku agresif atau agitasi. Hasil dari evaluasi PANSS-EC dapat digunakan untuk menentukan pendekatan terapi pada pasien.

II. Komponen dan Cara Penilaian PANSS-EC

Positive and Negative Syndrome Scale - Excited Component (PANSS-EC) merupakan salah satu instrumen penilaian agresivitas dan agitasi yang sederhana dan mudah diaplikasikan. PANSS-EC terdiri dari 5 item penilaian, yaitu gaduh gelisah, ketegangan, permusuhan, ketidak kooperatifan, dan pengendalian impuls yang buruk. Masing-masing item mempunyai skala penilaian berikut:

- A. 1 (tidak ditemukan)
- B. 2 (minimal, patologis diragukan)
- C. 3 (ringan)
- D. 4 (sedang)
- E. 5 (agak berat)
- F. 6 (berat)
- G. 7 (sangat berat)

Penilaian didasarkan atas observasi selama anamnesis dengan pasien dan atau berdasarkan laporan keluarga. Skor dari kelima item kemudian dijumlahkan sehingga didapatkan rentang antara 5-35. Adapun nilai rata-rata ≥ 20 klinis menunjukkan adanya agitasi akut (Baker RW, et al., 2003 dalam Montoya, et al. 2011)(13.2). Apabila ditemukan hasil total skor 25-35 pada pengukuran PANSS gaduh gelisah pasien, maka pasien tersebut dapat dikategorikan dalam indikasi untuk dilakukan perawatan di rumah sakit. Penilaian dilakukan untuk komponen-komponen berikut:

A. Gaduh Gelisah

Gaduh gelisah adalah hiperaktivitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulus, waspada berlebihan, atau labilitas alam perasaan yang berlebihan. Poin ini dinilai dengan manifestasi perilaku selama anamnesis dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku.

B. Ketegangan

Ketegangan didefinisikan sebagai manifestasi yang jelas tentang ketakutan, ansietas, dan agitasi, seperti kekakuan, tremor, keringat berlebihan, dan ketidaktenangan. Poin ini dinilai berdasarkan laporan lisan yang membuktikan adanya ansietas dan derajat keparahan. Manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama anamnesis.

C. Permusuhan

Permusuhan didefinisikan sebagai ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif agresif, cacik, dan penyerangan. Poin dinilai berdasarkan perilaku interpersonal yang diamati selama anamnesis dan laporan oleh perawat atau keluarga.

D. Tidak Kooperatif

Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pemeriksa, staf rumah sakit atau keluarga yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas, atau membangkang. Dinilai melalui perilaku interpersonal yang diobservasi selama anamnesis dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.

E. Pengendalian Impuls yang Buruk

Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba tidak teratur, sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya. Dinilai berdasarkan perilaku selama anamnesis dan yang dilaporkan perawat atau keluarga

Identitas Pasien						
Nama :						
Umur :						
Diagnosis Masuk:				Tanggal Masuk:		
Diagnosis Pulang:				Tanggal Pulang:		
Pemeriksa:						
No.	Kode	Butir Penilaian	Awal Tgl	3 hari Tgl	5 hari Tgl	Akhir Tgl
1	P4	Gaduh gelisah				
2	P7	Permusuhan				
3	G4	Ketegangan				
4	G8	Ketidakkoperatifan				
5	G14	Pengendalian Impuls yang Buruk				
Total						
Catatan: kondisi akut dinyatakan teratasi apabila skor masing masing komponen kurang dari 3						

HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HDRS)

Nama : Umur :
Nomor RM : Tanggal Periksa :
Alamat :

A. Keadaan perasaan depresi (sedih, putus asa, tak berdaya, tak berguna)

- 0 = tidak ada
- 1 = perasaan ini hanya dinyatakan bila ditanya
- 2 = perasaan ini dinyatakan verbal spontan
- 3 = perasaan yang nyata tanpa komunikasi verbal misalnya ekspresi mukanya, bentuk suara dan kecenderungan menangis
- 4 = pasien menyatakan perasaan yang sesungguhnya ini dalam komunikasi baik verbal maupun non verbal secara spontan

B. Perasaan bersalah

- 0 = tidak ada
- 1 = menyalahkan diri sendiri ,merasa sebagai penyebab penderitaan orang lain
- 2 = ide-ide bersalah atau renungan,tentang kesalahan-kesalahan pada masa lalu
- 3 = sakit ini adalah sebagai hukumannya, delusi bersalah.
- 4 = suara-suara kejaran atau tuduhan-tuduhan dengan /dan halusinasi tentang hal-hal yang mengancamnya

C. Bunuh diri

- 0 = tidak ada
- 1 = merasa hidup tidak ada gunanya
- 2 = mengharapkan kematian atau pikiran-pikiran lain ke arah hal itu
- 3 = ide-ide bunuh diri atau langkah-langkah ke arah itu
- 4 = percobaan bunuh diri

D. Insomnia (initial)

- 0 = tidak ada kesukaran masuk tidur
- 1 = keluhan kadang-kadang sukar masuk tidur, misalnya lebih dari setengah jam baru dapat tidur
- 2 = keluhan tiap malam sukar masuk tidur

E. Insomnia (middle)

- 0 = tidak ada kesukaran mempertahankan tidur
- 1 = pasien mengeluh gelisah dan terganggu sepanjang malam.
- 2 = terjaga sepanjang malam (bangun dari tempat tidur, kecuali buang air)

F. Insomnia (late)

- 0 = tidak ada kesukaran, atau keluhan bangun terlalu pagi
- 1 = bangun di waktu fajar, tetapi tidur lagi
- 2 = bila telah bangun, tidak bisa tidur lagi di waktu fajar

G. Kena dan kegiatan-kegiatannya.

- 0 = tidak ada kesukaran
- 1 = pikiran-pikiran dan perasaan-perasaan ketidakmampuan, keletihan atau kelemahan-kelemahan yang berhubungan dengan kegiatan-kegiatan kerja atau hobi
- 2 = hilangnya minat akan kegiatan-kegiatan, hobi atau pekerjaan, baik secara langsung maupun tidak pasien menyatakan kelesuan, keragu-raguan dan rasa bimbang (merasa bahwa ia harus memaksa diri untuk bekerja atau kegiatan lainnya)
- 3 = berkurang waktu untuk aktivitas sehari-hari atau kurang produktivitas di rumah sakit. Bila pasien tidak sanggup beraktivitas sekurang-kurangnya tiga jam sehari kecuali tugas-tugas di bangsal
- 4 = tidak bekerja karena sakitnya sekarang. Di rumah sakit, bila pasien tidak bekerja sama sekali kecuali tugas-tugas di bangsal atau jika pasien gagal melaksanakan tugas-tugas di bangsal tanpa bantuan

H. Kelambanan (lambat dalam berpikir dan berbicara, gagal berkonsentrasi, aktivitas motorik menurun)

- 0 = normal dalam bicara dan berpikir
- 1 = sedikit lamban dalam berbicara
- 2 = jelas lamban dalam wawancara
- 3 = sukar diwawancarai
- 4 = stupor (diam lama sekali)

I. Kegelisahan/agitasi

- 0 = tidak ada
- 1 = kegelisahan ringan
- 2 = memainkan tangan, rambut dan lain-lain
- 3 = bergerak terus, tidak bisa duduk tenang
- 4 = meremas-remas tangan, menggigit-gigit kuku, menarik-narik rambut, menggigit-gigit bibir

J. Ansietas psikis

- 0 = tidak ada kesukaran
- 1 = ketegangan subyektif dan mudah tersinggung
- 2 = mengkhawatirkan hal-hal kecil
- 3 = sikap kekhawatiran yang tercermin di wajah atau pembicaraannya
- 4 = ketakutan yang diutarakan tanpa ditanya

K. Ansietas Somatik

- 0 = tidak ada
- 1 = ringan
- 2 = sedang
- 3 = berat

Ansietas berhubungan fisiologi seperti G.I.: mulut kering, diarrhoea; cardiovascular: palpitasi, sakit kepala; pernapasan: frekuensi buang air kecil, berkeringat dan lain-lain

L. Gejala somatik GI.

- 0 = tidak ada
- 1 = nafsu makan berkurang tetapi dapat makan tanpa dorongan teman, merasa perutnya penuh
- 2 = sukar makan tanpa dorongan teman, membutuhkan pencahar untuk buang air besar atau obat-obatan untuk seluruh pencernaan

M. Gejala somatik umum

- 0 = tidak ada
- 1 = anggota gerakanya, punggung atau kepala terasa berat, sakit punggung kepala dan otot-otot, hilangnya kekuatan dan kemampuan
- 2 = gejala-gejala di atas jelas

N. Genital (gejala pada genital dan libido)

- 0 = tidak ada
- 1 = ringan
- 2 = berat

O. Hypochondriasis

- 0 = tidak ada
- 1 = dihayati sendiri
- 2 = preokupasi mengenai kesehatan diri sendiri
- 3 = sering mengeluh, membutuhkan pertolongan dan lain-lain
- 4 = delusi hypochondriasis

P. Kehilangan berat badan (pilih A atau B)

A. Bila hanya riwayatnya

- 0 = tidak ada kehilangan bent badan .
- 1 = kemungkinan bent badan berkurang berhubungan dengan sakit sekarang
- 2 = jelas (menurut pasien)berkurang berat badannya
- 3 = tidak jelas lagi penurunan bent badan

B. Di bawah pengawasan dokter bangsal secara mingguan bila jelas berat badan berkurang menurut ukuran

- 0 = kurang dari 0,5kg seminggu
- 1 = lebih dari 0,5kg seminggu
- 2 = lebih dari 1kg seminggu
- 3 = tidak dinyatakan lagi kehilangan berat badan

Q. Insight

- 0 = mengetahui sedang depresi dan sakit
- 1 = mengetahui sakit tetapi berhubungan dengan penyebab: iklim, makanan, bekerja berlebihan, virus, perlu istirahat dan lain-lain

R. Variasi harian

A. Catat mana yang lebih berat pagi atau malam, kalau tidak ada gangguan beri tanda nol

0 = tidak ada perubahan

1 = lebih berat waktu malam

2 = lebih buruk waktu pagi

B. Kalau ada perubahan tandai derajat perubahan tersebut, tandai nol bila tidak ada perubahan

0 = tidak ada

1 = ringan

2 = berat

S. Depersonalisasi dan derealisasi

0 = tidak ada. Misalnya merasa tidak ada realitas ide-ide nihilitas

1 = ringan

2 = sedang

3 = berat

4 = berat sekali (tidak dapat bekerja karena gangguan)

T. Gejala-gejala paranoia

0 = tidak ada

1 = ringan

2 = berat

Nilai Total (nomor 1-17): Interpretasi

<7 = Tidak ada depresi

7-17 = Depresi ringan

18-24 = Depresi sedang

>24 = Depresi berat Pemeriksa

HAMILTON RATING SCALE FOR ANXIETY (HARS)

Nama :
 Umur :
 Nomor RM :
 Tanggal Periksa :
 Alamat :

Skor: 0 = tidak ada; 1 = ringan; 2 = sedang; 3 = berat; 4 = berat sekali

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan ansietas <ul style="list-style-type: none"> ● Cemas ● Firasat buruk ● Takut akan pikiran sendiri ● Mudah tersinggung 					
2	Ketegangan <ul style="list-style-type: none"> ● Merasa tegang ● Lesu ● Tak bisa istirahat tenang ● Mudah terkejut ● Mudah menangis ● Gemetar ● Gelisah 					
3	Ketakutan <ul style="list-style-type: none"> ● Pada gelap ● Pada orang asing ● Ditinggal sendiri ● Pada binatang besar ● Pada keramaian lalu lintas ● Pada kerumunan orang banyak 					
4	Gangguan tidur <ul style="list-style-type: none"> ● Sukar masuk tidur ● Terbangun malam hari ● Tidak nyenyak ● Bangun dengan lesu ● Banyak mimpi-mimpi ● Mimpi buruk ● Mimpi menakutkan 					
5	Gangguan kecerdasan <ul style="list-style-type: none"> ● Sukar konsentrasi ● Daya ingat buruk 					

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
6	Perasaan depresi <ul style="list-style-type: none"> • Hilangnya minat • Berkurangnya kesenangan pada hobi • Sedih • Bangun dini hari • Perasaan berubah-ubah sepanjang hari 					
7	Gejala somatik (otot) <ul style="list-style-type: none"> • Sakit dan nyeri di otot-otot • Kaku • Kedutan otot • Gigi gemerutuk • Suara tidak stabil 					
8	Gejala somatik (sensorik) <ul style="list-style-type: none"> • Tinitus • Penglihatan kabur • Muka merah atau pucat • Merasa lemah • Perasaan ditusuk-tusuk 					
9	Gejala kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none"> • Takikardia • Berdebar • Nyeri di dada • Denyut nadi mengeras • Perasaan lesu/lemas seperti mau pingsan • Detak jantung menghilang (berhenti sekejap) 					
10	Gejala respiratori <ul style="list-style-type: none"> • Rasa tertekan atau sempit di dada • Perasaan tercekik • Sering menarik napas • Napas pendek/sesak 					
11	Gejala gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> • Sulit menelan • Perut melilit • Gangguan pencernaan • Nyeri sebelum dan sesudah makan • Perasaan terbakar di perut • Rasa penuh atau kembung • Mual 					

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
	<ul style="list-style-type: none"> • Muntah • Buang air besar lembek • Kehilangan berat badan • Sukar buang air besar (konstipasi) 					
12	Gejala urogenital <ul style="list-style-type: none"> • Sering buang air kecil • Tidak dapat menahan air seni • Amenorrhoe • Menorrhagia • Menjadi dingin (frigid) • Ejakulasi praecoeks • Ereksi hilang • Impotensi 					
13	Gejala otonom <ul style="list-style-type: none"> • Mulut kering • Muka merah • Mudah berkeringat • Pusing, sakit kepala • Bulu-bulu berdiri 					
14	Tingkah laku pada wawancara <ul style="list-style-type: none"> • Gelisah • Tidak tenang • Jari gemetar • Kerut kening • Muka tegang • Tonus otot meningkat • Napas pendek dan cepat • Muka merah 					

Total skor : Interpretasi

<14 = Tidak ada kecemasan

14-21 = Kecemasan ringan

21-27 = Kecemasan sedang

28-41 = Kecemasan berat

42-56 = Kecemasan berat sekali

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN

 fakultaskedokteran_uad

  kedokteranuad

 fk.uad.ac.id

