

EMS Erlangga
Medical
Series

At a Glance

**ANAMNESIS DAN
Pemeriksaan Fisik**

JONATHAN GLEADLE

At a Glance

ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN FISIK

JONATHAN GLEADLE

MA DPhil BM BCh MRCP (UK)
Dosen Bidang Nefrologi
Oxford Kidney Unit
Churchill Hospital
Oxford



PENERBIT ERLANGGA
Jl. H. Baping Raya No. 100
Ciracas, Jakarta 13740
<http://www.erlangga.co.id>
e-mail: editor@erlangga.net
(Anggota IKAPI)

Buku ini diterbitkan atas kerjasama antara Pusat Perbukuan Depdiknas dengan *Penerbit Erlangga*

At a Glance
ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN FISIK

Jonathan Gleadle

Judul Asli

History and Examination at a Glance

Jonathan Gleadle

Copyright © 2003 by Blackwell Science Ltd.

Translation copyright © 2007 by *Penerbit Erlangga*. All rights reserved. Authorized translation from English language edition published by Blackwell Science Ltd.

Hak terjemahan dalam bahasa Indonesia pada *Penerbit Erlangga* berdasarkan perjanjian resmi tanggal 26 Agustus 2005.

Alih Bahasa:

dr. Annisa Rahmalia

Editor:

Amalia Safitri

Buku ini diset dan dilayout oleh Bagian Produksi *Penerbit Erlangga* dengan Power Macintosh G5 (Times 10)

Setting oleh : Tim Perti Dept. Setting

Dicetak : **PT Gelora Aksara Pratama**

11 10 09 08 8 7 6 5 4 3 2

*Dilarang keras mengutip, menjiplak, memfotokopi, atau memperbanyak dalam bentuk apa pun, baik sebagian atau keseluruhan isi buku ini, serta memperjualbelikannya tanpa izin tertulis dari **Penerbit Erlangga**.*

© **HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-UNDANG**

Daftar Isi

Prakata	7
Daftar Singkatan	8
Bagian 1 Pengambilan anamnesis	
1 Hubungan dengan pasien	10
2 Anamnesis keluhan utama	12
3 Riwayat penyakit dahulu, obat, dan alergi	14
4 Riwayat keluarga dan sosial	16
5 Penyelidikan fungsional	17
Bagian 2 Anamnesis dan pemeriksaan sistem	
6 Apakah pasien sakit keras?	18
7 Prinsip-prinsip pemeriksaan fisik	20
8 Sistem kardiovaskular	22
9 Sistem pernapasan	26
10 Sistem gastrointestinal	28
11 Sistem genitourinarius pria	30
12 Anamnesis dan pemeriksaan ginekologis	32
13 Pemeriksaan payudara	34
14 Anamnesis dan pemeriksaan obstetrik	35
15 Sistem saraf	36
16 Sistem muskuloskeletal	40
17 Kulit	42
18 Sistem penglihatan	44
19 Pemeriksaan telinga, hidung, mulut, tenggorokan, tiroid dan leher	46
20 Pemeriksaan urin	47
21 Pemeriksaan psikiatrik	48
22 Pemeriksaan tungkai	51
23 Pemeriksaan fisik umum	52
24 Penyajian anamnesis dan pemeriksaan fisik	54
Bagian 3 Manifestasi	
25 Nyeri dada	56
26 Nyeri abdomen	58
27 Nyeri kepala	60
28 Muntah, diare, dan perubahan kebiasaan buang air besar	62
29 Perdarahan gastrointestinal	65
30 Gangguan pencernaan dan disfagia	66
31 Penurunan berat badan	68
32 Kelelahan	70
33 Pasien tak sadar	72
34 Pasien di unit perawatan intensif	74
35 Nyeri punggung	76
36 Hipertensi	78
37 Pembengkakan tungkai	80
38 Ikterus	81
39 Demam pascaoperasi	82
40 Tersangka meningitis	83
41 Anemia	84
42 Limfadenopati	86
43 Batuk	87
44 Bingung	88
45 Benjolan	90
46 Benjolan pada payudara	91
47 Palpitasi/aritmia	92
48 Masalah sendi	93
49 Mata merah	94
50 Pusing	95
51 Sesak napas	96
52 Disuria dan hematuria	98
53 Upaya bunuh diri	100
54 Pasien dengan immunosupresi	102
55 Menegakkan diagnosis kematian	103
56 Syok	104
57 Trauma	106
58 Masalah terkait alkohol	108
59 Kolaps	110
Bagian 4 Kondisi-kondisi	
<i>Kardiovaskular</i>	
60 Infark miokard dan angina	112
61 Hipovolemia	114
62 Gagal jantung	116
63 Stenosis mitral	118
64 Regurgitasi mitral	119
65 Stenosis aorta	120
66 Regurgitasi aorta	122
67 Regurgitasi trikuspid	124
68 Stenosis pulmonal	125
69 Penyakit jantung kongenital	126
70 Diseksi aorta	128
71 Aneurisma aorta	130
72 Endokarditis infeksi	132
73 Emboli paru dan trombosis vena dalam	134
74 Katup jantung buatan	136
75 Penyakit vaskular perifer	137
<i>Endokrin/metabolik</i>	
76 Diabetes melitus	138
77 Hipotiroidisme dan hipertiroidisme	140
78 Penyakit Addison dan sindrom Cushing	142
79 Hipopituitarisme	143
80 Akromegali	144

Nefrologi dan urologi

- 81 Gagal ginjal 146
- 82 Penyakit ginjal polikistik 148
- 83 Sindrom nefrotik 149
- 84 Gejala saluran kemih 150
- 85 Benjolan pada testis 152

Gastrointestinal

- 86 Penyakit hati kronis 154
- 87 Penyakit radang usus 156
- 88 Splenomegali/hepatosplenomegali 157
- 89 Abdomen akut 158
- 90 Pankreatitis 160
- 91 Massa abdomen 162
- 92 Apendisitis 163

Respirasi

- 93 Asma 164
- 94 Pneumonia 166
- 95 Efusi pleura 167
- 96 Alveolitis fibrosa, bronkiektasis, dan fibrosis kistik 168
- 97 Karsinoma paru 170
- 98 Penyakit paru obstruktif kronis 172
- 99 Pneumotoraks 174
- 100 Tuberkulosis 175

Neurologi

- 101 Stroke 176
- 102 Penyakit Parkinson 178
- 103 Penyakit neuron motorik 179
- 104 Sklerosis multipel 180
- 105 Neuropati perifer 182
- 106 *Carpal tunnel syndrome* 183
- 107 Distrofi miotonik dan distrofi otot 184
- 108 Miastenia gravis 186
- 109 Gangguan serebelum 187
- 110 Demensia 188

Muskuloskeletal

- 111 Arthritis reumatoid 190
- 112 Osteoarthritis 192
- 113 Gout dan penyakit Paget 194
- 114 Spondilitis ankilosa 195

Lainnya

- 115 Lupus eritematosus sistemik dan vaskulitis 196
- 116 Penyakit keganasan 198
- 117 Skleroderma 199

[Indeks 201](#)



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Pendahuluan

Saat bertemu pasien, dapatkan identitasnya tanpa ragu-ragu (tanyakan nama lengkap dan cocokkan dengan label nama, tanyakan tanggal lahir, alamat, dan sebagainya) dan pastikan bahwa setiap rekam medis, catatan, hasil tes, dan sebagainya memang milik pasien tersebut.

Seringkali Anda dapat menjabat tangan mereka, “Nama saya Dr Gleadle, dan Anda...?” Atau “Nama Anda...?”, dan “Tanggal lahir Anda...?”, “Alamat Anda...?” Katakan pada mereka nama, gelar, pekerjaan Anda, dan apa yang akan Anda lakukan. Misalnya:

Nama saya Dr Gleadle, saya adalah konsulen yang khusus menangani penyakit ginjal dan saya diminta mencoba mencari tahu mengapa ginjal Anda tidak bekerja dengan baik. Saya membutuhkan waktu sekitar setengah jam untuk berbincang-bincang dengan Anda mengenai masalah medis Anda, dan kemudian saya akan melakukan pemeriksaan lengkap. Setelah itu akan saya jelaskan pendapat saya mengenai masalah Anda dan apa yang perlu kami lakukan untuk membantu Anda.

Atau Anda bisa mengatakan, “Saya Jonathan Gleadle, seorang mahasiswa kedokteran, dan jika diizinkan saya ingin menanyakan beberapa pertanyaan mengenai penyakit Anda”.

Anda harus selalu bersikap sopan, penuh hormat, dan tegas. Ingat bahwa pasien mungkin merasa cemas, tidak enak, malu, takut, atau kesakitan. Selalu pastikan bahwa Anda sudah mencuci tangan.

Anda harus mengumpulkan informasi dan mengamati pasien segera setelah bertemu; anamnesis dan pemeriksaan fisik bukan merupakan proses yang terpisah dan sekuensial, melainkan mengalir begitu saja.

Privasi

Pastikan adanya privasi (hal ini tidak selalu mudah didapatkan di bangsal rumah sakit yang ramai; pastikan bahwa tirai tertutup rapat; lihat apakah ruang pemeriksaan kosong).

Bahasa

Tanyakan apakah pasien fasih menggunakan bahasa yang Anda gunakan, dan jika tidak, gunakan penerjemah.

Kerabat, teman, pendamping

Tanyakan siapa saja yang menemani pasien, apa hubungannya dengan pasien, dan apakah pasien menginginkan mereka berada dalam ruangan selama konsultasi.

Tanyakan apakah pasien menginginkan kehadiran pendamping selama pemeriksaan dan ini mungkin cocok dalam segala situasi. Ingatlah bahwa:

PASIEN ADALAH ORANG TERPENTING DALAM RUANGAN!

Ingatlah bahwa semua informasi yang Anda dapatkan dari pasien atau siapa pun adalah **RAHASIA**. Ini berarti bahwa informasi mengenai pasien hanya boleh didiskusikan dengan profesional lain yang terlibat dalam perawatan pasien. Anda harus memastikan bahwa pembahasan mengenai pasien tidak bisa didengar atau rekam medisnya tidak bisa didapatkan oleh orang lain.

Beberapa pedoman untuk menghadirkan pendamping

- Seorang pendamping adalah pihak ketiga, (biasanya) berjenis kelamin sama dengan pasien, dan (biasanya) merupakan profesional di bidang kesehatan (bukan kerabat).
- Saat bertanya kepada pasien apakah mereka ingin didampingi, pastikan mereka mengetahui siapa yang Anda maksud. Misalnya, “Kami biasanya meminta staf lain untuk hadir selama pemeriksaan, apakah Anda ingin Kami panggilkan staf tersebut?”.
- Jika pasien atau dokter/mahasiswa kedokteran menginginkan kehadiran seorang pendamping, maka pemeriksaan tidak boleh berjalan tanpa kehadirannya.
- Catatlah adanya pendamping pada catatan medis.
- Seorang pendamping harus hadir pada pemeriksaan organ intim yang dilakukan oleh dokter atau mahasiswa kedokteran yang berjenis kelamin berbeda dengan pasien (pemeriksaan vagina, rektal, genital, dan payudara pada wanita).

Mencuci tangan

Tangan staf adalah perantara penularan mikroorganisme dari pasien ke pasien lain yang paling sering dan mencuci tangan adalah salah satu cara paling penting dalam pengendalian infeksi. Apakah tangan dicuci dengan alkohol atau sabun antiseptik tidaklah terlalu penting dibandingkan dengan apakah tangannya dicuci atau tidak. Tangan harus dicuci sebelum kontak dengan setiap pasien. Pastikan juga bahwa stetoskop Anda didisinfeksi secara teratur, dan pakaian, seperti jas putih, juga dicuci secara teratur.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) adalah bagian penting dari anamnesis. Penting untuk mencatat secara rinci semua masalah medis yang pernah timbul sebelumnya dan terapi yang pernah diberikan. Mencatat informasi ini secara kronologis juga bisa bermanfaat. Anda bisa bertanya: "Penyakit apa yang pernah Anda alami?", "Operasi apa yang pernah Anda alami?", "Pernahkah Anda dirawat di rumah sakit?", "Kapan terakhir kali Anda merasa sehat sepenuhnya?". Tanyakan adakah masalah dengan operasi atau anestesi, dan, jika ada, apa masalahnya. Anda mungkin menemukan adanya kecenderungan perdarahan atau intoleransi terhadap obat anestesi tertentu.

Jika belum dibahas saat Anda membicarakan keluhan utama, RPD spesifik mungkin perlu diselidiki. Misalnya, pertanyaan nyeri dada (angina) sebelumnya pada pasien dengan keluhan utama nyeri dada berat.

Sudah menjadi kebiasaan untuk mencatat kejadian penyakit umum tertentu, khususnya ikterus, anemia, TB, demam reuma, diabetes melitus, bronkitis, MI, stroke, epilepsi, asma, dan masalah dengan anestesi.

Pasien juga harus ditanya mengenai vaksinasi, pengobatan, tes skrining (misalnya apusan serviks), dan kehamilan.

Riwayat pengobatan

Obat apa yang sedang dikonsumsi oleh pasien?

Obat apa yang diresepkan dan obat lain apa yang dikonsumsi (misalnya tanaman obat, obat 'warung')? Mintalah pasien untuk benar-benar menunjukkan obatnya dan/atau resep yang didapat.

Jangan lupa tanyakan obat suntikan, misalnya insulin, terapi topikal, inhaler (pasien mungkin tidak menganggapnya sebagai obat).

Jenis obat terlarang apa yang sedang/pernah dikonsumsi? Bagaimana kemungkinan kepatuhan mereka dalam mengonsumsi obat resep?

Adakah pengawasan? Kotak 'dose-it'?

Pernahkah terjadi intoleransi terhadap suatu jenis obat dan mengapa?

Alergi

Penting untuk mendapatkan penjelasan akurat dan terinci mengenai reaksi alergi terhadap obat dan alergen potensial lain.

Pasien harus ditanya apakah alergi terhadap sesuatu. Harus ditanyakan secara spesifik apakah pasien alergi terhadap antibiotika termasuk penisilin.

Penting pula untuk menggali sifat alergi yang pernah dialami. Apakah terdapat alergi yang sebenarnya dengan disertai syok anafilaktik berat, ruam eritematosa, ruam urtikaria, atau apakah pasien hanya merasakan mual atau mengalami efek samping yang lain dari obat?

Alergi yang penting juga bisa terjadi terhadap makanan, seperti kacang, atau terhadap sengatan lebah atau tawon.

Juga penting untuk mengetahui adanya intoleransi lain, seperti efek samping, terhadap pengobatan.

Pastikan bahwa keterangan alergi tertulis lengkap dalam catatan, daftar obat, dan jika sesuai, gelang 'alarmedis'.

Merokok

Apakah pasien pernah atau masih merokok?

Jika ya, rokok jenis apa, berapa banyak, dan selama berapa lama? Apakah pasien merokok tembakau, pipa, atau cerutu?

Alkohol

Apakah pasien mengonsumsi alkohol? Jika ya, jenis apa? Berapa banyak dan berapa sering?

Apakah/pernahkah ada masalah ketergantungan alkohol (lihat Bab 58)?



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

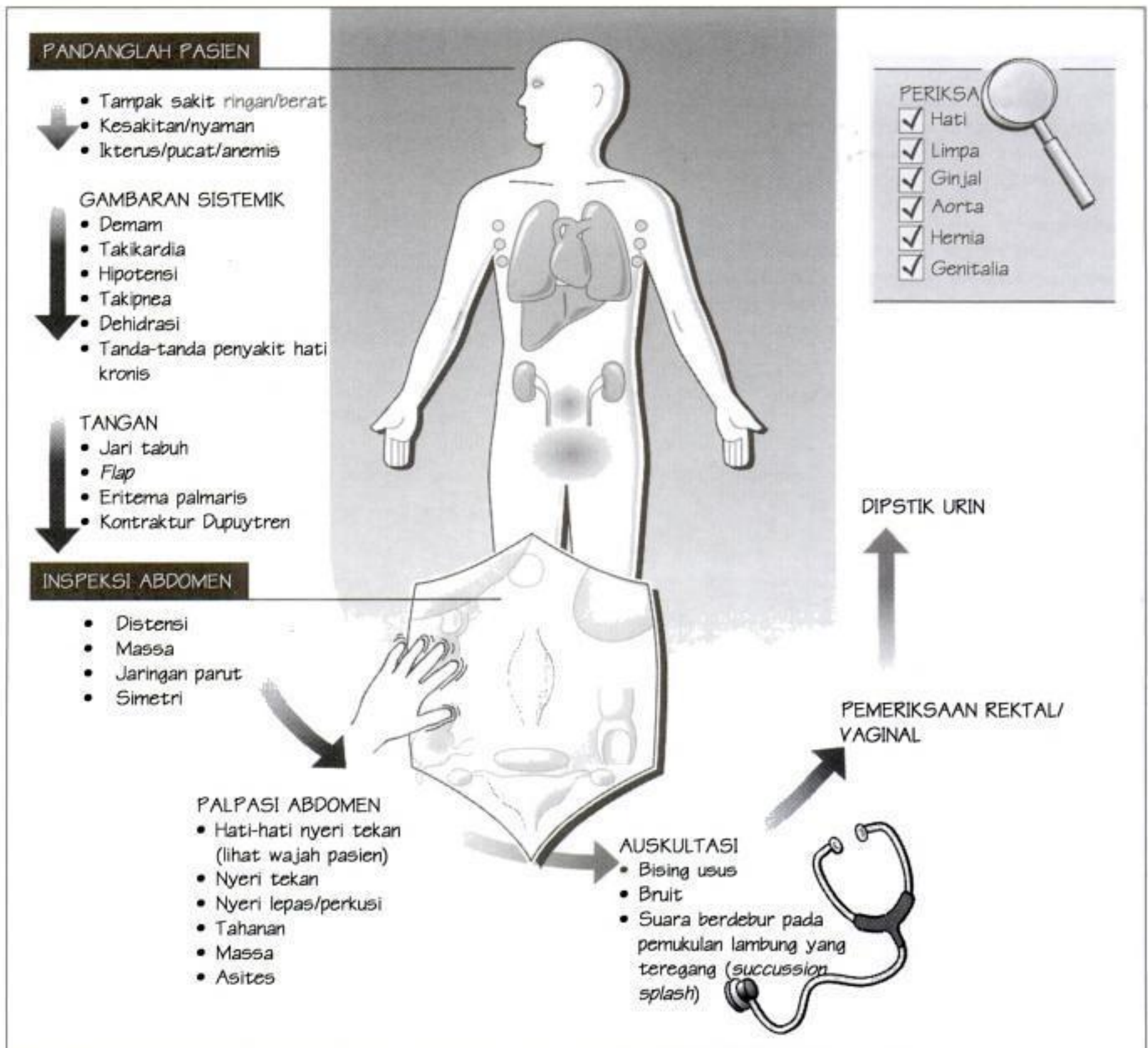


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

10 Sistem gastrointestinal



Anamnesis

Gangguan yang mengenai abdomen dan sistem gastrointestinal bisa menimbulkan gejala yang sangat beragam:

- nyeri abdomen;
- muntah;
- hematemesis (muntah darah);
- sulit menelan (disfagia);
- gangguan cerna atau dispepsia;
- diare;
- perubahan kebiasaan buang air besar;
- bengkak atau benjolan pada perut;
- penurunan berat badan atau gejala akibat malabsorpsi;
- melena (tinja hitam seperti ter akibat darah dari saluran cerna bagian atas) atau darah per rektum.

Penting untuk menilai adakah penyakit lokal dan adakah efek sistemik seperti penurunan berat badan atau malabsorpsi.

Riwayat penyakit dahulu

Apakah pernah mengalami penyakit saluran cerna sebelumnya?

Apakah pernah dilakukan operasi pada daerah perut sebelumnya?

Tentukan riwayat konsumsi alkohol dan kebiasaan merokok pasien. Riwayat konsumsi alkohol yang rinci sangat penting.

Obat apa yang pernah dikonsumsi oleh pasien?

Pernahkah pasien mendapat terapi untuk penyakit saluran



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

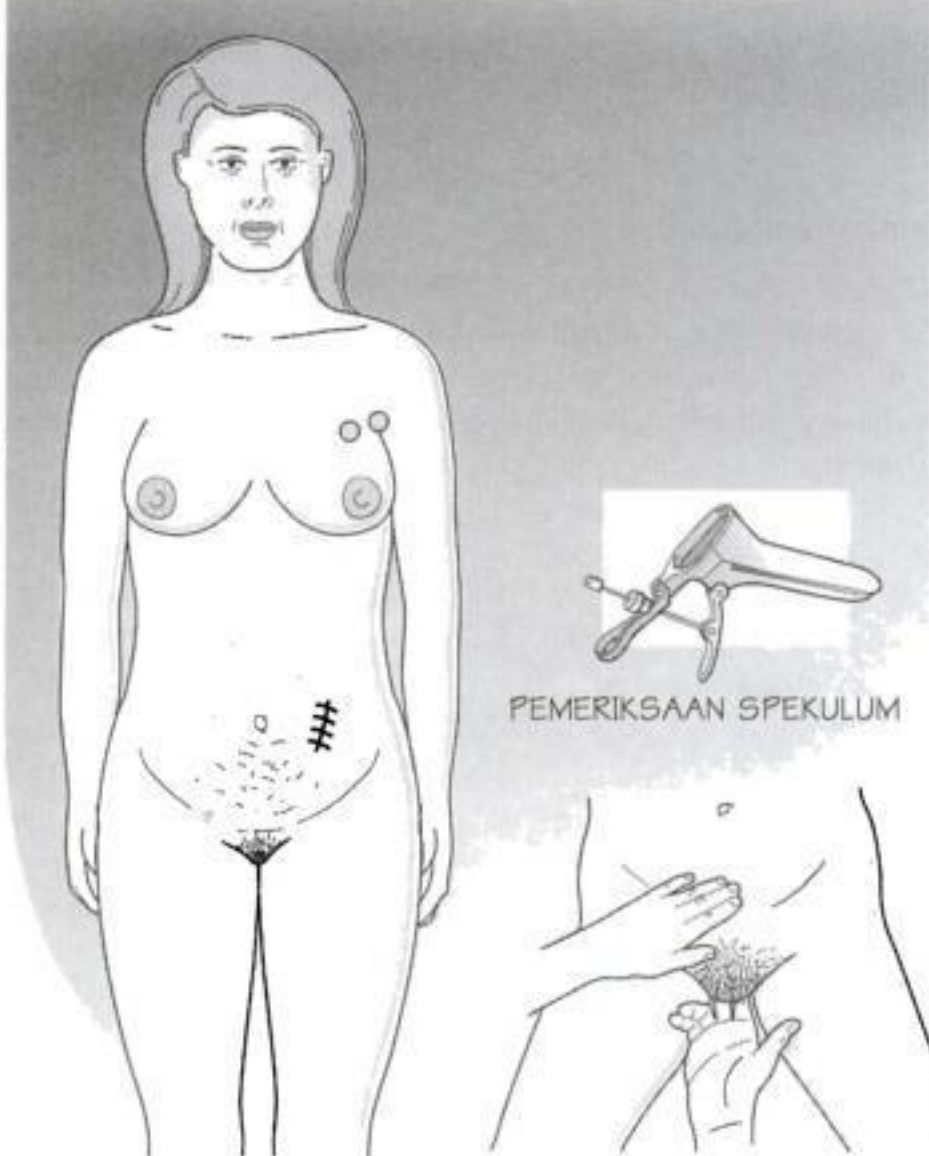


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

12 Anamnesis dan pemeriksaan ginekologis

<p>ANAMNESIS</p> <ul style="list-style-type: none">• Menstruasi• Perdarahan• Sekret <p>RIWAYAT SEKSUAL</p> <ul style="list-style-type: none">• Kontrasepsi• Gejala saluran kemih• Riwayat obstetrik	 <p>The illustration shows a female patient from the waist up, with a speculum examination being performed on her. The speculum is shown in two views: one as a whole instrument and another showing it inserted into the vagina. The patient's abdomen has a surgical scar.</p>	<p>PEMERIKSAAN FISIK</p> <ul style="list-style-type: none">• Sakit ringan/berat• Anemia• Kelenjar getah bening <p>PEMERIKSAAN PAYUDARA</p> <p>PEMERIKSAAN ABDOMEN</p> <ul style="list-style-type: none">• Jaringan parut• Massa• Distensi• Striae• Rambut di tubuh• Hernia <p>PEMERIKSAAN VAGINA</p> <p>Inspeksi</p> <p>Pemeriksaan bimanual dengan jari</p>
---	---	---

Masalah ginekologis bisa timbul dengan berbagai gejala, di antaranya:

- menstruasi banyak (menoragia);
- tidak menstruasi (amenorea);
- sekret vagina;
- nyeri suprapubik;
- perdarahan per vaginam;
- masalah kontrasepsi;
- nyeri saat berhubungan seksual (dispareunia).

Menstruasi

Seberapa sering pasien menstruasi? Berapa lama setiap periode menstruasi? Apakah menstruasi teratur, tidak teratur? Apakah banyak (menoragia) (tanyakan jumlah pembalut, tampon, dan adanya bekuan)? Apakah disertai nyeri?

Adakah perdarahan di antara periode-periode menstruasi?

Adakah perdarahan setelah sanggama?

Adakah sekret vagina? Jika ya, seperti apa?

Kapan menstruasi yang terakhir?

Pernahkah ada perdarahan pascamenopause?

Aktivitas seksual/kontrasepsi/serviks

Apakah pasien memiliki kehidupan seksual yang aktif?

Adakah masalah dalam hubungan seksual?

Apakah saat berhubungan seksual terasa nyeri (dispareunia)?

Apakah nyeri terasa di dalam atau superfisial?

Kontrasepsi apa yang sedang digunakan pasien?

Alat kontrasepsi apa yang pernah digunakan pasien di masa lalu?

Kapan terakhir kali pasien menjalani pemeriksaan apusan serviks?

Pernahkah hasil pemeriksaan apusan abnormal? Jika ya, apa yang dilakukan (misalnya kolposkopi)?

Gejala saluran kemih

Adakah frekuensi, disuria, hematuria, nokturia, urgensi, atau inkontinensia?

Jika ada inkontinensia, kapan? Saat mengejan, batuk, atau urgensi?

Apakah pasien merasakan adanya massa di vagina atau rasa seperti tertarik dan seperti ada beban (misalnya akibat prolaps)?



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

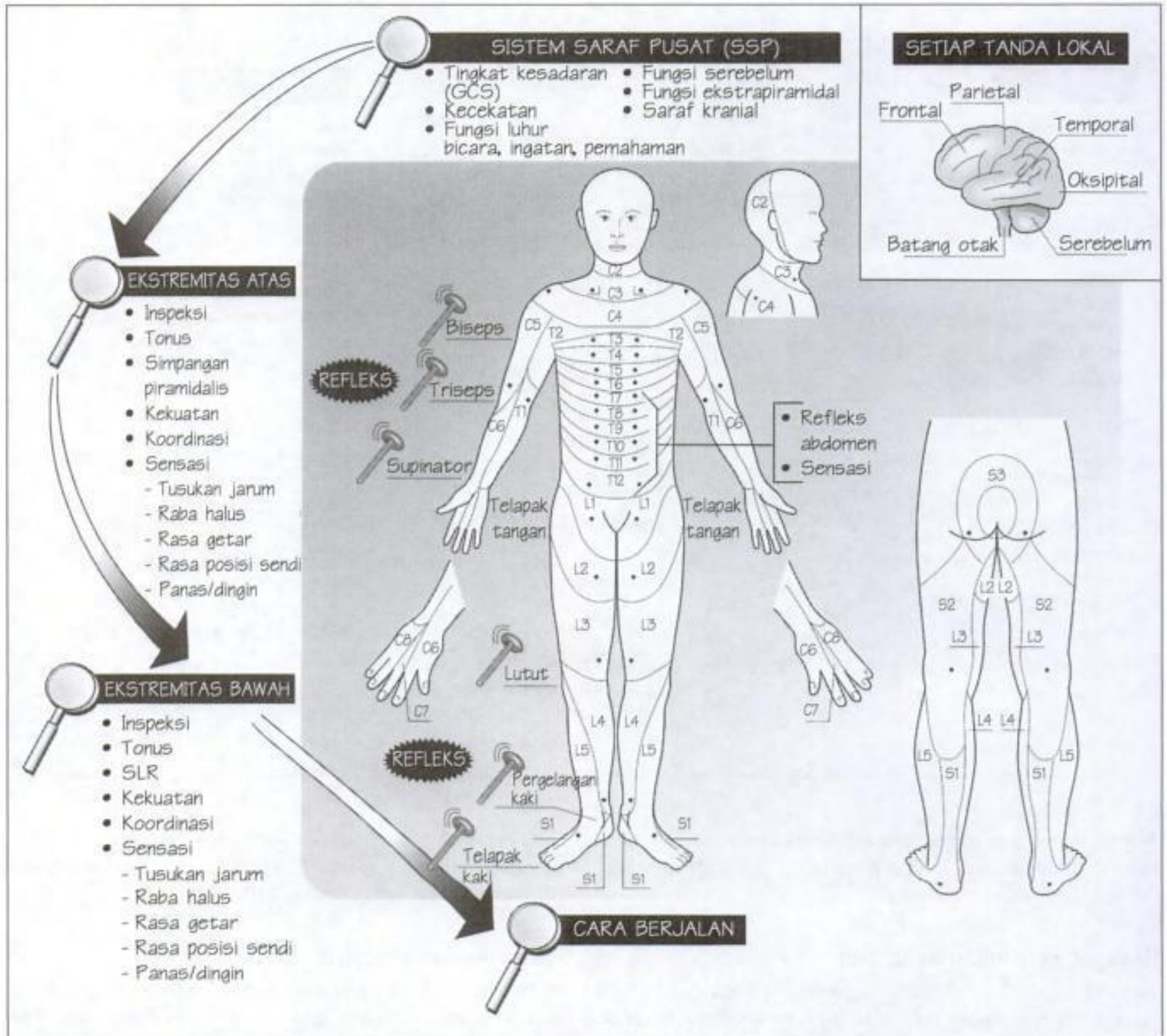


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

15 Sistem saraf





You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

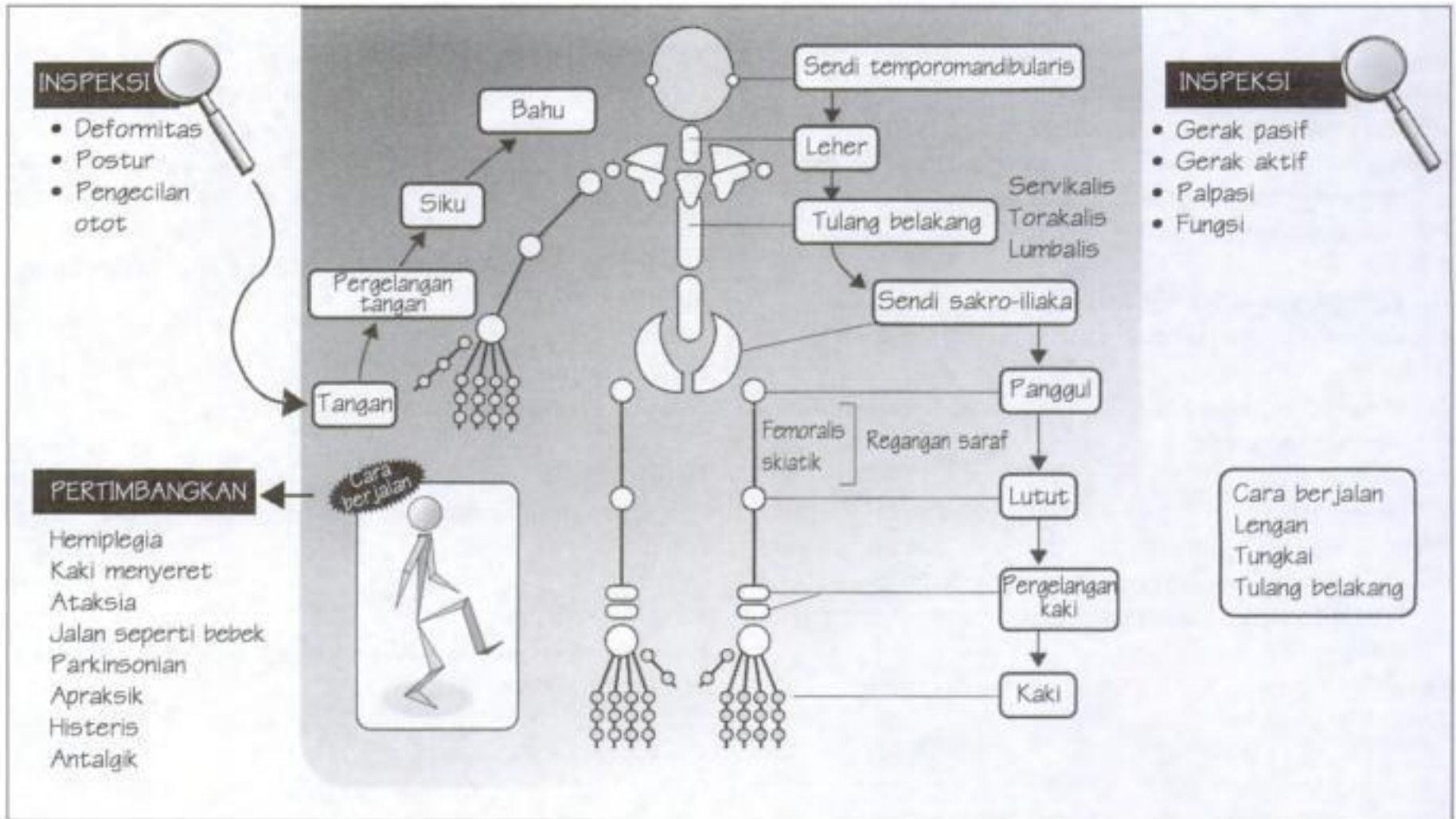


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

16 Sistem muskuloskeletal



Anamnesis

Penyakit sistem muskuloskeletal bisa bermanifestasi sebagai:

- nyeri (khususnya pada sendi [artralgia])
- deformitas;
- pembengkakan;
- mobilitas berkurang;
- fungsi menurun (misalnya tak dapat berjalan);
- gambaran sistemik seperti ruam atau demam.

Riwayat penyakit dahulu

Adakah riwayat kelainan sendi atau tulang sebelumnya? Pernahkah pasien menjalani operasi seperti penggantian sendi?

Obat-obatan

Tanyakan pada pasien mengenai analgesik, OAINS, kortikosteroid, immunosupresan lain, penisilinamin, emas, dan klorokuin.

Penyelidikan fungsional

Tanyakan secara khusus mengenai gambaran sistemik penyakit seperti demam, penurunan berat badan, ruam. Adakah penyakit genitourinarius atau saluran cerna (misalnya pada sindrom Reiter)?

Riwayat sosial

Temukan akibat fungsional seperti pasien menjadi tak dapat berjalan, makan, dan sebagainya.

Alat bantu apa yang digunakan pasien (misalnya kursi roda, kursi-tandu; modifikasi yang dibuat di rumah)?

Pemeriksaan fisik

Lihat pasien dan cari adanya deformitas yang terlihat jelas dan postur abnormal.

Cari pengecilan otot yang terlihat jelas: apakah massa otot tampak normal? Lihat bahu, pantat, tangan, dan otot kuadriseps.

Cari kelainan terkait; misalnya, nodul reumatoid, tofi gout, psoriasis, atau tanda-tanda penyakit rematologis sistemik.

Periksa sendi untuk mencari adanya pembengkakan, deformitas, efusi, eritema, dan nilailah kisaran gerak aktif dan pasif pasien.

Periksa tangan

Lakukan inspeksi untuk mencari deformitas sendi, kelainan kuku, nyeri tekan sendi (termasuk 'menekan' lembut di sekitar sendi MCP), dan pembengkakan.

Cari pengecilan otot (misalnya tonjolan tenar atau hipotenar) dan fasikulasi. Periksa gerak: fleksi, ekstensi, aduksi, dan oposisi ibu jari. Periksa fleksi, ekstensi, aduksi, dan abduksi jari tangan. Kepalkan tangan dan lakukan gerak mencubit. Periksa fungsi tangan pasien (misalnya menulis dan mengancingkan pakaian).

Periksa pergelangan tangan

Lakukan inspeksi untuk mencari deformitas sendi, pem-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

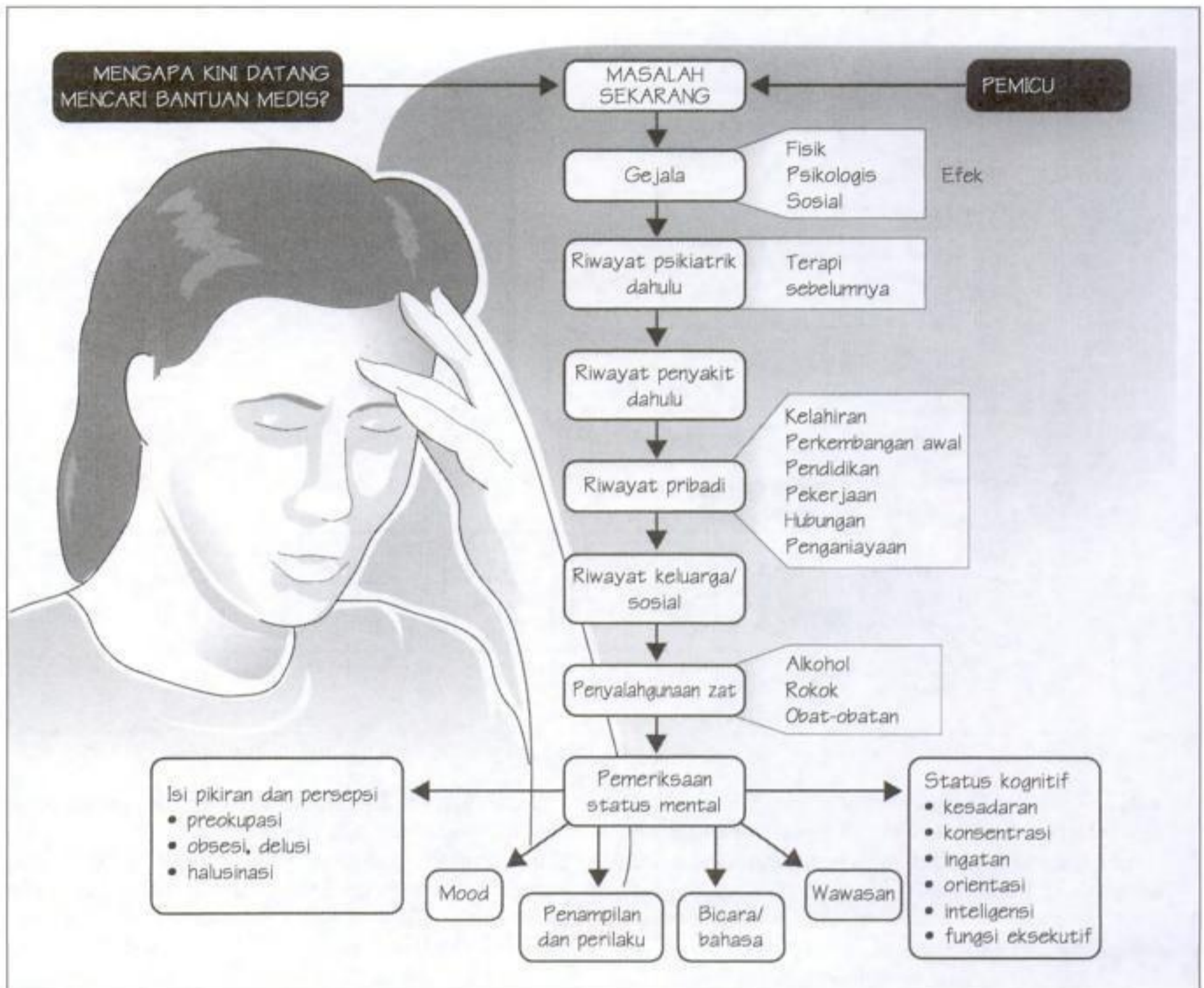


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

21 Pemeriksaan psikiatrik



Dalam melakukan pemeriksaan psikiatrik, selalu pastikan adanya privasi dan jelaskan pada pasien siapa Anda dan mengapa Anda menemuinya.

Anamnesis

Apa masalah pasien? Jika gejalanya sudah berlangsung lama, mengapa mereka kini datang mencari bantuan medis? Bagaimana mereka datang mencari bantuan medis (misalnya keinginan pribadi, upaya bunuh diri, ditemukan berkeliaran dalam keadaan bingung)? Bagaimana status mereka sehubungan dengan Akta Kesehatan Mental?

Riwayat penyakit sekarang

Apa gejala yang ada saat ini (misalnya merasa rendah diri, mendengar suara-suara, ketakutan, bingung, ingin mati)? Eksplorasilah gejala utama secara rinci dan temukan semua efek fisik, psikologis, dan sosial yang terkait.

Terapi apa yang pernah dicoba sejauh ini, dan bagaimana efeknya?

Apa hal yang diyakini pasien merupakan pemicu, memperberat, atau mengubah penyakit?

Kapan gejala dimulai?

Apa yang diperhatikan oleh orang lain (teman, keluarga, profesional lain)?

Riwayat psikiatrik dahulu

Dapatkan ringkasan kronologis dari semua episode gangguan mental dan terapi yang pernah dijalani termasuk perawatan di rumah sakit, kontak sebelumnya dengan dokter umum, psikiater, psikolog, konselor, dan lain-lain.

Tanyakan pula mengenai dosis, durasi terapi, kemampuan, efek samping, dan ketergantungan pasien dengan obat yang diresepkan sebelumnya.

Tanyakan mengenai upaya bunuh diri atau perilaku menyakiti diri sendiri yang pernah dilakukan.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

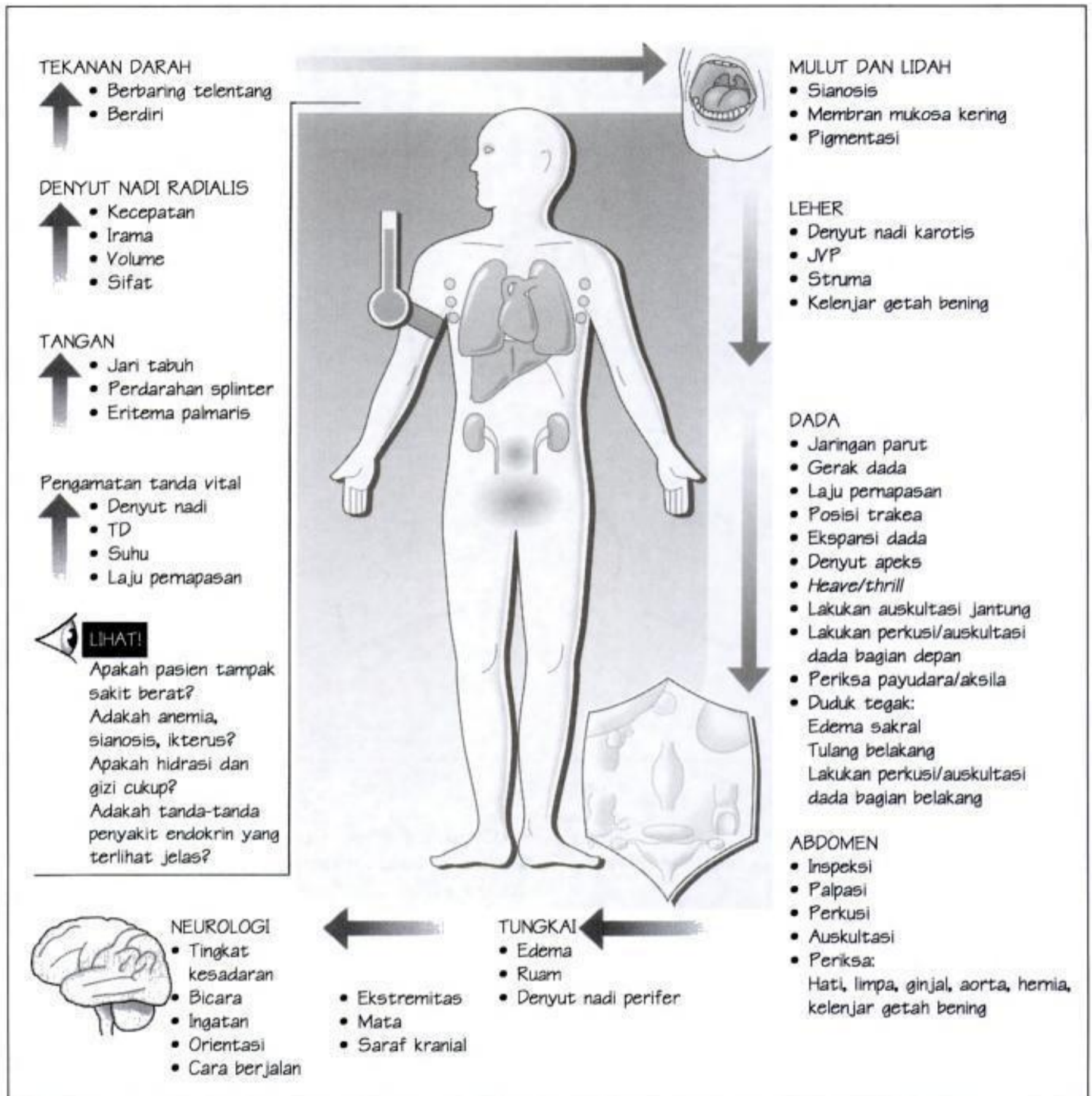


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

23 Pemeriksaan fisik umum





You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

25 Nyeri dada

ANAMNESIS

GEJALA YANG MENUNJUKKAN PENYEBAB SERIUS

- Onset sangat mendadak
- Nyeri berat
- Kolaps/sinkop
- Nyeri saat berolahraga
- Takut mati

PEMERIKSAAN FISIK

TANDA-TANDA YANG MENUNJUKKAN PENYEBAB SERIUS

- Sesak napas
- Muntah
- Berkeringat
- Sianosis
- Edema paru
- Gesekan pleural/perikard
- Hipotensi
- Nadi tak teraba
- Anemia
- Takikardia
- JVP meningkat

PENDEKATAN DIAGNOSTIK

NYERI DADA

Catatan. Penyakit serius seperti MI dan PE bisa timbul tanpa nyeri dada. EKG abnormal dengan elevasi ST adalah temuan yang dominan

JUGA PERLU:

- EKG
- Rontgen toraks
- Enzim jantung

APAKAH PASIEN TAMPAK SAKIT BERAT?
 APAKAH PASIEN SYOK?
 MERASA SANGAT KESAKITAN?
 MEMERLUKAN RESUSITASI SEGERA?

Nyeri dada adalah keluhan utama yang penting dan sering ditemukan pada penyakit serius seperti MI, angina, emboli paru, dan pneumotoraks.

Anamnesis

Biarkan pasien menjelaskan nyeri yang dirasakannya. Gunakan kata-kata pasien: “Bagaimana rasanya?” “Ceritakan lebih banyak mengenai nyeri yang Anda rasakan”.

Tanyakan mengenai *onset*: tanyakan “Apa yang sedang Anda lakukan saat mulai merasa nyeri?” “Seberapa cepat timbulnya (mendadak, dalam beberapa menit, atau detik)?”

Tanyakan mengenai *sifat* nyeri yang terasa: apakah seperti diikat, diremas, dihancurkan, ditekan, tertindih beban (seringkali digunakan untuk menjelaskan iskemia miokard), tajam, menusuk, atau seperti pisau (seringkali digunakan untuk menjelaskan nyeri akibat iritasi pleura).

Tanyakan mengenai *tingkat keparahannya*: Tanya apakah yang dirasakan adalah nyeri paling hebat yang pernah dirasakan. Minta pasien menilai dengan skor 1 sampai 10.

Tanyakan mengenai *durasi*.

Tanyakan apa yang *meringankan* nyeri (istirahat, postur, nitrat, oksigen, atau analgesia).

Tanyakan apa yang *memperberat* nyeri (aktivitas, bernapas, bergerak, atau batuk).

Tanyakan mengenai *lokasi* (di sekitar dada bagian atas, epigastrik, atau sternal).

Tanyakan mengenai *penjalaran*. (Lengan, punggung, tenggorokan, rahang, gigi, atau abdomen?)

Tanyakan mengenai *gejala penyerta* (pusing, pingsan, sinkop, palpitasi, berkeringat, mual, muntah, cemas, hiperventilasi, refluks asam, demam, hemoptisis, atau nyeri abdomen).

Tanyakan adakah hubungannya dengan aktivitas, postur, atau bernapas.

Tanyakan apakah pasien pernah merasakan nyeri serupa. Jika ya, minta pasien menjelaskan perbedaannya.

Tanyakan terapi yang sudah pernah diberikan (misalnya aspirin, GTN).

Tentukan sifat nyeri, lokasi, onset, penjalaran, pemicu, hal-hal yang meringankan dan memperberat, dan gejala penyerta.

Riwayat penyakit dahulu

Adakah riwayat IHD, angina, MI, atau operasi jantung?

Adakah riwayat penyakit paru?

Adakah riwayat penyakit sistemik (misalnya keganasan)?

Tanyakan faktor risiko aterosklerosis: merokok, riwayat keluarga, hipertensi, hiperlipidemia, dan diabetes melitus.

Pemeriksaan fisik

Apakah pasien memerlukan resusitasi segera?



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

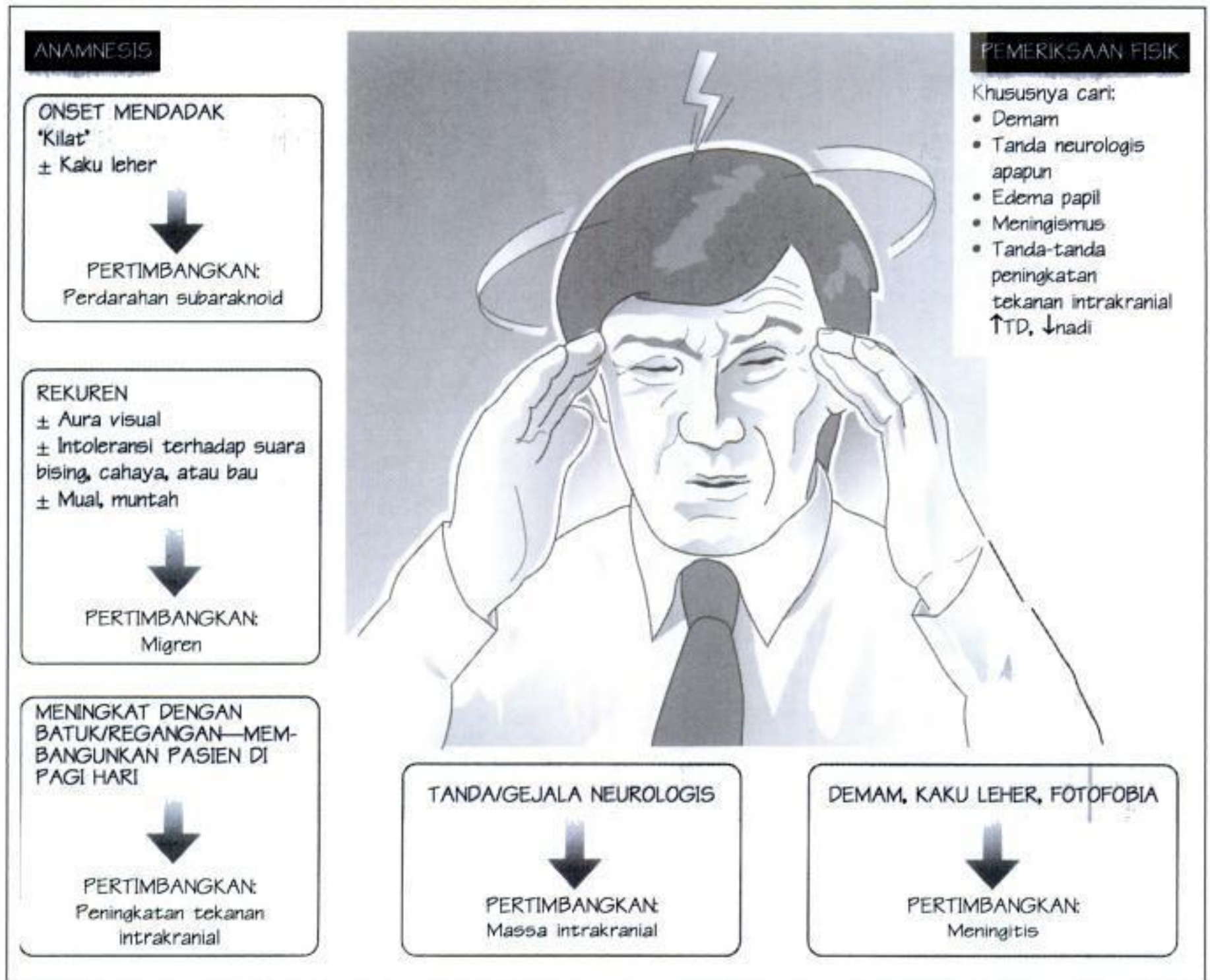


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

27 Nyeri kepala





You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

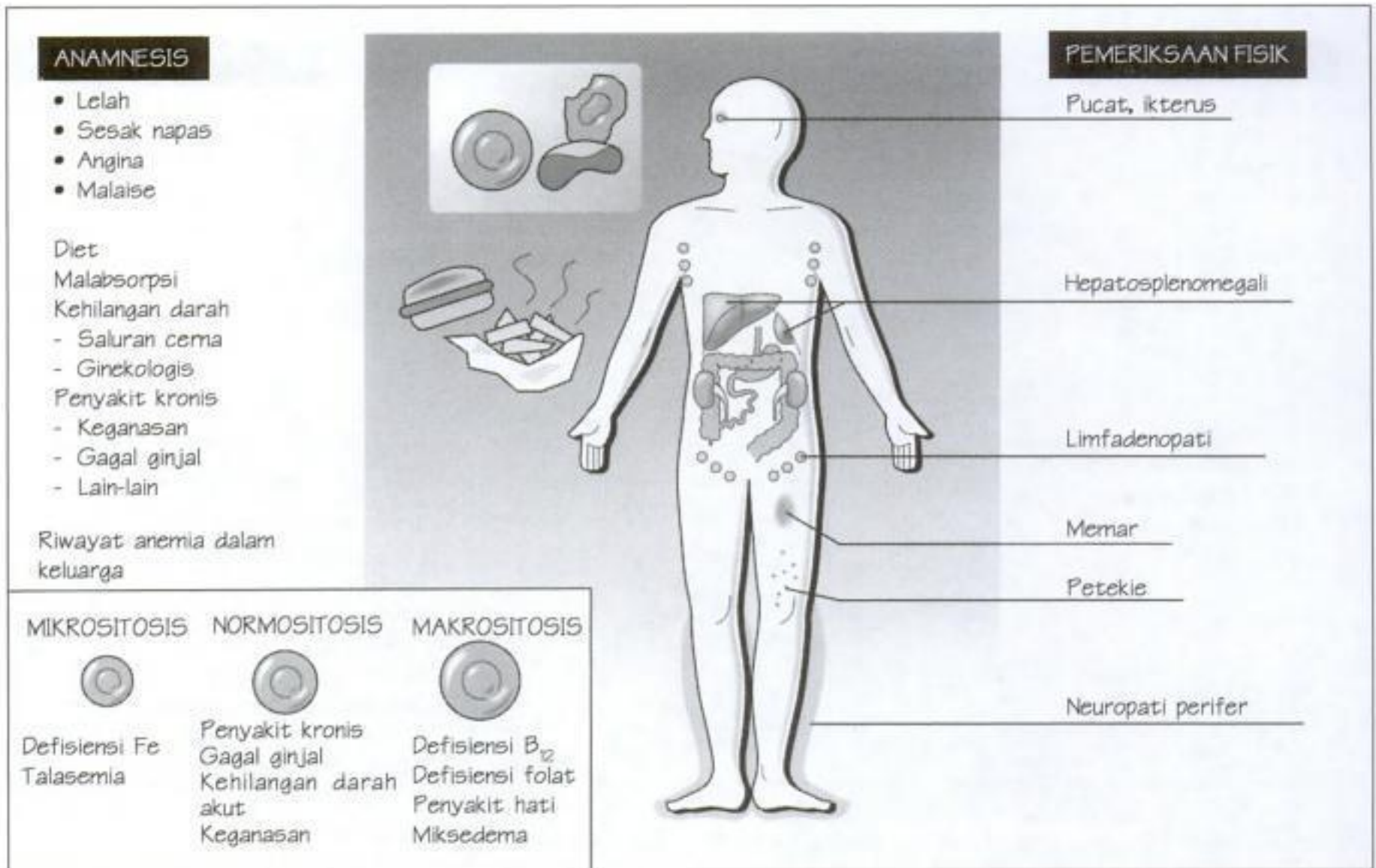


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

41 Anemia





You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

44 Bingung

PEMERIKSAAN FISIK

Sakit ringan/berat
Observasi tanda vital

- Demam
- Denyut nadi
- TD
- Laju pemapasan

SETIAP tanda penyakit fisik, khususnya

- Kardiorespirasi
- Neurologis
- Infeksi

Apakah ini keadaan bingung yang akut? (bukan disfasia/demensia)

KARAKTERISTIK

- Onset akut dan perjalanan penyakit berfluktuasi
- Tidak perhatian
- Disorganisasi pikiran dan pembicaraan
- Perubahan tingkat kesadaran

PERTANYAAN PENTING YANG HARUS DIAJUKAN

- Apakah bingung timbul akut?
- Apa pemicunya?
- Adakah kerusakan kognitif yang mendasari?
- Apakah merupakan manifestasi penyakit serius?

LAKUKAN ANAMNESIS ULANG LAKUKAN PEMERIKSAAN FISIK ULANG BERKALI-KALI

Bingung (atau keadaan bingung akut atau delirium) adalah manifestasi penyakit yang umum dan ditemukan pada lebih dari 10% pasien berusia di atas 65 tahun yang dirujuk ke rumah sakit. Keadaan ini bisa terjadi akibat penyakit ringan, seperti ISK, atau kondisi yang membahayakan jiwa, seperti MI. Keadaan bingung seringkali membatasi kualitas anamnesis yang bisa didapatkan dari pasien sehingga penting untuk mendapatkan anamnesis dari kerabat atau saksi mata lain. Riwayat bingung yang sudah berlangsung sangat lama mungkin mengarah ke demensia, tetapi setiap kemunduran yang terjadi pada pasien memerlukan penjelasan.

Onset akut dan perjalanan penyakit yang fluktuatif adalah khas pada keadaan ini. Perubahan mungkin lebih jelas terutama di malam hari. Biasanya terdapat penurunan kemampuan mempertahankan perhatian pada stimulus eksternal; pasien mudah terganggu dan sulit untuk melibatkannya dalam percakapan. Bisa ada disorganisasi pikiran dan/atau inkoherensi bicara.

Anamnesis

Kapan pertama kali pasien menjadi bingung? Bagaimana manifestasinya?

Adakah pemicu yang jelas (misalnya perubahan jenis obat,

operasi yang baru dilakukan, perawatan di rumah sakit, atau berhenti minum alkohol)?

Adakah gejala lain (misalnya frekuensi buang air kecil, demam, nyeri kepala, batuk, nyeri dada, atau sebab nyeri yang lain)?

Adakah tanda lain (misalnya tidak mampu berjalan atau inkontinensia urin)?

Apa yang diperhatikan oleh kerabat, teman, atau orang lain yang merawat pasien?

Apakah baru-baru ini jatuh, mengalami cedera kepala? (Pertimbangkan hematoma subdural.)

Riwayat penyakit dahulu

Adakah riwayat episode bingung sebelumnya?

Adakah riwayat penyakit fisik atau psikiatrik yang signifikan?

Obat-obatan

Dapatkan riwayat pengobatan yang lengkap.

Adakah perubahan jenis obat yang baru dilakukan?

Alkohol

Apakah pasien mengalami masalah dengan ketergantungan alkohol atau berhenti minum alkohol?



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

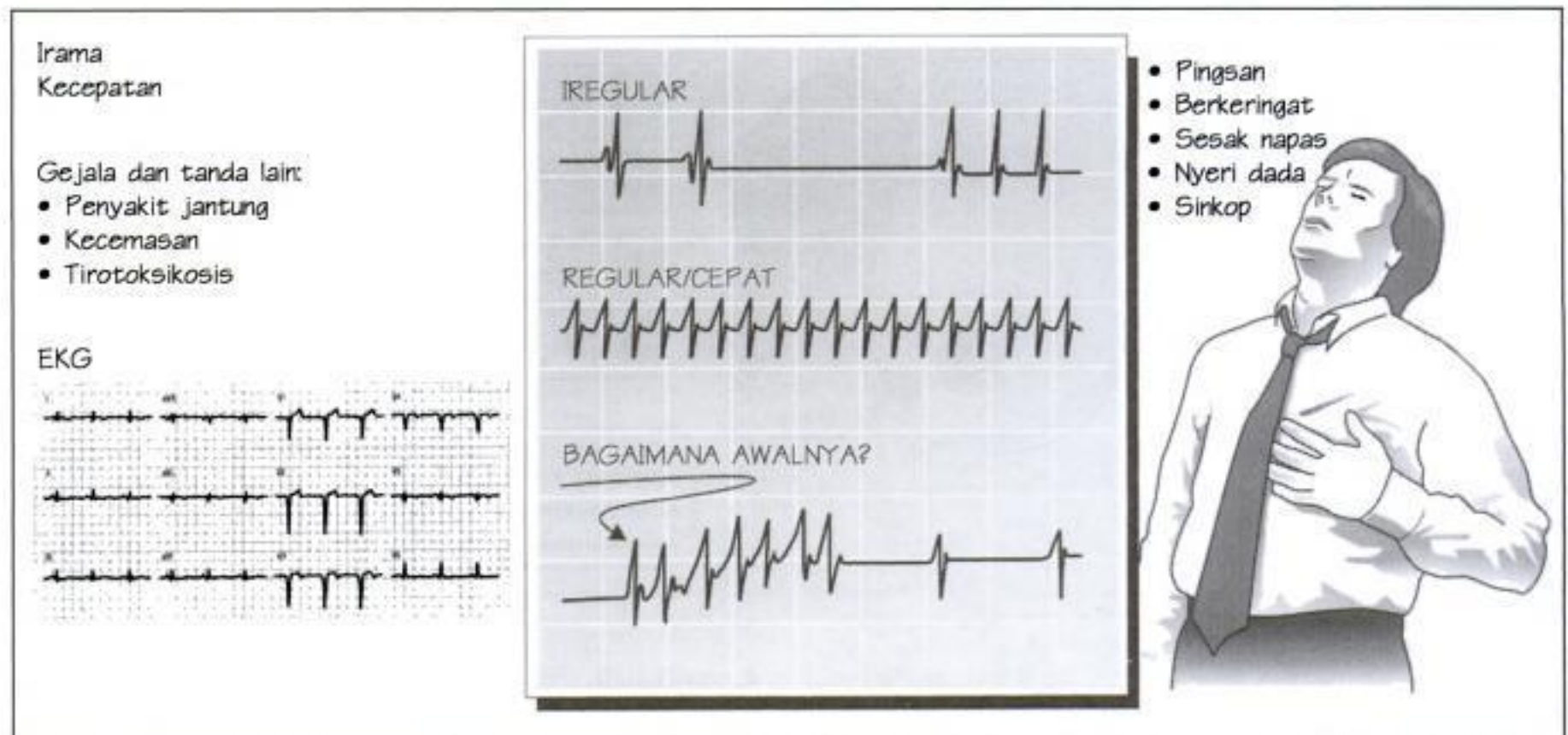


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

47 Palpitasi/aritmia



Palpitasi adalah menyadari adanya denyut jantung. Gejala yang timbul akibat iregularitas denyut jantung bisa bermacam-macam, mulai dari yang ringan dan tak mengakibatkan apa-apa (merasa ada denyut yang terlewat akibat ektopik ventrikel) sampai yang berat dan membahayakan jiwa (tidak ada curah jantung disertai penurunan kesadaran akibat fibrilasi ventrikel). Penting untuk menganalisis gejala dengan teliti dan menilai adanya penyakit jantung atau penyakit sistemik yang mendasari, seperti penyakit jantung koroner, kecemasan, atau tirotoksikosis. Bradiaritmia (denyut jantung lambat) biasanya tidak menyebabkan rasa palpitasi, namun menimbulkan pening, sinkop, gagal jantung, atau kelelahan.

Anamnesis

Jelaskan palpitasi dengan rinci? Apa yang Anda maksud dengan istilah palpitasi?

Apa yang memicunya (misalnya ketakutan, nyeri dada)?

Bagaimana awalnya (onset mendadak lebih sering terjadi pada takiaritmia sedangkan onset beberapa menit bisa terjadi saat menyadari adanya takikardia sinus)?

Berlangsung berapa lama? Apa yang menghilangkannya (misalnya Valsalva, obat, spontan)?

Apa gejala penyerta yang ada: pingsan, berkeringat, sesak napas, nyeri dada, rasa ada yang memukul di dada atau leher, penurunan kesadaran? Adakah poliuria pasca-kejadian (menunjukkan takikardia dapat menyebabkan pelepasan faktor natriuretik atrium)?

Bagaimana kecepatan palpitasi? Apakah regular atau iregular (ketukan tidak teratur)?

Adakah gejala penyakit jantung lainnya (misalnya nyeri dada, sesak saat aktivitas, ortopnea, PND)?

Adakah gejala tirotoksikosis (misalnya tremor, berkeringat,

struma, tanda pada mata)?

Penjelasan dari saksi mata dan EKG selama serangan sangat membantu.

Riwayat penyakit dahulu

Adalah riwayat kolaps sebelumnya, presinkop, palpitasi sebelumnya, pemantauan EKG, hasil rekaman EKG 24 jam, penyakit jantung, atau peristiwa embolik (misalnya stroke)?

Obat-obatan

Pernahkah pasien mengonsumsi obat antiaritmia atau obat lain yang menimbulkan efek antiaritmia? Apakah pasien mengonsumsi obat yang bisa menyebabkan gangguan elektrolit (misalnya diuretik *loop* dan hiperkalemia) atau antikoagulan?

Tanyakan mengenai konsumsi alkohol, kafein, dan rokok.

Riwayat keluarga

Adakah riwayat penyakit jantung dini atau aritmia dalam keluarga?

Pemeriksaan fisik

Apakah pasien sakit ringan atau berat?

Airway, Breathing, Circulation?

Berapa TD pasien? Adakah tanda-tanda syok?

Berikan oksigen dengan masker, pasang monitor EKG, dan jalur intravena jika tampak sakit berat.

Nadi: periksa kecepatan, isi, dan irama.

Lakukan pemeriksaan jantung lengkap.

Adakah tanda-tanda gagal jantung?

Adakah tanda-tanda tirotoksikosis?

Lakukan EKG.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

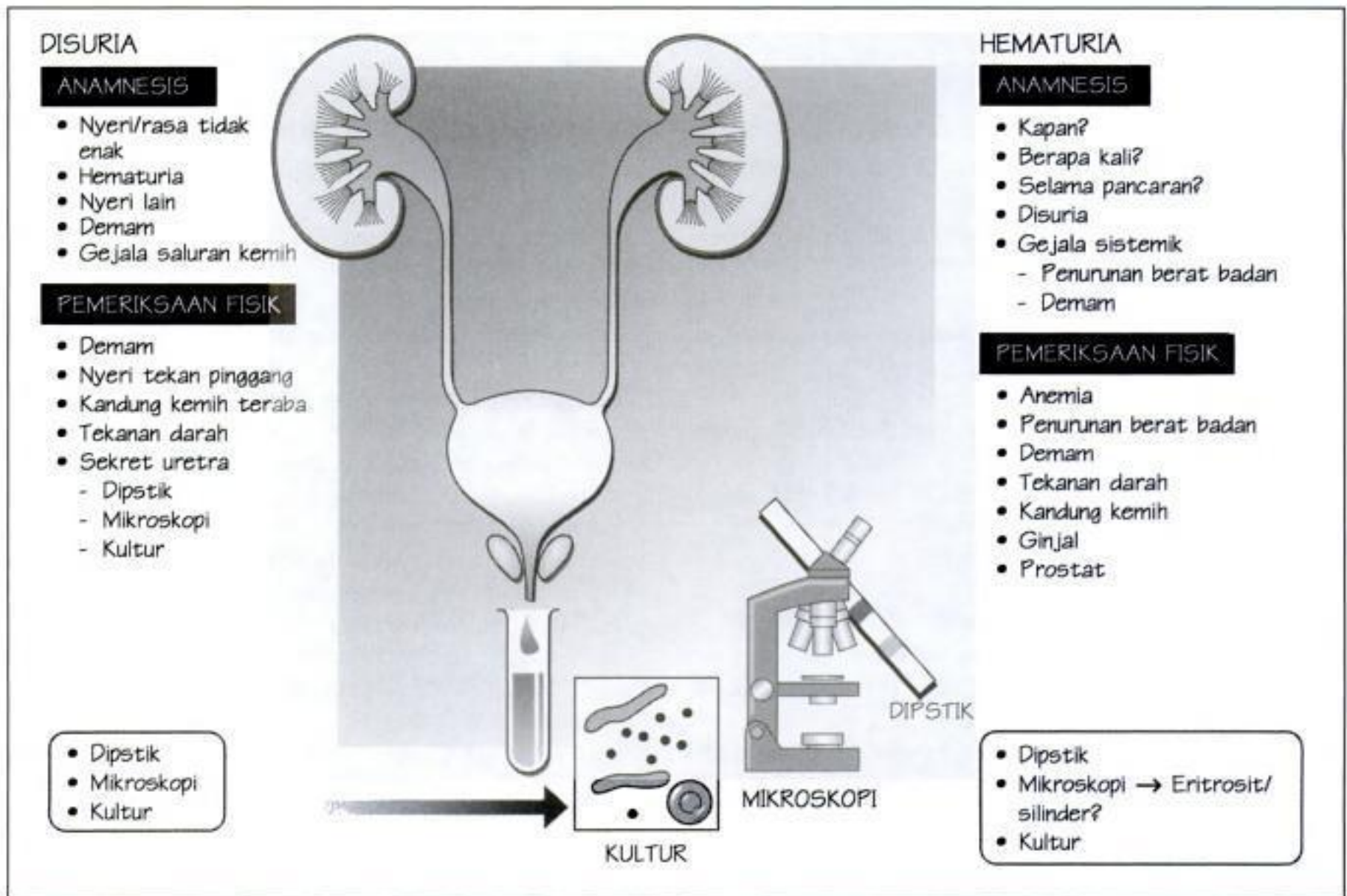


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

52 Disuria dan hematuria





You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

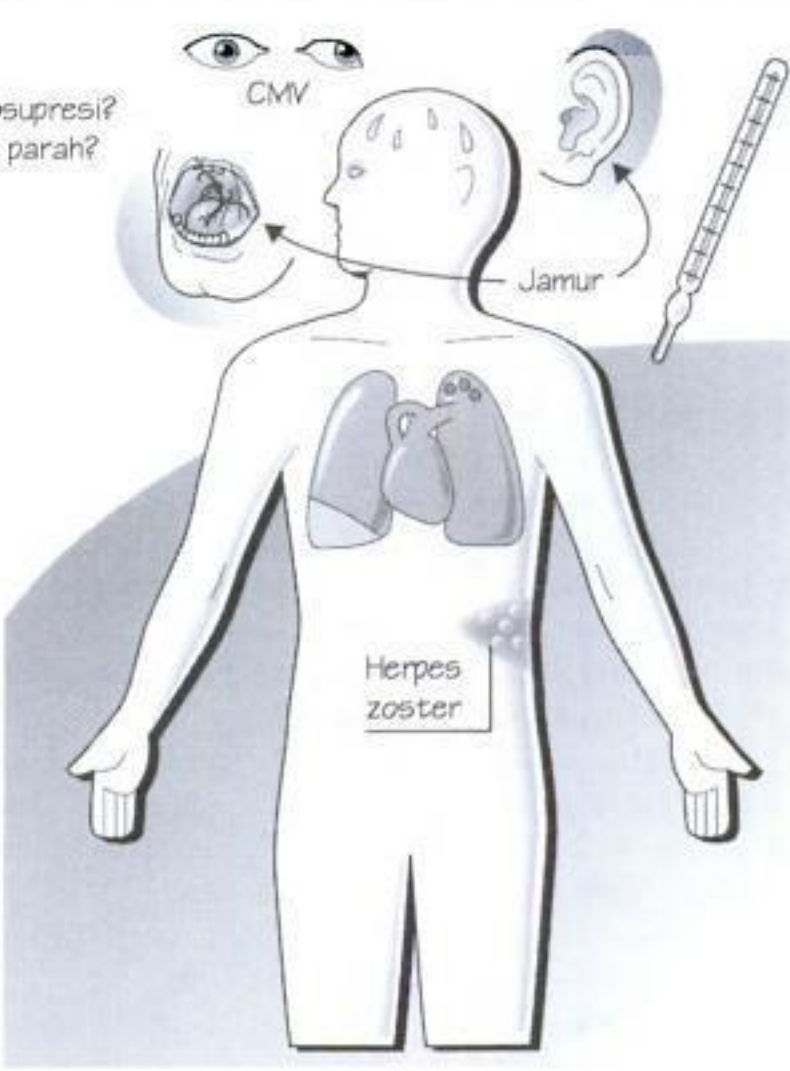


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

54 Pasien dengan immunosupresi



ANAMNESIS

- Apakah mengalami immunosupresi?
- Berapa lama? Seberapa parah?
- Pengobatan profilaktik
- Vaksinasi

WASPADAI

- Infeksi virus
- Infeksi bakteri
- Infeksi protozoa
- Infeksi jamur

PEMERIKSAAN FISIK

- Demam

INGAT BAHWA TANDA-TANDANYA MUNGKIN TERSAMARKAN

- Mata
- Telinga
- Hidung
- Tenggorokan
- Kulit

INGAT YANG TIDAK BIASA

- Infeksi
- Keganasan

Pasien yang mengalami immunosupresi bisa datang dengan gejala yang tersamarkan atau gejala yang tidak biasa. Misalnya, kortikosteroid bisa mengurangi keparahan tanda-tanda perforasi intra-abdomen, dan gejala demam pada pasien dengan neutropenia cenderung menunjukkan adanya infeksi serius dibandingkan dengan pasien yang sehat. Selain itu, pasien yang mengalami immunosupresi mungkin mudah terkena infeksi dan penyakit keganasan yang tidak biasa.

Anamnesis

Tentukan sebab immunosupresi; apakah kongenital (misalnya penyakit granulomatosa kronis, didapat akibat infeksi HIV, kemoterapi, splenektomi, atau gangguan limfoproliferatif)?

Bagaimana tingkat keparahan dan durasi keadaan immunosupresi (misalnya jumlah sel T tak terdeteksi atau kortikosteroid dosis rendah)?

Apa keluhan utama: demam, batuk, atau gejala lain?

Pernahkah ada infeksi atau keganasan lain?

Adakah terapi profilaktik atau vaksinasi (misalnya kotrimoksazol untuk pneumonia *Pneumocystis carinii*)?

Riwayat penyakit dahulu

Adakah riwayat infeksi atau keganasan sebelumnya? Tanyakan riwayat dan penyebab immunosupresi.

Riwayat sosial

Tanyakan perjalanan ke luar negeri, hewan peliharaan, dan kemungkinan kontak dengan penyakit infeksi.

Pemeriksaan fisik

Adakah demam?

Lakukan pemeriksaan fisik lengkap, khususnya:

- Periksa dengan teliti mulut, lidah, tenggorokan, telinga, mata, dan fundus.
- Periksa kulit untuk mencari keganasan (misalnya sarkoma Kaposi, kutil, stigmata infeksi).
- Pertimbangkan tanda-tanda seperti tanda abdomen akut yang bisa 'tersamarkan', atau demam yang mungkin tak tampak jelas.
- Pertimbangkan reaktivasi infeksi seperti TB atau herpes zoster.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

masuk rumah sakit dan tanyakan kapan terakhir kali pasien makan.

Riwayat penyakit dahulu

Adakah riwayat kondisi medis yang signifikan, khususnya gangguan kardiovaskular?

Obat-obatan

Tanyakan konsumsi alkohol dan obat rekreasional yang terakhir kali. Pertimbangkan antikoagulasi, immunosupresi, dan imunisasi tetanus.

Alergi

Apakah pasien memiliki alergi?

Pemeriksaan fisik

Jika anamnesis menunjukkan kemungkinan trauma yang signifikan, maka:

Survey primer (atau ABCD)

Mulailah survey primer segera setelah Anda melihat pasien. Pemeriksaan singkat bisa mengungkapkan banyak hal. Apakah pasien bernapas? Apakah pasien melihat ke arah Anda? Apakah vertebra servikalis sudah diimobilisasi?

Airway (Jalan napas)

Apakah jalan napas sudah bebas? Jika belum, koreksi dengan mengubah posisi (angkat dagu dan dorong rahang), jalan napas melalui mulut, *suction*, dan jika perlu intubasi (dengan imobilisasi untuk melindungi vertebra servikalis).

Tanyakan 'Bagaimana keadaan Anda'? Jika pasien merespons dengan suara jelas, jalan napas sudah bebas—pada saat ini. Suara yang jelas, pernapasan tenang, dan status mental yang normal menyingkirkan kemungkinan adanya obstruksi yang signifikan.

Dengarkan: bunyi mendengkur menunjukkan obstruksi, sedangkan bunyi berkumur menunjukkan sekresi, muntahan, atau darah dalam jalan napas. Terdengarnya suara-suara ini merupakan indikasi untuk membersihkan jalan napas, biasanya diikuti intubasi. Serak atau nyeri saat berbicara bisa menunjukkan cedera laring, yang bisa menyebabkan obstruksi jalan napas. Agitasi bisa terjadi akibat hipoksia. Perubahan tingkat kesadaran bisa terjadi akibat retensi karbon dioksida. Nilailah risiko jangka panjang bagi jalan napas dengan mencari benda asing atau gigi yang lepas, dan periksa refleks muntah jika pasien tidak sadar.

Breathing (Pernapasan)

Apakah pasien bernapas adekuat? Jika tidak, berikan oksigen 100% dan resusitasi dari mulut ke mulut atau ventilasi dengan cara lain.

Jika pernapasan pasien tidak jelas, tempelkan telinga pada mulut pasien. Sambil memperhatikan gerakan dada, dengarkan dan rasakan gerakan udara pada pipi Anda. Nilailah laju pernapasan dan kedalamannya: dengarkan bunyi napas di dada.

Circulation (Sirkulasi)

Apakah sirkulasi adekuat? Bagaimana denyut nadi dan TD? Adakah kehilangan darah yang jelas, perdarahan aktif? Pasang jalur vena, berikan cairan, mulai pijat jantung eksternal jika tidak ada curah jantung. Pantau sirkulasi pasien dengan EKG dan pengukuran denyut nadi dan TD yang sering. Hentikan semua perdarahan eksternal aktif dengan menekan tepat pada luka.

Jika ada syok berikan cairan dan pertimbangkan penyebab yang mendasarinya, seperti hipovolemia, tamponade perikard, atau pneumotoraks tension.

Hipovolemia atau syok bisa menyebabkan gelisah, mengantuk, dan bahkan tidak responsif. Daerah perifer bisa tampak pucat, dingin, dan kebiruan atau berbintik-bintik.

Periksa nadi perifer.

Periksa kecepatan dan irama nadi, TD, bunyi jantung, dan JVP. Imobilisasi kepala dan leher, dan pertahankan vertebra servikalis dalam posisi netral. Selalu anggap ada cedera pada vertebra servikalis sampai terbukti sebaliknya.

Disability (Ketidakmampuan) (tingkat kesadaran) (atau gangguan SSP)

Bagaimana tingkat kesadaran pasien? Gunakan Skor Koma Glasgow untuk mencatatnya. Periksa ukuran, kesimetrisan, dan reaktivitas pupil.

Survey sekunder

Pastikan seluruh pakaian pasien dibuka.

Dapatkan tanda vital lengkap, TD, denyut nadi, laju pernapasan, dan suhu. Lakukan anamnesis lanjutan.

Lakukan inspeksi *kepala* untuk mencari laserasi, hematoma, dan nyeri tekan. Periksa tulang wajah untuk mencari krepitasi atau instabilitas. Periksa mata untuk melihat adanya benda asing dan cedera langsung. Lihat gendang telinga untuk mencari adanya ruptur atau darah.

Periksa *leher* untuk mencari pembengkakan, hematoma, dan ketidaksejajaran prosesus spinosus posterior. Lakukan palpasi laring untuk mencari krepitus, nyeri tekan, dan stabilitasnya.

Periksa ulang *dada* untuk melihat gerakan dinding dada, krepitus (emfisema bedah), nyeri tekan, dan simetri bunyi napas dan perkusi.

Periksa *jantung* untuk menentukan posisi denyut apeks, ketinggian JVP, murmur, dan bunyi jantung teredam.

Periksa *abdomen* untuk melihat distensi, bising usus, dan nyeri tekan.

Lakukan palpasi *pinggang* untuk melihat nyeri tekan dan isi, kemudian tekan *panggul* untuk menemukan nyeri tekan atau krepitus. Periksa integritas simfisis pubis dan lakukan evaluasi skrotum serta perineum untuk mencari hematoma dan pembengkakan. Lakukan pemeriksaan rektal, dan periksa meatus uretra untuk mencari darah.

Lakukan inspeksi dan palpasi *lengan dan tungkai* untuk mencari adanya deformitas, pembengkakan, dan cedera kulit. Periksa semua nadi perifer. Periksa fungsi motorik dan sensasi kulit, jika tingkat kesadaran pasien memungkinkan.

Gulingkan (*log-roll*) pasien sehingga bisa memeriksa *punggung*.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

60 Infark miokard dan angina

ANAMNESIS

- Nyeri dada
 - Seperti diremas
 - Seperti ditindih
 - Seperti diikat
- Hubungan dengan aktivitas
- Pemicu
- Berkurang dengan istirahat /GTN
- Mual, muntah, berkeringat

- Faktor risiko penyakit jantung iskemik
 - Hiperkolesterolemia
 - Merokok
 - Riwayat keluarga
 - Hipertensi

PEMERIKSAAN FISIK

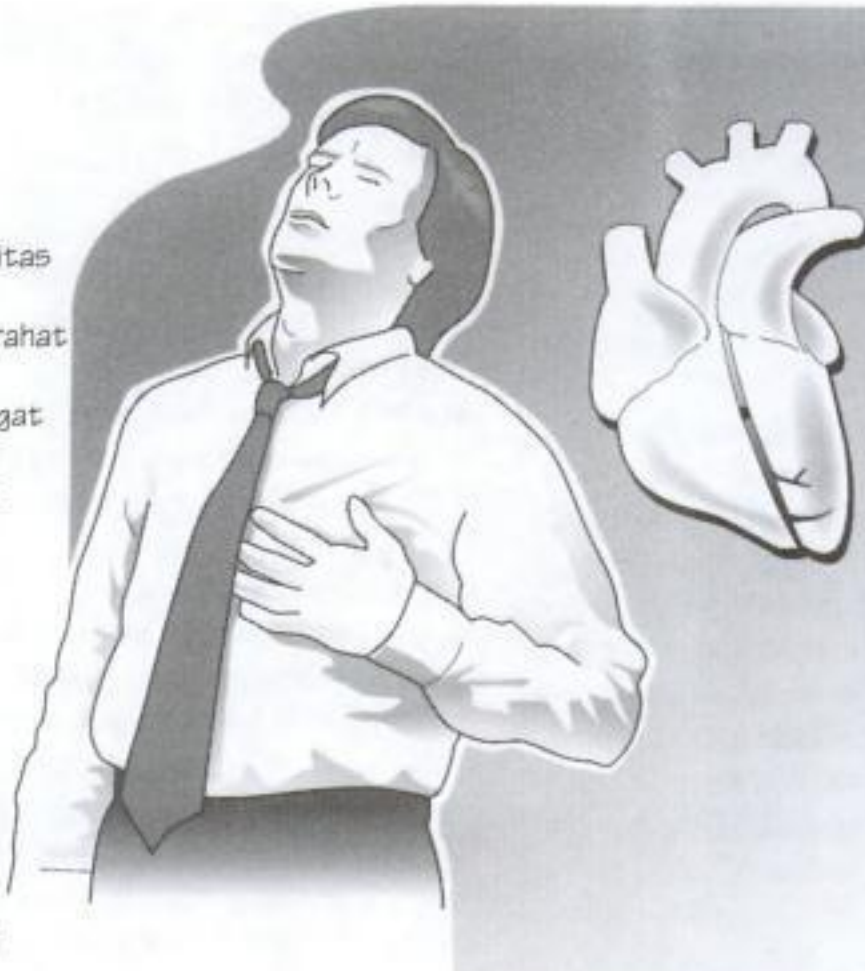
- Tampak sakit ringan/ berat
- Nadi: irama, kecepatan
- Tekanan darah
- Tanda-tanda gagal jantung
- Murmur

KOMPLIKASI


- Kematian
- Gagal jantung
- Defek septum ventrikel
- Aritmia
- Ruptur ventrikel
- Perikarditis

DIAGNOSIS BANDING YANG PENTING DI ANTARANYA:


- Infark miokard
- Angina tak stabil
- Angina
- Emboli paru
- Diseksi aorta
- Perikarditis
- Spasme/refluks esofagus
- Pankreatitis
- Aneurisma aorta
- Kolik bilier

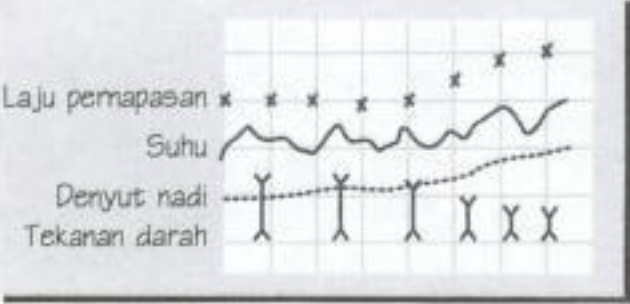


RONTGEN TORAKS



EKG





Infark miokard (*miocard infarction*, MI) dan angina biasanya disebabkan oleh aterosklerosis koroner. Penyakit ini sangat sering ditemukan: insidensi MI 0,5% per tahun sedangkan prevalensi angina lebih dari 15% pada orang dengan usia di atas 65 tahun. Angina disebut stabil jika serangan nyeri dada umumnya terjadi dalam waktu singkat (<15 menit), diprovokasi oleh aktivitas, dan berkurang dengan istirahat dan/atau GTN. Angina tak stabil adalah nyeri dada yang berlangsung lebih lama pada aktivitas minimal atau tanpa aktivitas. Angina tidak mungkin bisa dibedakan dari MI hanya berdasarkan klinis saja. Infark miokard biasanya menyebabkan nyeri hebat atau rasa seperti diikat selama >15 menit dan mungkin disertai mual, berkeringat, dan muntah.

Anamnesis

Angina klasik adalah nyeri dada, rasa seperti diikat, atau rasa tidak enak pada bagian tengah dada:

- Diinduksi oleh aktivitas atau lebih jarang oleh emosi.
- Bisa menjalar ke rahang dan ke lengan.
- Berkurang dengan istirahat dan tablet atau semprotan GTN.
- Terkadang bisa mengalami sesak napas saat beraktivitas. MI menimbulkan nyeri atau rasa seperti terikat yang lebih hebat dan berlangsung lebih lama:
- Bisa menjalar ke lengan atau rahang.
- Seringkali disertai mual, muntah, berkeringat, dan cemas.
- Bisa ditambah komplikasi gagal jantung, syok, dan aritmia.
- Jarang timbul tanpa nyeri dada (khususnya pada manula atau pengidap diabetes), misalnya, aritmia dengan onset baru atau perburukan gagal jantung atau bahkan bingung pasca operasi.

Tanyakan secara terinci mengenai nyeri dada dan gejala lain. Pertimbangkan kemungkinan penyebab nyeri dada yang lain, seperti emboli paru, diseksi aorta, dan refluks esofagus.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

62 Gagal jantung

GAGAL VENTRIKEL KANAN (RVF)	GAGAL VENTRIKEL KIRI (LVF)
GEJALA <ul style="list-style-type: none">• Edema perifer• Asites → distensi abdomen• Efusi pleura → Sesak napas• Nyeri hati	<ul style="list-style-type: none">• Sesak napas• Ortopnea• PND• Toleransi olahraga menurun• Batuk
TANDA <ul style="list-style-type: none">• Peningkatan JVP• Edema• Asites• Hepatomegali• Efusi pleura	<ul style="list-style-type: none">• Takikardia• Irama gallop• Takipnea• Sianosis• Sputum merah muda berbusa• Syok

APAKAH PASIEN PERLU DIRESUSITASI SEGERA? APA SEBAB YANG MENDASARI GAGAL JANTUNG?

Anamnesis

Gejala gagal jantung secara konvensional dibagi menjadi gagal ventrikel kiri (*left ventricular failure*, LVF), gagal ventrikel kanan (*right ventricular failure*, RVF), atau keduanya (gagal jantung kongestif atau biventrikel).

Gagal jantung bukan merupakan diagnosis dan penyebab yang mendasarinya harus selalu dicari. Gagal jantung adalah alasan yang sangat sering, mencakup 5% dari pasien yang dirawat di bangsal rumah sakit.

Gagal ventrikel kiri:

- Sesak napas.
- Ortopnea.
- Dispnea nokturnal paroksismal (Adakah masalah dengan pernapasan di malam hari? Ceritakan lebih lanjut, tanyakan langsung mengenai jumlah bantal yang dipakai.)
- Yang lebih jarang adalah mengi (*wheezing*), batuk, sputum merah muda berbusa, toleransi olahraga berkurang.

Gagal ventrikel kanan:

- Edema perifer khususnya pada pergelangan kaki, tungkai, sakrum.
- Asites.
- Ikterus, nyeri hati, mual, dan nafsu makan berkurang (akibat edema usus), namun jarang terjadi.
- Efusi pleura.

Gagal jantung akut bisa timbul dengan gejala sesak napas mendadak dan hebat, sianosis, dan distress.

Gagal jantung kronis bisa berhubungan dengan berkurangnya toleransi olahraga, edema perifer, letargi, malaise, dan penurunan berat badan ('kaheksia jantung').

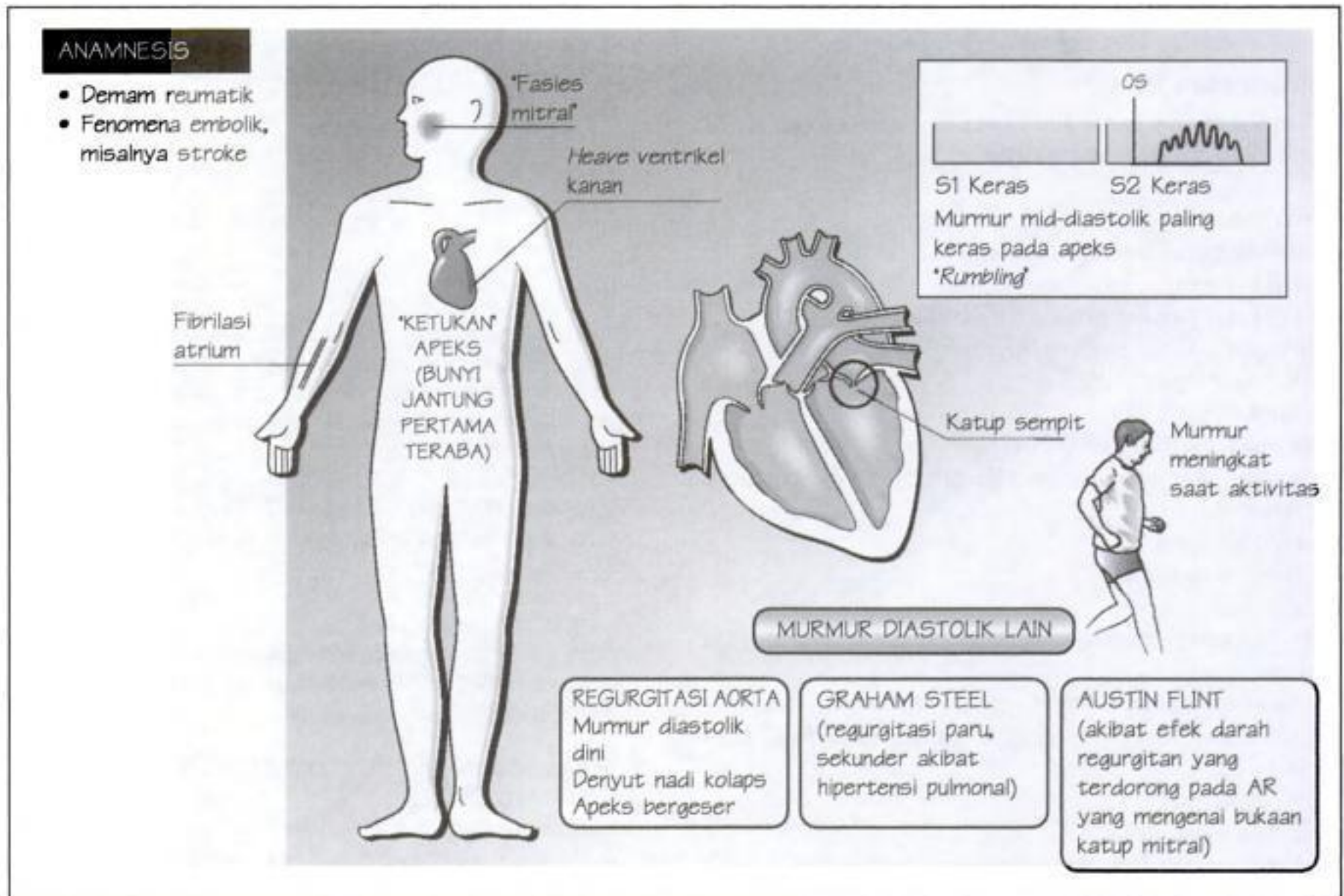
Riwayat penyakit dahulu

- Adakah riwayat nyeri dada? (Adakah riwayat MI baru?)
- Adakah riwayat penyakit jantung sebelumnya, khususnya MI, angina, murmur, aritmia, atau penyakit katup jantung yang diketahui?
- Adakah riwayat faktor risiko aterosklerosis?
- Adakah riwayat penyakit pernapasan atau ginjal?
- Adakah riwayat kardiomiopati?

Obat-obatan

- Apakah baru-baru ini ada perubahan jenis obat yang dimakan pasien: diuretik, OAINS, inhibitor ACE, bloker beta, inotropik negatif, digoksin?
- Apakah pasien mengonsumsi obat yang bisa menyebabkan kardiomiopati (doksorubisin, kokain)?
- Apakah pasien merokok?
- Bagaimana konsumsi alkohol pasien? (Pertimbangkan kemungkinan kardiomiopati alkoholik.)

63 Stenosis mitral



Stenosis mitral adalah penyempitan katup mitral. Kelainan ini khususnya harus dicari pada pasien dengan riwayat demam reumatik, fibrilasi atrium onset baru, dan hipertensi pulmonal tanpa penyebab yang jelas.

Anamnesis

Stenosis mitral bisa timbul dengan sesak napas progresif lambat, toleransi olahraga berkurang, batuk, hemoptisis, bronkitis rekuren, bengkak pada pergelangan kaki, dan palpitasi.

Mungkin terdapat episode embolik (misalnya stroke/TIA).

Kadang-kadang ada gejala endokarditis.

Riwayat penyakit dahulu

Adakah riwayat demam reumatik?

Tanyakan pemeriksaan medis sebelumnya: pernahkah ditemukan murmur?

Pemeriksaan fisik

Cari adanya fasies mitral.

Periksa fibrilasi atrium.

Apakah terdapat ketukan (*tapping*) apeks (bunyi jantung pertama teraba)?

Apakah bunyi jantung pertama keras?

Apakah bunyi jantung kedua keras?

Adakah *opening snap*?

Auskultasi untuk mencari murmur mid-diastolik, *rumble* bernada rendah (paling jelas terdengar di apeks dan dalam posisi lateral kiri).

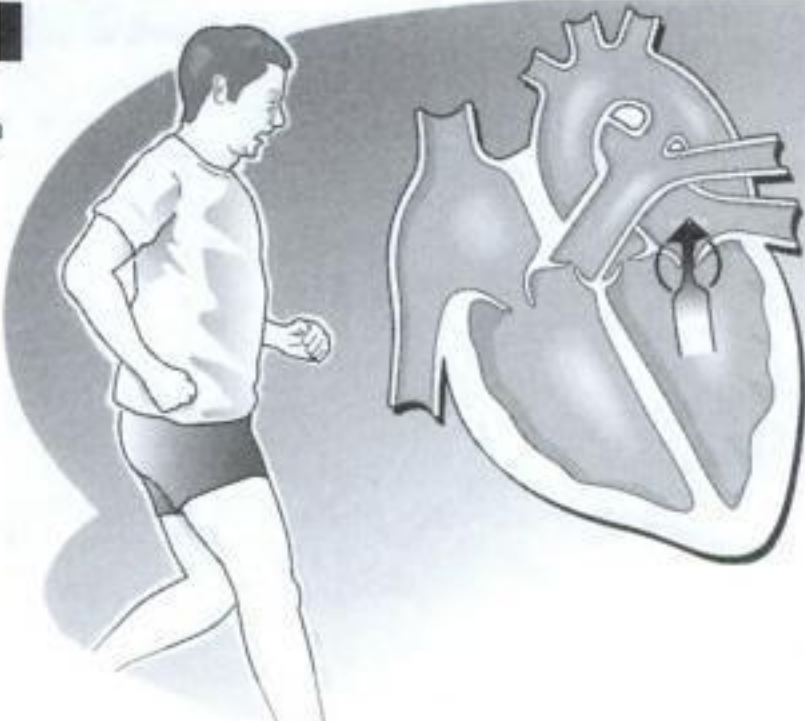
Apakah murmur lebih mudah terdengar saat aktivitas?

Pasien mungkin mengalami *heave* parasternal akibat hipertensi pulmonal dan hipertrofi ventrikel kanan.

64 Regurgitasi mitral

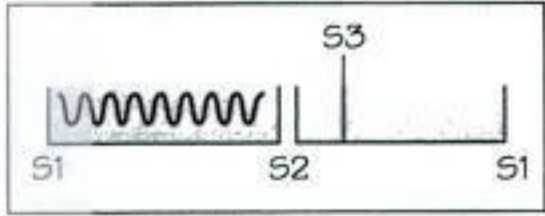
ANAMNESIS

- Sesak napas
- Toleransi olahraga berkurang
- Ortopnea
- PND
- Angina



PEMERIKSAAN FISIK

- Nadi
 - Isi cukup
 - ? Fibrilasi atrium
- Murmur pansistolik Apeks → Aksila
- Denyut apeks bergeser
- Tanda-tanda LVF
 - Irama gallop
 - Ronki pulmonal
 - Takikardia



Regurgitasi mitral adalah regurgitasi darah abnormal melalui katup mitral yang inkompeten. Biasanya ditemukan secara tak sengaja saat melakukan pemeriksaan fisik pada pasien dengan perburukan gagal jantung. Bisa terjadi akibat dilatasi ventrikel kiri progresif, demam reumatik, akibat prolaps katup mitral, atau timbul akut setelah ruptur korda akibat iskemia.

Anamnesis

Regurgitasi mitral bisa disertai dengan sesak napas yang semakin berat, toleransi olahraga berkurang, ortopnea, PND, atau angina.

Adakah gejala endokarditis infeksi?

Riwayat penyakit dahulu

Adakah riwayat IHD?

Adakah riwayat demam reumatik?

Adakah riwayat prolaps katup mitral yang diketahui?

Pemeriksaan fisik

Adakah tanda-tanda endokarditis infeksi?

Isi nadi biasanya cukup; bisa disertai fibrilasi atrium.

Adakah tanda-tanda gagal jantung kiri (irama gallop, ronki pulmonal, takikardia)?

Apakah denyut apeks bergeser?

Murmur pansistolik biasanya paling keras di apeks dengan penjaran ke aksila.

Prolaps katup mitral

Pasien mungkin mengalami klik mid-sistolik dan/atau murmur sistolik (50% pasien mengalami klik, 40% murmur sistolik lambat, 15% murmur pansistolik, 20% tanpa klik ataupun murmur, 7% mengalami inkompetensi berat).

Sangat sering ditemukan (sampai 5% populasi).

Murmur meningkat saat aktivitas atau melakukan manuver Valsalva.

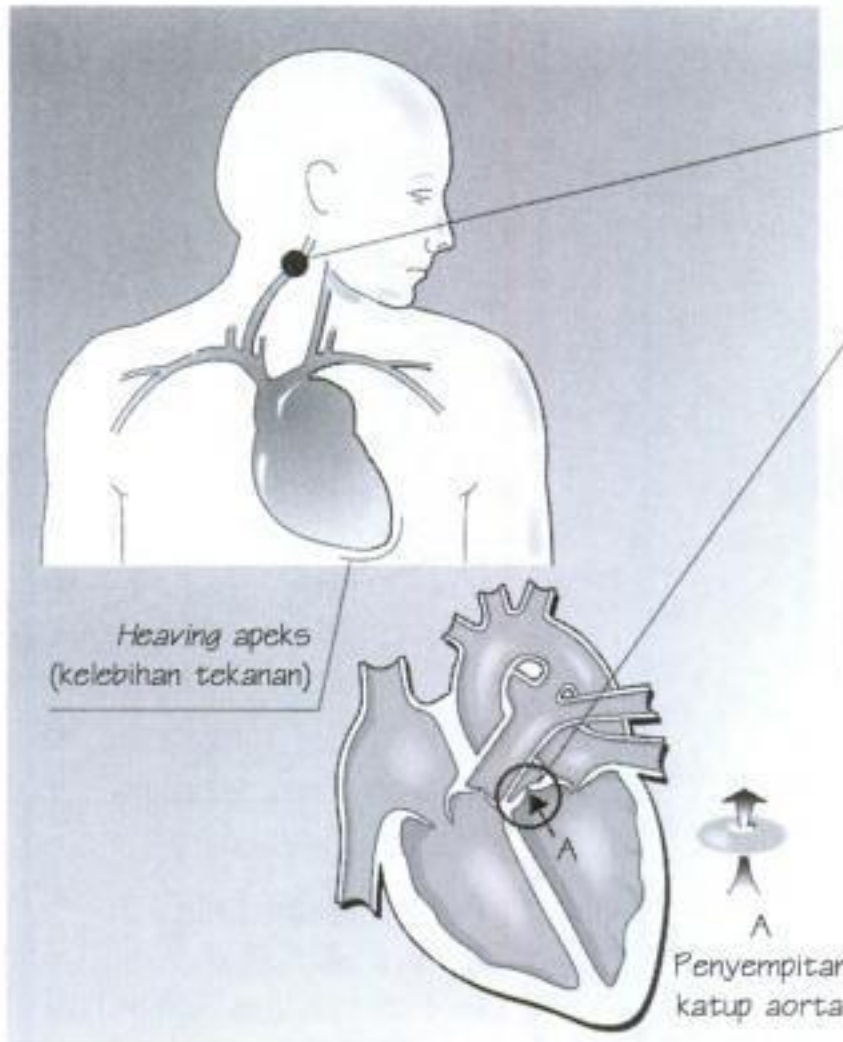
65 Stenosis aorta

ANAMNESIS

- Nyeri dada
- Sinkop (khususnya saat aktivitas)
- Kelelahan
- Murmur

PENYEBAB

- Penyakit katup reumatik
- Katup aorta bikuspidalis
- Degeneratif
- Kongenital



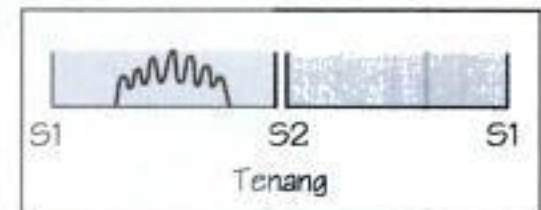
PEMERIKSAAN FISIK

NADI KAROTIS

- Isi kurang
- Naiknya lambat
- Sifat plateau

STENOSIS AORTA

- Murmur
- Penjalaran ke karotis
- Thrill





You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Regurgitasi aorta (AR) adalah gangguan katup aorta di mana katup yang inkompeten menyebabkan regurgitasi darah kembali ke ventrikel kiri. Ini bisa disebabkan oleh inkompetensi daun katup itu sendiri atau dilatasi radiks aorta. Kelainan ini harus dicari secara spesifik pada pasien dengan TD diastolik rendah, tekanan nadi lebar, atau yang memiliki gejala endokarditis (misalnya demam, fenomena emboli).

Anamnesis

Regurgitasi aorta bisa menimbulkan gejala sesak napas, toleransi olahraga berkurang, palpitasi, atau tanda lain gagal jantung. Dapat terjadi perburukan gejala yang sangat bertahap. Regurgitasi aorta akut, misalnya yang disebabkan oleh endokarditis infeksi, bisa timbul dengan sesak napas onset akut dan syok.

Adakah riwayat endokarditis infeksi atau diseksi aorta?

Riwayat penyakit dahulu

Adakah riwayat:

- demam reumatik;
- artritis reumatoid;
- spondilitis ankilosa;
- sifilis;
- osteogenesis imperfekta;
- sindrom Behçet;
- adakah murmur jantung yang diketahui (mungkin katup bikuspidalis kongenital)?

Pemeriksaan fisik

Adakah tanda-tanda endokarditis atau diseksi aorta? Adakah tanda-tanda sifilis tersier, spondilitis ankilosa, artritis reumatoid, atau sindrom Marfan?

Adakah demam?

Apakah nadi kolaps dengan isi besar?

Apakah tekanan nadi lebar (>50 mmHg) dan TD diastolik rendah?

Apeks *heaving*: apakah hiperdinamik dan bergeser?

Adakah murmur diastolik dini? (Ini paling jelas terdengar pada tepi sternal kiri saat pasien membungkuk ke depan dan napas ditahan pada akhir ekspirasi.) (Pasien bisa juga memiliki murmur ejeksi sistolik [tanpa disertai stenosis aorta] akibat tingginya aliran darah melalui katup.)

Tanda eponim lain (terutama hanya bermanfaat untuk dicantumkan setelah diagnosis ditegakkan):

- Nadi Corrigan (nadi '*water hammer*') dan tanda Corrigan (denyut arteri yang jelas dan hebat pada leher).
- Tanda Quincke (pulsasi yang tampak pada bagian bawah kuku).
- Tanda De Musset (kepala bergerak seiring dengan denyut jantung).
- Tanda Duroziez (penekanan di sepanjang arteri femoralis dengan diafragma stetoskop menyebabkan murmur diastolik).
- Tanda Hill (TD lebih tinggi (>20 mmHg) pada ekstremitas bawah dibandingkan dengan ekstremitas atas dalam posisi horisontal).
- Murmur Austin-Flint (murmur diastolik akibat efek darah regurgitan yang mendorong saat pembukaan katup mitral).

BUKTI

- Jika tidak terdengar murmur AR (oleh ahli jantung), LR untuk AR sedang sampai berat adalah 0,1.
- Jika terdengar murmur tipikal AR, LR untuk AR sedang atau lebih besar adalah 4,0-8,3.

Choudhry NK, Etchells EE. *The rational clinical examination. Does this patient have aortic regurgitation?* JAMA 1999; 281: 2231-8.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

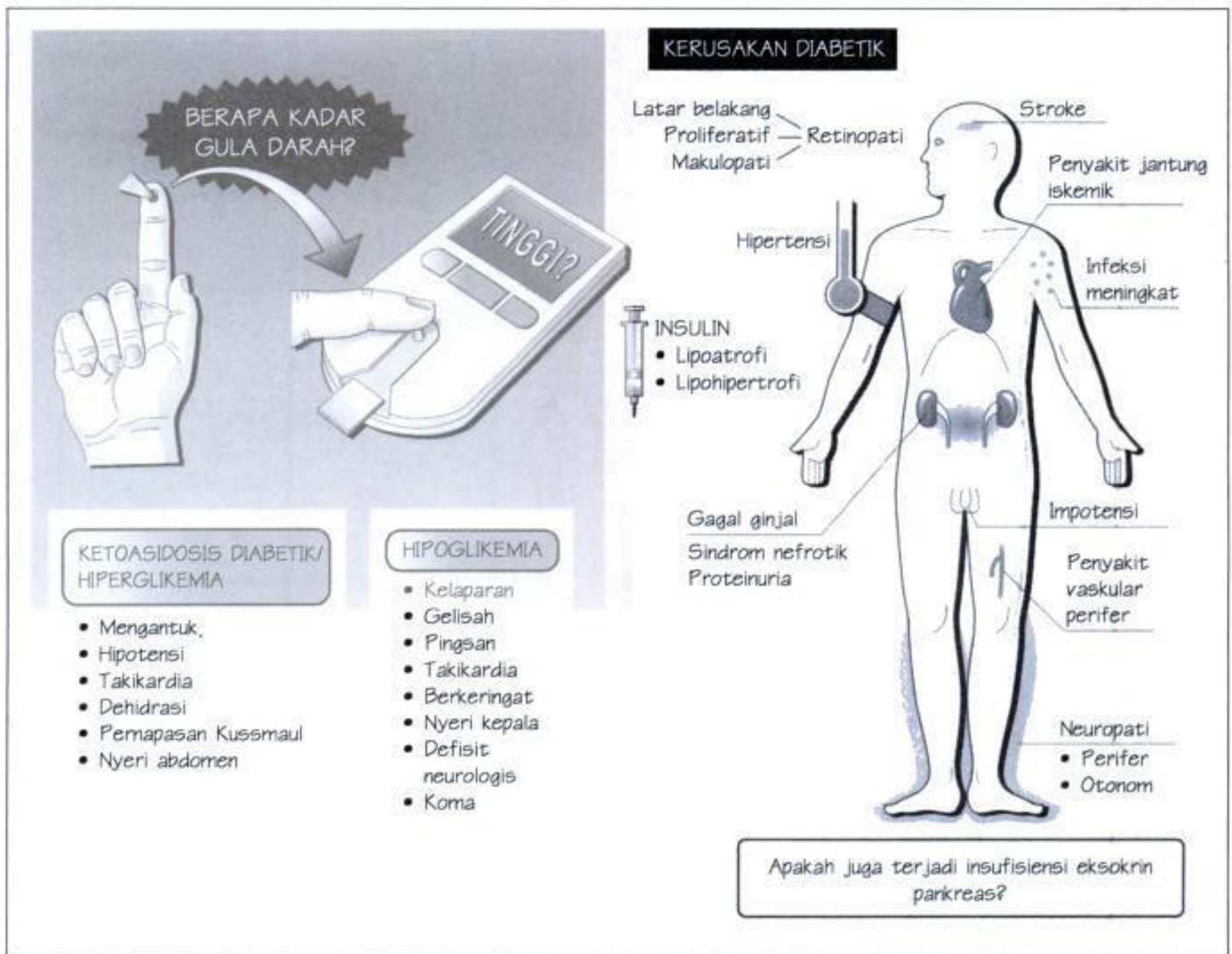


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

76 Diabetes melitus



Diabetes melitus ditandai oleh kenaikan kadar gula darah dan disebabkan oleh berkurangnya sekresi atau efektivitas kerja insulin. Keadaan ini sering ditemukan dan prevalensi diabetes melitus tergantung insulin (*insulin dependent diabetes melitus*, IDDM) adalah sebesar 0,5%, sedangkan prevalensi diabetes yang tidak tergantung insulin (*non-insulin dependent diabetes melitus*, NIDDM) mendekati 2%.

Anamnesis

Diabetes melitus bisa timbul akut berupa ketoasidosis diabetik, koma hiperglikemik, disertai efek osmotik diuretik dari hiperglikemia (poliuria, polidipsia, nokturia), efek samping diabetes pada organ akhir (IHD, retinopati, penyakit vaskular perifer, neuropati perifer), atau komplikasi akibat meningkatnya kerentanan terhadap infeksi (misalnya ISK, ruam kandida). Keadaan ini juga bisa ditemukan secara tidak sengaja saat melakukan pemeriksaan darah atau urin.

Ketoasidosis diabetik

Keadaan ini bisa terjadi sebagai manifestasi pertama diabe-

tes melitus atau bisa juga terjadi pada pasien yang sudah diketahui mengidap diabetes melitus. Onset gejala bisa bertahap mulai dari haus dan poliuria. Gejala lain di antaranya adalah sesak napas, nyeri abdomen, mengantuk, bingung, atau bahkan koma. Pada pemeriksaan fisik bisa ditemukan tanda-tanda asidosis (pernapasan cepat, Kussmaul [dalam dan panjang]), atau dehidrasi (disertai hipotensi, takikardia, dan penurunan TD postural), atau kerusakan diabetik yang sudah lama ada (misalnya retinopati, neuropati). Mungkin terdapat gejala atau tanda penyakit yang memicu, seperti infeksi bakteri disertai demam, menggigil, dan sebagainya. Manifestasi serupa bisa timbul pada hiperglikemia non-ketotik tetapi tanpa tanda-tanda asidosis. Asidosis bisa terjadi pada pasien diabetes akibat asidosis laktat; tetapi jarang berhubungan dengan penggunaan metformin.

Hipoglikemia

Hipoglikemia umumnya terjadi pada pengidap diabetes akibat pemberian insulin atau obat-obat yang bersifat hipo-

77 Hipotiroidisme dan hipertiroidisme

HIPOTIROIDISME

ANAMNESIS

- Lebih suka udara panas
- Depresi
- Lambat
- Demensia
- Koma
- Angina
- Menoragia
- Konstipasi

PEMERIKSAAN FISIK

- Rambut rontok
- Edema periorbita
- Suara parau
- Struma
- Bradikardia
- Efusi pleura/perikard

LAMBAT

- Denyut nadi
- Gerakan
- Bicara
- Refleks relaksasi

HIPERTIROIDISME

ANAMNESIS

- Penurunan berat badan
- Demam
- Cemas
- Palpitasi
- Diare

PEMERIKSAAN FISIK

- Struma (+ Bruit)
- Berkeringat
- Kelemahan proksimal
- Tremor

CEPAT

- Denyut nadi
- Gerakan
- Tremor

- Proptosis

Lidlag/retraksi

Hipotiroidisme

Hipotiroidisme, yaitu defisiensi hormon tiroid, sering ditemukan (1% dari pasien yang dirawat di rumah sakit) dan bisa timbul dengan berbagai gejala yang tersembunyi dan non-spesifik. Gejala-gejala antara lain rasa letih, kelambatan mental dan fisik, intoleransi dingin, berat badan bertambah, konstipasi, *carpal tunnel syndrome*, menoragia, demensia, hipotermia. Walaupun sangat jarang, hipotiroidisme berat bisa timbul dengan manifestasi koma. Akan tetapi, tanda

klasik yang dijelaskan di bawah mungkin tidak ditemukan, khususnya pada manula.

Riwayat penyakit dahulu

Apakah pasien diketahui mengidap hipotiroidisme? Jika ya, tanyakan mengenai terapi sulih tiroksin, dosis dan durasinya?

Adakah riwayat IHD?

Adakah riwayat hiperkolesterolemia?



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Indeks

A

abdomen akut 158
Addisonian 104
agitasi psikomotor 89
airway (jalan napas) 74, 75, [107](#)
akromegali 144
aktivitas seksual [32](#)
alergi 14, [15](#), 43
alkohol [15](#), 108, 109
alveolitis fibrosa 168, 169
anafilaktik 104
anemia 71, [84](#), 85
aneurisma aorta 59, 130
aneurisma aorta abdominalis 77
angina 57, [112](#)
angina klasik [112](#)
anoreksia nervosa 69
apendisitis 59, 163
arteritis temporalis 197
arthritis reumatoid 190
arthritis septik 194
asma 164
atrofi 43
atrofi optik 45
auskultasi 21
Austin Flint [118](#)

B

bahasa [11](#)
Barthel's Index of Daily Living 177
batuk 87, 96
Becker 185
benjolan 90
benjolan payudara 91
bingung [88](#)
breathing (pernapasan) 74, 75, [107](#)
bronkiektasis 168, 169
bruit abdominalis 79
buang air besar 62–63
bunuh diri 100, 101

C

cahaya stroboskopik 111
cara berjalan 41
carpal tunnel syndrome [140](#), 183
circulation (sirkulasi) 74, 75, [107](#)
cluster 61
colour variegation 90
Confusion Assessment Method 89
cotton wool spots 78

D

defek atrioseptum 127
defek lapang pandang [44](#)
defek ventrikuloseptum (VSD) 126, 127
demam pascaoperasi 82
denyut apeks 24

depresi 69, 71
diabetes melitus [138](#)
diagnosis kematian 103
diagnosis mati batang otak 103
diare 62–63
disability [107](#)
diseksi aorta 57, 128, 129
disfagia 66, 67
disorganisasi pikiran 89
disorientasi 89
dispareunia 17
dispepsia 57, 67
dispnea nokturnal paroksismal 17
distal 185
distrofi miotonik 184
distrofi otot 184
disuria 17, [98](#), 99
divertikulitis 59
dominan autosomal 185
Duchenne 185
dugaan meningitis 83
duktus arteriosus paten 126, 127

E

edema 23
edema papil 45
edema paru 26, 96
efusi pleura 96, 167
ekskoriasi 43
ekstremitas 181
ekstremitas atas 37
ekstremitas bawah 37
emboli paru 57, 96, 134, 135
Emery-Dreifuss 185
endokarditis infeksi 132
ensefalopati Wernicke 187
episkleritis 94
erosi 43

F

fasioskapulohumeral 185
feokromositoma 79
fibrosis kistik 168, 169
fisura 43
foot drop 77
fungsi serebelar 181

G

gagal ginjal 71, 146
gagal jantung 71, [116](#)
gagal ventrikel kanan (RVF) [116](#)
gagal ventrikel kiri (LVF) [116](#)
gangguan ingatan 89
gangguan metabolik 64
gangguan pencernaan 66
gangguan perseptual 89
gangguan serebelar 187

gastroenteritis 64
gastroenteritis infeksi 59
gastrointestinal 65
gelang ekstremitas 185
ginekologis [32](#)
glaukoma akut 94
gout 93, 194
Graham Steel [118](#)
granulomatosis Wegener 197
graviditas 35

H

hematemesis 17, [28](#)
hematuria 17, [98](#), 99, 197
hemoptisis 26, 17, 96
hepatosplenomegali 157
herniasi diskus 77
hidung 46
hipertensi 78, 79
hipertiroidisme [140](#)
hipoglikemia [138](#)
hipopituitarisme 143
hipotiroidisme 71, [140](#)
hipovolemia 114
hipovolemik 104
hukum Courvoisier 81

I

ikterus 81
ileus 64
imunosupresi [102](#)
indurasi 43
infark miokard 57, [112](#)
infeksi 77
infeksi kronis 71
inspeksi 21, 22
intoksikasi 64
iritis 94
iskemia akut [137](#)
iskemia jantung 23

J

jalan napas 19

K

kaheksia jantung 69
kanker 77
kardiogenik 104
karsinoma paru 170
kartu Jaeger 45
kartu Snellen 45
kateter Swan-Ganz 115
katup aorta 136
katup jantung buatan 136
katup mitral 136
keganasan 69, 71
keganasan usus 64

kehamilan 35
kekurangan makanan 69
kelelahan 70
keratitis 94
ketoasidosis diabetik [138](#)
kista 43
koarktasio aorta 126, 127
kolaps 110
kolesistitis 59
kolik bilier 59
kolik ginjal 59
kolitis ulseratif 156
konjungtivitis 94
krepitus 193
kriteria Duke 133
krusta 43, 90
kuesioner CAGE 109
kulit 42

L

laserasi [107](#)
likifikasi 43
limfadenopati 86
lupus eritematosus sistemik 196, 197

M

makrositosis [84](#)
makula 43
malabsorpsi 64, 69
mata kering 94
mata merah 94
mati batang otak 103
mengi 96
meningismus 61
meningitis 61
menstruasi [32](#)
merokok [15](#)
mesotelioma 167
metastasis paru 167
miastenia gravis 186
migren 61
mikrositosis [84](#)
mikrostomia 199
modified early warning score (MEWS) 19
mulut dan tenggorokan 46
muntah 62
murmur 24
murmur Austin-Flint [123](#)
muskuloskeletal 40, 57

N

nadi 22
nadi Corrigan [123](#)
nervus optikus 181
neuropati perifer 182
New York Heart Association 117
nodus Bouchard 193
nodus Heberden 193
nodus Virchow 29, 62
normositosis [84](#)
nyeri abdomen 58
nyeri dada 23, 26, [56](#), 96
nyeri kepala [60](#)

nyeri kepala tegang 61
nyeri pleuritik 23, 166
nyeri punggung [76](#)

O

observasi tanda vital 18
obstetrik 35
obstruksi usus 64
oftalmoskop [44](#), 45
okulofaringeal 185
ortopnea 17
osteoarthritis 192, 193

P

palpitasi 21, 23, [92](#)
pankreatitis 59, 64, 160
papula 43
paritas 35
Parkinson 178
parut 43
pasien tak sadar 72
payudara 34
pembengkakan tungkai [80](#)
pembesaran KGB 86
pemeriksaan payudara 33
pemeriksaan rektal 33
pemeriksaan spekulum Cuscoe 33
Pemeriksaan Status Mental 49
pemeriksaan vagina 33
pendamping [11](#)
penglihatan [44](#)
peningkatan tekanan intrakranial 64
penurunan berat badan 68
penyakit Addison 71, 142
penyakit Crohn 156
penyakit jantung kongenital 126
penyakit Paget 194
penyakit radang usus 64
penyalahgunaan zat 49
penyelidikan fungsional 17
perikarditis 23, 57
periksa abdomen 33
perkusi 21
pernapasan 19
perubahan siklus bangun-tidur 89
perubahan tingkat kesadaran 89
pioderma gangrenosum 156
plak 43
pleuritis 57
pneumonia 26, 96, 166
pneumotoraks 96, 174
pneumotoraks tension 174
poliarteritis mikroskopik 197
poliarteritis nodosa 197
PPOK 173
privasi [11](#)
prosesus spinosus posterior [107](#)
psikiatrik [48](#)
ptosis 186
purpura Henoch-Schönlein 197
pusing 95
pustula 43

R

radang usus 156
refleks okulosefalika ('mata boneka')
103
refluks esofagus 59
regurgitasi aorta 22, 122
regurgitasi mitral [119](#)
regurgitasi trikuspid 124
retardasi psikomotor 89
retinitis pigmentosa 45
retinopati diabetikum 45
retinopati hipertensif 45
riwayat berpergian 16
riwayat keluarga 16
riwayat pengobatan [15](#)
Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) 14, [15](#)
riwayat sosial 16
ronki 96
ruptur [107](#)

S

sakroilitis 156
saluran kemih [32](#)
saraf kranial 39
seminoma 153
sendi 93
sendi sakroiliaka 41, [76](#), 77
septikemia 64, 104
sesak napas 23, 96
sindrom Churg-Strauss 197
sindrom Cushing 79, 142
sindrom kauda ekuina 77
sindrom kelelahan kronis 71
sindrom Marfan 128, 174
sindrom nefrotik 149
sindrom Shy-Drager 178
sinkop 23
sirkulasi 19
sistem saraf [36](#), 37
skala MRC 37
skleritis 94
skleroderma 199
sklerosis multipel 180
Skor Koma Glasgow 18, 72
skuama 43
spekulum Sim 33
spenomegali 157
spondilitis ankilosa 195
status cairan 115
status kognitif pasien 50
steatorea 161
stenosis aorta 22, [120](#)
stenosis kanalis lumbalis 77
stenosis mitral [118](#)
stenosis pulmonal 125
stroke 176
subaraknoid 61
survey primer [107](#)
survey sekunder [107](#)
syok 104, 105

T

tanda De Musset [123](#)

tanda Duroziez [123](#)
tanda Hill [123](#)
tanda Quincke [123](#)
tanda Troissier 29
tekanan darah 22
tekanan vena jugularis 24, 25
telinga 46
teratoma 153
tes fungsi mental luhur (*Mini Mental Test Examination*) 39
tes keseimbangan 39
tes Lachmann 41
tes McMurray 41
tes regangan saraf 41, 77
tes Rinne 39
tes Schirmer 94

tes tarikan anterior 41
tes tarikan posterior 41
tes Weber 39
thrill 21
tidak ada perhatian 89
tingkat kesadaran 19
tiroid 46
tirotoksikosis 69
trauma 106
trombosis vena dalam 134, 135
tuberkulosis 175
tumor Pancoast 171
tungkai 51

U

ulkus 43

ulkus peptikum 59
unit perawatan intensif 74
urin 47

V

vaskular perifer [137](#)
vaskulitis 196, 197
vertebra lumbalis 41, [76](#), 77
vertebra servikalis 41, [76](#), 77
vertebra torakalis 41, [76](#), 77
vesikula 43

W

warna 19
wheezing 96



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

At a Glance

ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN FISIK

At a Glance ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN FISIK menyajikan pengantar yang padat dan mudah dimengerti, serta petunjuk pengingat dalam melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Buku ini disusun agar bisa mencakup pengetahuan dasar yang diperlukan oleh mahasiswa kedokteran dalam praktik kedokteran dan dalam ujian. Buku ini mengikuti format seri *At a Glance* yang mudah dipahami, di mana diagram pengingat yang mendukung fakta-fakta kunci serta informasi penting diuraikan dalam dua halaman.

Agar mudah dipahami, buku ini dibagi menjadi empat bagian. Bagian pertama mengenalkan mahasiswa pada keterampilan melakukan anamnesis, termasuk hubungan dengan pasien, cara menanyakan riwayat keluarga, penyelidikan fungsional, dan sebagainya. Bagian kedua meliputi anamnesis dan pemeriksaan fisik dari sistem-sistem tubuh. Bagian ketiga mencakup anamnesis dan pemeriksaan fisik dari manifestasi klinis yang sering dijumpai seperti nyeri dada, nyeri kepala, pasien tak sadar, dan upaya bunuh diri, sedangkan Bagian keempat memfokuskan pada kondisi-kondisi yang sering dijumpai, termasuk topik-topik seperti aneurisma aorta, asma, stroke, dan masih banyak lagi. Cakupan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang luas dan dari berbagai sudut yang berbeda akan mempermudah dalam mempelajarinya. Selain itu, pada banyak topik terdapat pengantar yang berisi bukti-bukti yang mendasari subjek tersebut.

At a Glance ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN FISIK akan menjadi sumber yang sangat penting bagi seluruh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa bidang kesehatan lainnya. Buku ini cocok digunakan untuk pelatihan klinis, sebagai persiapan menghadapi OSCE dan ujian klinis lainnya, dan akan menjadi langkah awal yang penting dalam memasuki dunia klinis! Buku ini dirancang agar sesuai dengan waktu baca serta kondisi keuangan mahasiswa dan pelajar.

Cuplikan komentar sebelum penerbitan

"Saya sangat terkesan dengan naskah ini... Saya merasa buku ini akan menjadi sumber referensi yang sangat bagus bagi mahasiswa kedokteran dalam menjalani pelatihan klinisnya."

Mahasiswa kedokteran tahun kelima, Nottingham University

 **PENERBIT ERLANGGA**
Kami Melayani Ilmu Pengetahuan
Jl. H. Baping Raya No.100
Ciracas, Jakarta 13740
E-mail: editor@erlangga.net
Website: <http://www.erlangga.co.id>

54 - 37 - 001 - 0

ISBN 979-781-822-5



9 789797 818227 >